

FHU92



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library
of Sweden

**Betänkande
av 1992 års
Företagshälsovårdsutredning**

SOU 1992:103

FHU92



**Betänkande
av 1992 års
Företagshälsovårdsutredning**

SOU 1992:103

Ref KB 0c



Statens offentliga utredningar
1992:103
Arbetsmarknadsdepartementet

FHU92

Betänkande av utredningen angående
företagshälsovårdens organisation och finansiering
Stockholm 1992



SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 3, Stockholm.

Regeringen bemyndigade den 13 februari 1992 chefen för arbetsmarknadsdepartementet Börje Hörnlund att tillkalla särskild utredare för att utreda företagshälsovårdens organisation och finansiering.

Med stöd av bemyndigandet tillkallades samma dag som särskild utredare generaldirektören K G Scherman.

Att som sakkunniga biträda utredaren förordnades den 30 mars 1992 departementssekreterare Monica Albertsson, Socialdepartementet, och departementssekreterare Eva-Maria Forsberg, Arbetsmarknadsdepartementet. Till experter att biträda utredaren utsågs medicinalrådet Christina Doctare, Socialstyrelsen, t. o. m. 1992-08-16, t f enhetschef Eva Sahlin, Socialstyrelsen, fr o m 1992-08-17, administrativa chefen Ann Marie Fallenius, Arbetsmiljöinstitutet, byrådirektör Annika Hultin, Arbetarskyddsstyrelsen, och byrådirektör Ylva Eklund, Riksförsäkringsverket, t. o. m. 1992-05-17, och avdelningsdirektör Ann Johansson-Sandén, Riksförsäkringsverket, fr. o. m. 1992-06-09.

Till utredningen har varit knuten en referensgrupp med företrädare för berörda organisationer, bl. a. arbetsmarknadens parter. Referensgruppen har bestått av jur kand Mikaela Birgersdotter, Företagarnas Riksorganisation, ombudsman Palle Carlsson, LO, sekreterare Hans Granqvist, Svenska Kommunförbundet, direktör Per-Ove Karlsson, Försäkringskassaförbundet, ombudsman Charlotta Krafft, SACO, ombudsman Lars-Åke Sandqvist, TCO, utredare Jan-Erik Synnerman, Landstingsförbundet, direktör Staffan Synnerström, Statens arbetsgivarverk, medicinske experten Eric Jannerfeldt, SAF, t. o. m. 1992-04-20, och leg läkare Sven Yllner, SAF, fr. o. m. 1992-04-21.

Som sekreterare i utredningen har fr. o. m. 1992-03-16 tjänstgjort bitr avdelningschef Staffan Ågren, och fr. o. m. 1992-05-18 byrådirektör Ylva Eklund. I utredningens sekretariat har fr. o. m. 1992-06-01 också ingått 1:e byråsekreterare Anneli Gårdman. På konsultbasis har i utredningens arbete deltagit civilingenjör Olle Bråfelt, fd byråchef Arvo Marits och professor Dick Ramström.

Utredningen har valt namnet 1992 års företagshälsovårdsutredning, FHU92.

Utredningen får härmed överlämna sitt betänkande. I detta presenteras två alternativ i fråga om regleringen av expertresurser för arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten.

Särskilda yttranden har lämnats av experterna Ann Marie Fallenius och Annika Hultin samt av ledamöterna i referensgruppen Palle Carlsson och Sven Yllner.

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm den 15 oktober 1992.

K G Scherman

/Staffan Ågren
Ylva Eklund

Innehållsförteckning

<i>Sammanfattning</i>	11
<i>Författningsförslag</i>	31
I. INLEDNING	
1. 1992 ÅRS UTREDNINGSUPPDRAG	37
2. ÖVERVÄGANDEN ANGÅENDE DIREKTIVENS INNEBÖRD	39
3. UTREDNINGENS ARBETE	41
II. BAKGRUND OCH UTGÅNGSPUNKTER	
4. FÖRETAGSHÄLSOVÅRD – FRAMVÄXT OCH INNEHÅLL	43
4.1 Ursprunget	43
4.2 Utvecklingen i stort efter 1960	43
4.3 Vad är företagshälsovård nu avsedd att vara?	44
5. REDOVISNING AV FÖRETAGSHÄLSOVÅRDENS NUVARANDE OMFATTNING OCH UTFORMNING M M SAMT KOMMENTARER OCH UTTALANDEN OM FÖRETAGSHÄLSOVÅRD	47
5.1 Vissa särskilda studier och underlag från i utredningen representerade myndigheter och organisationer	47
5.1.1 Vissa inkomna synpunkter	47
5.2 Täckningsgrad	48
5.3 Företagsstruktur	49
5.4 Personal	50
5.5 Utbildning och kompetensutveckling	50
5.5.1 Allmänna krav i bidragsförordningen	50
5.5.2 Arbetsmiljöinstitutet	51
5.5.3 Resurser för utbildning och kompetensutveckling	52
5.6 Organisationsformer	55
5.6.1 Allmänt	55
5.6.2 Inbyggd företagshälsovård	55
5.6.3 Företagshälsovårdscentraler	55
5.6.4 Branschhälsovård	56
5.6.5 Landstingsdriven extern företagshälsovård	57
5.6.6 Statshälsan	57
5.7 Förebyggande arbetsmiljöarbete	57
5.7.1 Statsmakternas intentioner	58
5.7.2 Omfattningen av företagshälsovårdens insatser i förebyggande arbetsmiljöarbete	58
5.7.3 Vissa synpunkter på företagshälsovårdens insatser ...	58
5.7.4 Företagshälsovård i utveckling – exempel	59
5.8 Arbetsanpassning och rehabilitering	61
5.9 Sjukvård inom företagshälsovården	61
5.9.1 Statsmakternas intentioner	62
5.9.2 Vissa särskilda regler	62
5.9.3 Företagets syn på sjukvårdsinsatserna	63
5.10 Företagshälsovårdens intäkter och kostnader	64
5.10.1 Statsbidrag	64

5.10.2	Vissa administrativa kostnader	65	SOU 1992:103
5.10.3	Totala kostnader för företagshälsovården	65	<i>Innehåll</i>
5.11	Tillsyn inom arbetsmiljöområdet	65	
5.12	Lokal arbetsmiljöverksamhet	68	
5.13	Sekretessfrågor	69	
5.14	Gällande skatteregler	70	
5.15	Partssamarbete i Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR)	72	
6.	ALLMÄNNA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FÖRETAGS- HÄLSOVÅRD	75	
6.1	Lagstöd	75	
6.2	Internationella konventioner och rekommendationer	78	
6.2.1	ILO	78	
6.2.2	EG	78	
6.3	Statsbidragsbestämmelser	79	
6.4	Avtal mellan arbetsmarknadens parter	80	
6.5	Arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen	81	
6.6	Hälo- och sjukvård. Husläkarsystemets införande m. m.	81	
6.6.1	Primärvården	81	
6.6.2	Förslaget till husläkarsystem	81	
6.6.3	De yrkesmedicinska klinikerna	82	
7.	STYRFORMER OCH STYRMEDEL I ETT MARKNADS- STYRT SYSTEM FÖR ARBETSMILJÖ OCH REHABI- LITERING – FORMER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR	83	
7.1	Bakgrund	83	
7.2	Styrformer	83	
7.3	Ökad inriktning på målstyrning	84	
III.	ÖVERVÄGANDEN		
8.	SAMMANFATTANDE PROBLEMBILD OCH STRUK- TUR FÖR UTREDNINGENS ÖVERVÄGANDEN	87	
8.1	Analys och probleminventering	87	
8.1.1	Sjukvård	87	
8.1.2	Orsaker till problemen. Orealistiska rollförväntningar	88	
8.1.3	Kraftigt ändrade förutsättningar för styrning och för anslutning	90	
8.1.4	Avgifternas variationer	91	
8.1.5	Sekretessfrågor	91	
8.1.6	Vissa övriga åtgärdsområden – skatteregler m. m.	92	
8.2	Nya möjligheter finns! Inledning och strukturering av den följande framställningen	93	
8.3	Principskiss	94	
9.	MÅL OCH STYRMEDEL I ARBETSMILJÖARBETET OCH I DEN REHABILITERANDE VERKSAMHETEN	97	
9.1	Lagstiftningens målbeskrivningar	97	
9.2	Mål i avtal	98	
9.3	Skyldighet för arbetsgivaren att formulera arbetsgivarpolicy	99	
9.4	Drivkrafter för arbete med arbetsmiljö och rehabilitering	100	
9.4.1	Arbetsgivarnas och de anställdas behov av arbetsmiljöarbete	100	
9.4.2	Satsning på rehabiliteringsverksamhet	102	
9.4.3	"Moroten bättre än piskan"	103	
9.4.4	Företagarkompetens för arbetsmiljöarbete och rehabi-		

littereringsverksamhet	104
9.5 Styrning och styrmedel	105
9.5.1 Från budgetstyrning till marknadsstyrning	105
9.5.2 Medel för styrningen	106
9.6 Särskilt om småföretag	107
9.6.1 Småföretagen, en heterogen företagsgrupp	107
Det typiska mindreföretaget	108
9.8 Vägar och former för insatser för arbetsmiljö och rehabilitering i småföretagen	111
10. KRAV PÅ DE RESURSER SOM ANVÄNDS FÖR ARBETSMILJÖARBETE OCH REHABILITERINGSVERKSAMHET. ORGANISATION	115
10.1 Allmänna utgångspunkter och mål. Behov av en förändrad syn på resurserna	115
10.2 Företagens linjeresurser	117
10.2.1 Arbetsmiljön, en central ledningsuppgift	118
10.3 Företagens expertresurser	118
10.3.1 Organisationsform	119
10.3.2 Innehåll	119
10.4 Kompetensbehov	120
10.4.1 Arbetslivets krav på de anställda	120
10.4.2 Kompetenskrav till följd av lagändringar	121
10.4.3 Specialistresursernas kompetens	122
11. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSERVICE FÖR ANSTÄLLDA	123
11.1 Individuella vård- och behandlingsinsatser för anställda	123
11.2 Arbetsgivarnas önskemål om medicinska insatser för de anställda	123
11.3 Specialistkompetens inom företagshälsovård	124
11.4 Kommentarer till målbeskrivningen för specialiteten företagshälsovård	125
11.5 Sjukvårdshuvudmännens ansvar	125
11.6 Synpunkter på hur ett husläkarsystem kan utformas med hänsyn till företagsläkare m. fl. verksamhet	126
11.7 Dispensmöjligheter för företagsläkare att få arbeta som husläkare	127
11.8 Vissa särskilda frågor	128
IV. UTREDNINGENS FÖRSLAG SAMT VISSA SYNPUNKTER PÅ BEHOV AV AVTAL	
12. FÖRSLAG TILL GENERELLA ÅTGÄRDER	129
12.1 System för styrning av arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet	129
12.2 Tillsyn och kontroll av arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet	130
12.2.1 Utgångspunkter	130
12.2.2 Arbetarskyddsverket	131
12.2.3 Riksförsäkringsverket och försäkringskassan	134
12.3 Sekretess	135
12.4 Tillsyn och kontroll avseende specialistresurserna	135
12.4.1 Allmänt	135
12.4.2 Tillsyn över använda specialistresurser utgående från individens krav	136
12.5 Utbildning och kompetensutveckling	137

12.5.1	Utbildning och kompetensutveckling för olika grupper inom företagen	137
12.5.2	Utbildning av expertresurserna	138
12.5.3	Statligt stöd till utbildningsanordnare	140
12.5.4	Facketts roll i arbetsmiljöutbildningen på arbetsplatserna	141
12.6	Kvalitetssäkring	141
12.7	Lagstöd i arbetsmiljölagen	142
12.7.1	Arbetsmiljölagen, en ramlag	143
12.7.2	Förslag till ändringar i arbetsmiljölagen	143
12.7.3	Konsekvensändringar till följd av ändringar i arbetsmiljölagen	149
12.8	Differentierade arbetsgivaravgifter	151
12.9	Vissa frågor angående finansiering av arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet	152
12.10	Förslag till ändring i lagen om allmän försäkring	153
12.11	Vissa övriga åtgärder	155
12.11.1	Skatteregler	155
12.11.2	Remiss, avgifter, högkostnadsskydd m. m.	157
13.	FÖRSLAG ANGÅENDE STÖD TILL ARBETSMILJÖ- OCH REHABILITERINGSINSATSER FÖR SMÅFÖRE- TAG	161
13.1	Utgångspunkter	161
13.2	Stödets utformning	163
14.	SAMVERKAN MELLAN ARBETSGIVARE OCH ARBETSTAGARE	167
14.1	Samverkan enligt lag och genom avtal	167
14.2	Lokal arbetsmiljöverksamhet	168
14.3	Arbetsrättsutredningen	169
14.4	FUR:s roll och betydelse för samverkan i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering	169
V.	VISSA KONSEKVENSBESKRIVNINGAR	
15.	KONSEKVENSER AV UTREDNINGENS FÖRSLAG NÄR DET GÄLLER MÅLET ANGÅENDE ANSLUTNING TILL FÖRETAGSHÄLSOVÅRD	171
16.	ANSLAGSKONSEKVENSER AV UTREDNINGENS FÖRSLAG	173
17.	SAMMANFATTNING I FORM AV BESKRIVNING AV AKTÖRSMÖNSTER	175
17.1	Styrningens mål och medel	175
17.2	Det samlade styrmönstret	175
17.3	Aktörernas roller	177
17.3.1	Tillsynsorganen	177
17.3.2	Stödorganen	178
17.3.3	Företagen	180
18.	KRAV PÅ FÖRÄNDRING OCH MÖJLIGHETER TILL UTVECKLING FÖR DAGENS FÖRETAGSHÄLSOVÅRD	181
18.1	Allmänt	181
18.2	En specialfråga: Ägarstrukturen	184
18.3	Diskussion rörande finansiering	185
18.3.1	Nya inkomstkällor för de externa producenterna	185

18.3.2 Några fonder som stöder utvecklingsarbetet inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdena	185
18.4 Samarbete med hälso- och sjukvården	186
18.5 Avtal kan ge stöd åt utvecklingen	187
VI. ILO-KONVENTIONEN	189
19. ÖVERENSSTÄMMELSE MED ILO-KONVENTION NR 161	189
19.1 Konventionens omfattning och inriktning	189
19.2 Jämförande genomgång	189
19.3 Sammanfattande bedömning	195
19.4 Åtgärder med hänsyn till konventionen	195
19.5 Auktorisation av företagshälsovård	199
19.6 Konsekvenser vid val av ovanstående alternativ	200
SÄRSKILDA YTTRANDEN	203
BILAGOR	
1. Utredningsdirektiv 1992-02-13	211
2. Promemorior från myndigheter och organisationer enligt förteckning	215
3. Vissa studier och uttalanden om företagshälsovård	315
4. PM angående principer för differentierade avgifter i socialförsäkringen	329

UTREDNINGEN I SAMMANFATTAD FORM:

- Insatserna för arbetsmiljö och rehabilitering har stor betydelse både för arbetsgivare och arbetstagare
- Arbetsgivaren har ansvaret för god arbetsmiljö och rehabilitering
- Arbetet skall bedrivas i samverkan mellan arbetsgivaren och arbetstagarna
- Insatserna för utbildning och information, forskning och spridning av goda exempel till företagen bör öka
- Arbetsgivaren tillhandahåller egna resurser för arbetsmiljöinsatser och rehabilitering, anlitar utomstående experttjänster för detta eller gör både och
- De som erbjuder externa tjänster inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena bör arbeta under konkurrens och svara för att arbetet utförs med god kvalitet
- Arbetsgivare som vill anordna sjukvård för sina anställda bör själva finansiera insatsen eller träffa överenskommelse om detta med sjukvårdshuvudmännen
- Lagstodet för insatser i syfte att åstadkomma goda arbetsförhållanden och goda förutsättningar för rehabilitering bör förstärkas
- För att stimulera till ökade insatser inom de små företagen bör särskilda stödinsatser göras för dessa

1992 års företagshälsovårdsutredning avger här sitt betänkande. Betänkandet har indelats i sex avdelningar: I. Inledning, II. Bakgrund och utgångspunkter, III. Överväganden, IV. Utredningens förslag samt vissa synpunkter på behov av avtal, V. Vissa konsekvensbeskrivningar samt VI. ILO-konventionen. Därtill kommer bilagor.

Före den egentliga sammanfattningen vill utredningen redovisa resultatet av sin allmänna analys av företagshälsovårdens roll i arbetet för arbetsmiljö och rehabilitering.

Allmänna överväganden och slutsatser

Utgångspunkten arbetsgivaransvaret för förebyggande arbetsmiljöarbete och rehabilitering

Enligt arbetsmiljökommissionens bedömning i betänkandet *Arbete och hälsa* (SOU 1990:49) har det förebyggande arbetsmiljöarbetet hittills inte haft den intensitet och effektivitet som vore påkallad med hänsyn till de skadliga effekterna av arbetsmiljön.

Arbetsmiljöarbetet, som under flera decennier utvecklats i ett samarbete mellan parterna, erhållit ökat stöd genom förstärkt lagstiftning och tillförts

nya resurser, anses trots detta inte ha nått ett tillfredsställande resultat när det gäller minskningar i fråga om arbetsskador, yrkessjukdomar och arbetsrelaterad frånvaro.

En av förklaringarna till det otillfredsställande resultatet av arbetsmiljöarbetet anges ligga i ett alltför begränsat synsätt. Arbetsmiljöarbetet har i första hand kommit att beröra frågor knutna till fysiska miljöfaktorer som buller, inomhusklimat, kemiska hälsorisker, belastningsskador och olycksfall m m. Andra frågor, som tex berör den psykosociala arbetsmiljön och de arbetsorganisatoriska förhållandena, har inte uppmärksammats i lika hög grad. De tilldrar sig dock ett ökat intresse. Det råder en ökad insikt om dessa frågors betydelse för arbetstagarens välbefinnande, vilket också påverkar arbetsresultat och produktion.

Arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen huvudansvaret för att arbetsmiljön förbättras och är tillfredsställande utformad med hänsyn till skaderisker m m. Arbetsgivaren har också enligt lagen om allmän försäkring och arbetsmiljölagen ett stort ansvar för rehabiliteringsarbetet. Utvecklingen, inte minst införandet av arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen, har också lett till att arbetsgivaren nu mer än tidigare får ta de ekonomiska konsekvenserna av brister i den verksamhet hon bedriver.

När det gäller att ge stöd till arbetsgivarna för de åtgärder som krävs har orealistiskt stora förväntningar ställts på företagshälsovården.

Företagshälsovårdens roll

Utredningen har haft kontakt med och inhämtat erfarenheter från den nuvarande företagshälsovården. Direkta kontakter har också förekommit med de organisationer som på det centrala planet företräder företagshälsovården. Den slutsats som kunnat dras av dessa kontakter är att det på många håll pågår intressanta utvecklingsarbeten och att det finns stor vilja till och öppenhet för förändringar, både inom verksamheternas ledning och hos de anställda.

På många håll utbildar man arbetsledarna för den nyckelroll de bör ha i arbetsmiljöarbetet och i verksamheten för rehabilitering och ett effektivt samarbete utvecklas. Arbetsledare och chefer utbildas också i hur de kan hantera psykologiska och sociala problem på arbetsplatserna, t. ex. krisreaktioner, samarbetsproblem och missbruk. Företagshälsovården har också deltagit i utveckling av modeller för hur man bör agera när någon blir sjukskriven. Det finns också exempel på företagshälsovårdscentraler, som lyckats hitta former för ett bra samarbete med små företag.

I ett samlat och längre tidsperspektiv framträder en delvis annorlunda bild av företagshälsovårdens arbetssätt och effekterna av dess insatser.

Målsättningen för anslutning till företagshälsovård — det mål som innebar att minst 75 procent av arbetstagarna vid 1990-talets början skulle vara anslutna till företagshälsovård — hade med god marginal uppnåtts redan 1988. Den ökade anslutningen har åstadkommit bl. a. genom ekonomisk stimulans i form av statsbidrag. Men frånsett ökad anslutning har statsbidraget icke haft de effekter som avsetts. Dess effekter när det gäller att åstadkomma önskat beteende har visat sig svaga, inte minst när det

gäller små företag. Bidragssystemet har heller inte givit förutsättningar för uppföljning av uppnådda resultat. Systemet har verkat som en broms på utvecklingen och har hämmat anpassningsförmåga, specialisering och profilering av olika enheter inom området. Företagshälsovården har inriktats mot att på ett formellt plan erbjuda komplett service, utan samordning med motsvarande service, som funnits att tillgå på andra håll.

Förväntningarna på företagshälsovården har på många håll fått till följd, att större intresse har riktats mot företagshälsovårdens sätt att arbeta än på integreringen av arbetsmiljö och rehabiliteringsfrågorna i företagens reguljära verksamhet. Företagshälsovården har därmed fått överta ansvaret för det som skall göras integrerat i produktionen, i företagen.

Vidare har konstruktionen med samlade resurser gjort att företagshälsovården kommit att syssla med många frågor som kräver tvärvetenskaplig kompetens som de inte alltid haft. Samtidigt har den haft svårt att ställa om från ett tidigare mycket individinriktat arbetssätt till ett grupp- och arbetsplatsinriktat.

Företagen har av de orsaker som här angetts inte sällan upplevt sig inte ha det direkta ansvaret för arbetet för arbetsmiljö och rehabilitering. En för arbetsgivaren näraliggande tanke kan ha varit att hon genom anslutningen till företagshälsovård uppfyllt kraven på arbetsmiljöverksamhet och rehabiliteringsarbete. Det förhållandet, att en stor del av arbetet varit förlagt till skyddskommittéerna, kan vara ytterligare en förklaring till att arbetsgivaren ansett sig ha endast ett indirekt ansvar.

Företagshälsovård har kommit att få flera olika roller som är svåra att förena inom en och samma organisation. För det första har företagshälsovården ansetts vara en för arbetsgivare och arbetstagare gemensam resurs. Den skall vara neutral i den meningen att den inte "går någons ärenden". Företagshälsovården skall arbeta förebyggande inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering, vilket inte sällan inneburit att företagshälsovården uppfattats ha rollen som övervakare av arbetsmiljön i de berörda företagen. I uppgifterna ingår också att lämna expertstöd till parterna, svara för rådgivning, utföra hälsoundersökningar och förmedla kontakter till andra konsulter m fl.

I takt med att ökade krav har ställts på arbetsgivaren att ta ansvaret för arbetsmiljö och rehabilitering, har också ett intresse växt fram för att företagshälsovården skall vara arbetsgivarens expertorgan i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och verksamheten med rehabilitering.

En sådan uppsättning olikartade uppdrag som just beskrivits, kan inte utföras av en enda serviceorganisation utan att det leder till minskat förtroende och osäkerhet från en eller flera parter. Situationen kompliceras ytterligare av otydliga ledningsförhållanden. De tillämpade styrsystemen tenderar att fjärma företagshälsovården från en nära kontakt med de anställda och arbetsplatserna.

Det har också ifrågasatts huruvida företagshälsovården har den kompetens som krävs för uppfylla alla fordringar som ställs på den. Bland annat har från fackligt håll påtalats bristen på beteendevetenskapliga kunskaper. Bristande information och närhet mellan företagshälsovården och kunderna har upplevts som ett annat stort problem. Samtidigt som behovet av

insatser för arbetsmiljö och rehabilitering i företagen ökar så minskar tilltron till företagshälsovårdens möjligheter att bidra till en lösning av problemen.

Bristande effektivitet i företagens arbetsmiljöarbete och verksamhet med rehabilitering tillskrivs inte så sällan företagshälsovården. Den har därmed blivit något av en "syndabock", trots att det bara är företaget självt som kan lösa de egna problemen. Effektiviteten i den del av arbetet som företagshälsovården svarar för är å andra sidan inte lätt att bedöma. Oftast är mätningen inriktad på konsumtionen av sjukbesök m m. Mera sällan förekommer redovisningar av de effekter på arbetsmiljön som åstadkommits genom företagshälsovårdens insatser. Enligt undersökningar genomför ungefär hälften av företagshälsovårdsenheterna sällan eller inte alls systematiska uppföljningar eller utvärderingar av arbetsskador. Därför finns heller inte någon möjlighet att ställa den avgift för företagshälsovården som företagen betalar i relation till uppnådda resultat.

Ett samarbete mellan olika organ — bland andra försäkringskassa, företagshälsovård och Yrkesinspektion — är av stort värde vid rehabilitering och arbetsskadebedömningar m m. Företagshälsovårdens möjligheter att delta i ett sådant samarbete har ofta visat sig otillräckliga. Det har, enligt företrädare för företagen, inte minst drabbat de små företagen.

Den beskrivna situationen och företagshälsovårdens i många fall bristande möjlighet att erbjuda tjänster, anpassade till företagens önskemål och behov, bidrar till en ekonomisk instabilitet hos företagshälsovården, till vilken också avvecklingen av statsbidraget under ett övergångsskede givetvis kommer att medverka.

Slutsatser av utredningens analys

Under de omständigheter som beskrivits ter det sig inte konstruktivt att sträva efter fortsatt och eventuellt utvidgad reglering av företagshälsovård i en bestämd organisatorisk form.

Arbetsgivarna har ett lagfäst ansvar för arbetsmiljön och rehabiliteringen inom företagen och ett eget intresse av en effektiv verksamhet i dessa avseenden. Detta och de beskrivna förhållandena klargör att utgångspunkten för diskussionen om resurser för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering finns i det offentliga krav på företagen och i de anställdas och deras företrädares egna önskemål och behov. Utredningen inriktar sig huvudsakligen på att föra en diskussion om medel och metoder för att möjliggöra att målen i fråga om arbetsmiljöns beskaffenhet och rehabiliteringsarbetets effektivitet skall kunna uppnås. Härigenom kommer utredningen in på den diskussion den för om externa resurser och stödorgan.

Utredningens slutsats är att den offentliga styrningen mot särskilda enheter och organisationer bör upphöra i sin nuvarande form. Stora förutsättningar bedöms finnas för att upphörandet av regleringen i sig skall medföra positiva förändringar. Strukturen av olika producenter inom "branschen" kan utformas mera fritt från bestämmelser om vad verksamheten skall innehålla. Från att tidigare ha varit utformat som fasta tjänster till kunderna kan utbudet, när reglerna slopas, förändras i riktning mot

uppdagsstyrning och situationsanpassning. Samtidigt som statsbidragets avveckling tvingar fram en ökad anpassning till efterfrågan i övrigt, till företagens behov och ändrade metoder för finansiering, kan det också underlätta genomförandet av en målstyrning.

Ytterligare en utgångspunkt för utredningens arbete är att arbetsgivarens yttersta ansvar inte får leda till ensidiga beslut av arbetsgivaren. Samarbetsformer måste finnas som med bibehållen integritet tillgodoser arbetstagarens och dennes organisations berättigade önskemål och krav när det gäller att påverka arbetsmiljön.

Utredningen vill genom sina förslag uppnå, att ansvarstagandet för arbetsmiljöarbetet och resultatet av detta inte bara formellt utan också reellt förankras i företagen. Syftet är också att skapa förutsättningar för en effektivisering av de externa producenternas verksamhet. Avsikten är att medverka till att arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten kan bedrivas så

- att de externa producenterna av arbetsmiljöarbete och rehabilitering får en tydligt markerad konsultroll,
- att varje uppdrag har en klart definierad uppdragsgivare,
- att de externa resurserna i högre grad än för närvarande struktureras, differentieras och anpassas efter kundernas behov,
- att arbetet i ökad utsträckning blir grupp- och arbetsplatsinriktat men också ger stöd åt den enskildes möjligheter till ett direktinflytande,
- att den direkta kontakten mellan de externa expertfunktionerna och arbetsplatserna förbättras och
- att möjligheterna till uppföljning och kontroll av resultatet av gjorda insatser för arbetsmiljö och rehabilitering förbättras.

Frågorna om hur detta kan åstadkommas diskuteras i utredningen. Centrala frågeställningar är vilka krav som bör ställas i ett samhällsperspektiv, vilket behov av offentlig styrning som föreligger samt vilka incitament som behövs för att en grundläggande förändring skall komma till stånd. En förändring som innebär att man ser till hela insatsen för arbetsmiljö och rehabilitering i stället för att koncentrera sig på en av resurserna för dess genomförande.

I. Inledning (kap 1-3)

Regeringen föreslog i budgetpropositionen 1992 att det generella statsbidraget till företagshälsovård skulle avvecklas fr. o. m. den 1 januari 1993. Regeringen beslutade vidare den 13 februari 1992 att tillkalla en särskild utredare för att utreda företagshälsovårdens organisation och finansiering och regeringen beslutade också om direktiv för denna utredning. Samma dag tillkallade chefen för arbetsmarknadsdepartementet som utredare generaldirektören K G Scherman.

Förslaget om avvecklingen av statsbidraget till företagshälsovården bifölls sedermera av riksdagen den 7 maj 1992.

Enligt de sammanfattade utredningsdirektiven skulle utredaren – med utgångspunkt från en avveckling av statsbidraget – överväga andra former av stöd för att tillgodose de små företagens behov av företagshälsovård.

Vidare skulle utredaren, mot bakgrund av en analys av vilka konsekvenser en avveckling av statsbidraget har för företagshälsovården, bedöma behovet av samhällelig styrning av företagshälsovård.

Utredningen har vid sin analys av direktiven funnit att den, förutom att beskriva konsekvenser av statsbidragets avveckling, skall utforma förslag om hur de mål som formulerats för arbetet för arbetsmiljö och rehabilitering skall kunna uppnås. Direktiven har som en av sina utgångspunkter en enhetligt definierad företagshälsovård. I och med statsbidragets avskaffande kvarstår inte längre den hittills utnyttjade grunden för att betrakta företagshälsovård som en särskild organisatorisk företeelse.

II. Bakgrund och utgångspunkter (kap 4-7)

I kapitel 4 kommer först en kort historik och beskrivning av företagshälsovårdens framväxt. Härfter redovisas definitioner av begreppet företagshälsovård i de sammanhang det förekommer som beteckning på viss typ av tjänster eller som institutionell företeelse. Utredningen konstaterar att företagshälsovården av historiska skäl av många kommit att uppfattas mera som en individuellt inriktad resurs och en vårdverksamhet, än som resurser för arbetsplatsinriktade åtgärder. Tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete skall emellertid enligt statsmakternas uttalanden inte ligga på individinriktade insatser utan på ett förebyggande arbetsmiljöarbete, med särskild betoning av grupp- och organisationsinriktade insatser.

I kapitel 5 redovisas läget i företagshälsovården vad avser täckningsgrad, personalvolym, utbildning och företagshälsovårdens organisationsformer. Vidare finns olika slags redovisningar av omfattningen av företagshälsovårdens insatser m. m. inom förebyggande arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning och rehabilitering och av sjukvård inom företagshälsovården.

I detta sammanhang lämnas också beskrivningar av nu gällande förutsättningar i fråga om företagshälsovårdens intäkter och kostnader m. m. samt tillsyn inom arbetsmiljöområdet, lokal arbetsmiljöverksamhet, sekretess, skatteregler och partssamverkan om företagshälsovård.

I kapitel 6 följer en genomgång av de allmänna förutsättningarna för företagshälsovården. Här avses lagstöd, internationella konventioner och rekommendationer, statsbidragsbestämmelser, avtal och införandet av arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen. Till beskrivningen hör också en kort redogörelse för hälso- och sjukvårdens uppbyggnad vad avser de delar som berör företagshälsovård.

Kapitel 7 är en allmänt hållen beskrivning av olika principer för styrning av offentlig verksamhet. De förutsättningar för nya former av styrning, som skapats i och med att den nuvarande styrningen via bidrag upphör, motiverar att dessa frågor tas upp i utredningen. Att en ändring av styrformerna blir aktuell har också förutsetts i utredningens direktiv. I kapitlet redovisar utredningen utgångspunkter för följande resonemang och överväganden i den delen.

Kap 8. Sammanfattande problembild och struktur för utredningens överväganden

Denna avdelning av betänkandet inleds med en analys av nuläget. Stora brister i det nuvarande systemet konstateras, vilket visar på behovet av att söka nya vägar.

Utredningens principiella utgångspunkt är arbetsgivarnas lagstadgade ansvar för arbetet med verksamhetens arbetsmiljö och rehabilitering. Tjänster av serviceorgan och konsulter kan tillsammans med företagets interna resurser utgöra stöd för arbetsgivaren när det gäller att fullgöra de insatser hon har ansvar för att vidta och/eller har ett eget intresse av att vidta. Styrningen av verksamheten bör präglas mer av målstyrning än av regel- och resursstyrning. Det hindrar inte att Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen vid sin tillsyn av verksamheten kan ha anledning att överväga – och ge sina synpunkter på – i vad mån arbetsgivaren har tillgång till erforderliga resurser för ändamålet.

Arbetsgivaren skall själv bedöma behovet av att använda externa tjänster. Det ter sig lika självklart som att arbetsgivaren avgör utformningen av produktionsresurserna inom företaget. Givetvis skall arbetsmiljölagens samverkansregler iakttas. Arbetsgivaren skall också kunna välja mellan att köpa separata tjänster och en kombination av tjänster. Avgörande i alla sådana fall är beställarens/företagets behov och servicefunktionens för- måga och villkor för att erbjuda dessa tjänster.

I avsnitten 8.1 och 8.2 analyseras nuläget bl. a. vad gäller anslutningen till företagshälsovården, förtroendet för denna, sjukvårdens del av företagshälsovården, orsaker till de problem som uppstått, ändrade förutsättningar samt vissa andra frågor som analysen gett anledning att diskutera.

Beträffande exempelvis anslutningen konstateras, att andelen av samtliga fast anställda i landet som anslutits till företagshälsovård 1988 var 86 procent. Målsättningen om en 75-procentig anslutning till företagshälsovården vid 1990-talets början var därmed uppnådd. Men – mellan 80 och 90 procent av alla företag med anställda är inte anslutna till företagshälsovård! Det var genomgående de små företagen med mindre än 20 anställda som stod utanför. Utredningen påpekar i detta sammanhang också att merparten av de företag, där det finns LO-medlemmar, inte är anslutna till företagshälsovård.

Enligt en nyligen företagen undersökning av företagsledningarnas attityder till företagshälsovård m. m. anser 27 procent av företagen att företagshälsovården utgör en viktig och ofta använd resurs och 36 % anser att företagshälsovården utgör en viktig men outnyttjad resurs. Övriga är kritiska. Undersökningen visar också att sjukvårds- och friskvårdsinsatserna samt tillgängligheten bedöms vara av störst värde för företagen. Dominerande arbetsmiljöproblem angavs vara psykosociala frågor, belastningsskador och organisationsfrågor.

Genom sjukvårdens dominerande ställning har företagshälsovårdens personal fått en stark inriktning på den individuella vård- och behandlingsverksamheten. Företagens krav på sjukvård är en av de faktorer som

medverkat till att företagshälsovården inte kunnat spela en tillräckligt aktiv roll i arbetsmiljöarbetet. En annan omständighet som spelat roll härvidlag är, som det visat sig, orealistiska förväntningar på hur en så stor verksamhet snabbt skulle kunna ställa om sig, från en till stor del medicinskt orienterad aktivitet, till en verksamhet med ett bredare spektrum av tjänster.

Som orsaker till problemen pekar utredningen också på den bristande kontakten mellan företagshälsovården och företagen samt den "sidovagnsfunktion", som inneburit att företagshälsovården och dess "huvudman" skyddskommittén isolerats från verksamheten i övrigt inom företag och förvaltningar.

Synen på företagshälsovård är i nuläget mycket skiftande. Å ena sidan riktas mycket av förhoppningarna om ett effektivt arbetsmiljöarbete fortfarande mot företagshälsovården. Å andra sidan framförs en långtgående kritik mot denna. Förklaringen till denna splittrade bild ligger till stor del i de många roller utvecklingen kommit att ge företagshälsovården. Den skall både vara en rådgivande expertresurs, en övervakare av arbetsmiljön och arbetsgivarens särskilda resurs. En så stor uppsättning uppdrag, som vart och ett kräver både särskilda kvalifikationer och lojalitet mot uppdragsgivaren, kan inte genomföras av en och samma organisatoriska enhet utan att icke avsedda konsekvenser uppstår.

En omställningsprocess har inletts i och med att statsbidraget kommer att upphöra. Bortfallet av bidrag, cirka 30 procent av intäkterna, kommer att medföra ekonomiska problem för företagshälsovården. Metoderna för att kompensera sig för detta är två: att öka intäkterna eller minska kostnaderna. Sannolikt är en kombination av båda dessa åtgärder nödvändig och bör innefatta, i en del fall, drastiska omstruktureringar. För många "företagshälsor" försvåras situationen särskilt pga. liten ekonomisk beredskap för den omställning som måste ske.

Behoven av förändringar på en rad andra områden kommer att accentueras eller uppstå som en följd av företagshälsovårdens avreglering. Bland annat finns skäl att förtydliga reglerna om sekretess liksom att se över vissa bestämmelser som är knutna till begreppet företagshälsovård.

Kapitel 8 utmynnar i en principskiss som dels innebär en presentation av den översiktliga modell för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering utredningen följer i sina diskussioner och överväganden, dels beskriver struktureringen av den fortsatta framställningen i kapitlen 9-19.

Kapitel 9. Mål och styrmedel i arbetsmiljöarbetet och i den rehabiliterande verksamheten

I detta kapitel redovisas mål, drivkrafter och styrmedel för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Kraven på insatser i stort inom dessa områden markeras kraftigt och utgör utgångspunkt för utredningens arbete. Dessa krav hänför sig framför allt till lagstiftningen och till arbetsgivarens eget intresse av goda arbetsförhållanden.

I kapitlet lämnas också synpunkter på hur styrningen bör vara inriktad för att målen skall kunna nås. Därvid behandlas vilka positiva effekter som

bör uppnås ur såväl företagsamhetens som individens perspektiv. Vidare förs en allmän diskussion om vilka medel som kan användas för att möjliggöra de avsedda förändringarna. Utredningen pekar här på behovet av en kombination av "hårda" styrimpulser – regler, sanktioner, incitament etc – och "mjuka" sådana, såsom utbildning, rådgivning och service etc. För påverkan av expertorgan och konsulter inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdena förordar utredningen att den budgetstyrning, som tidigare bl. a. manifesterats i de statliga bidragen till företagshälsovård, ersätts av en mer renodlad efterfrågestyrning.

Vilka är egentligen småföretagen? Vad skiljer småföretag från andra företag? Med hänsyn till utredningens direktiv om att småföretagens situation särskilt skall uppmärksammas, är detta frågor som det är angeläget att ge svar på.

De minsta företagen med upp till 20 anställda utgjorde vid årsskiftet 1990/91 drygt 96 procent av företagssektorn. Gruppen av företag med upp till 50 anställda utgjorde närmare 99 procent av alla företag.

Förutsättningarna för arbete med arbetsmiljö och rehabilitering varierar kraftigt inom den stora gruppen av små företag. Små företag och stora företag är således inte homogena grupper. Problemen är i hög grad branschanknutna och naturligtvis även skiftande beroende på förutsättningarna i det enskilda företaget. Insatserna för småföretagen måste därför vara flexibelt utformade. Det resonemang utredningen för koncentreras i första hand på de s. k. mindreföretagen men är också i många fall tillämpligt på de riktigt små företagen.

En viktig förutsättning för ett väl fungerande mindreföretag är att företaget ges möjlighet att på ett enkelt, tidsbesparande och billigt sätt kompensera de brister som företaget har inom olika specialistfunktioner. Det är också viktigt att finna vägar att vidga arbetsgivarens och dennes personals kunskaper och färdigheter inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering.

Kapitel 10. Krav på de resurser som används för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet. Organisation

Här diskuteras mer ingående det i kapitel 9 berörda behovet av stödresurser i arbetet för företagens arbetsmiljö och rehabilitering. Kapitlet inleds med en genomgång av olika utgångspunkter och mål för dessa resursers organisation, kompetens och sätt att arbeta. Därefter följer en diskussion om behovet av ett förändrat synsätt i fråga om hur behovet av extern service skall tillgodoses. Här sker en återkoppling till tidigare resonemang om arbetsgivarens ansvar för att se till att verksamhet bedrivs för att göra det möjligt att uppnå de uppsatta målen. Externa resurser kan användas som ett stöd i detta ansvarstagande. Om så ska ske eller någon annan lösning väljas, är en fråga som får avgöras i det enskilda fallet.

Enligt utredningens uppfattning bör inte externa stödresurser knytas till ett företagshälsovårdsbegrepp. Däremot vill utredningen understryka betydelsen av att den enskilde arbetstagaren, direkt eller under medverkan av sina fackliga företrädare, skall få sina intressen uppmärksammade. Det är

också viktigt att hans ofta känsliga spörsmål blir behandlade med hänsyn till sekretess och även i övrigt med beaktande av hans integritet samt med all den sakkunskap och insikt, som situationen kräver.

Det finns vidare anledning att särskilt framhålla behovet av en effektiv samverkan mellan arbetsmarknadens parter som en betydelsefull drivkraft för arbetsmiljöarbetets utveckling och för tilltron till dess bedrivande. En sådan samverkan är nödvändig för att befästa arbetstagarnas inflytande och påtryckningsmedel vid dåliga miljöer och arbetsförhållanden, som innebär risker för deras hälsa.

Det finns också, bl. a. i den närmast föregående företagshälsovårdsutredningen, Företagshälsovård i omvandling, uttalade krav på att företagshälsovården i sin verksamhet skall utgå från en helhetssyn på arbetsmiljöförhållandena.

Anledning att införa särskilda regler vad gäller helhetssyn och andra frågor som sammanhänger med effektivitet och måluppfyllelse finns enligt utredningens mening inte. Statsmakterna bör genom en effektiviserad tillsyn och större satsning på kompetensutveckling följa upp kraven och förbättra förutsättningarna för att uppnå målen. Utrymme bör finnas för en fri och flexibel anpassning av resursstrukturen.

Företagens inbyggda resurser för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet (avsnitt 10.2) anser utredningen vara en central ledningsuppgift. Arbetsmiljöfrågorna får inte hanteras vid sidan av den övriga verksamheten utan måste integreras i företagens planering och ledning.

Tyngdpunkten i företagets direkta arbete med arbetsmiljön och vad gäller resurser för detta har förutsatts ligga i linjeorganisationen, där det integreras med övrig verksamhet. Till exempel arbetsledare, konstruktörer, planerare och inköpare har viktiga funktioner vid planering och genomförande av arbetsmiljöåtgärder.

I följande avsnitt (10.3) kommer utredningen in på frågorna om krav på företagets expertresurser. Flertalet arbetsgivare kan inte leva upp till sitt ansvar för arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser utan tillgång till kompetens utanför företaget. Externa tjänster förutsätts kunna erhållas genom totalabonnemang eller köp av separata tjänster. De skall kunna erhållas från en organisation med ett samlat utbud eller från flera olika producenter och specialister. Dessa möjligheter finns givetvis redan i dag men statsbidragsbestämmelsernas konstruktion har gynnat arrangemanget med ett paket av tjänster.

Innehållet i de tjänster, som de externa producenterna och konsulterna erbjuder, förutsätts styras av företagets efterfrågan. Utredningen vill dock påpeka att det fortsatta arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering kräver både flexibilitet och ett tvärvetenskapligt arbetssätt. Den framtida inriktningen av verksamheten kan sammanfattas som en strävan mot ett offensivt arbetsplatsorienterat arbete med arbetsmiljöaspekter på produktio-

Kapitel 11. Hälso- och sjukvårdsservice för anställda

Av historiska och andra skäl har individuella vård- och behandlingsinsatser för anställda kommit att utgöra en väsentlig del av företagshälsovårdens arbete. Utredningen kan också konstatera att det alltså finns bestämda önskemål om främst medicinska men även beteendevetenskapliga resurser inom företagshälsovården för sådana individriktade insatser. Krav ställs alltså på att företagen skall erbjuda s. k. lättillgänglig hälso- och sjukvård, anordnad vid sidan av den allmänna hälso- och sjukvården.

Utredningens allmänna bedömning är att företagen behöver ha tillgång till viss medicinsk kompetens i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering.

Den principiella utgångspunkten för utredningen är att samverkansformer bör tillskapas som dels möjliggör att behovet av individuella vård-, behandlings- och rehabiliteringsinsatser för anställda kan tillgodoses, dels beaktar sjukvårdshuvudmännens ansvar för planeringen av den allmänna hälso- och sjukvården. I detta syfte redovisar utredningen överväganden om åtgärder för att eliminera problem beroende på svårigheter i gränsdragningen mellan sjukvård inom företagshälsovården och i den landstingsdrivna sjukvården, som i dag hindrar arbetet och utvecklingen av effektiva insatser i fråga om förebyggande arbete och rehabilitering.

En sådan åtgärd kan vara att sjukvårdshuvudmännen träffar vårdavtal med företagsläkare och övriga specialister inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. En strävan bör därvid vara att vårdavtalen utformas så att vården inordnas i gällande regelsystem i fråga om patientavgifter, remisser till specialist, remisser till röntgen och laboratorieundersökningar, ersättning för den anställdes resekostnader till och från läkare och sjukgymnast samt högstkostnadsskydd.

Företagsläkare med erfarenhet från företagshälsovård, bör enligt utredningens mening, ha goda möjligheter att få dispens, genom sina insikter om hur människors hälsa påverkas av faktorer i arbetslivet och kunskap inom området rehabilitering. Med tanke på det övergripande ansvar husläkaren skall ha för sina patienter kan företagsläkarens kunskaper inom dessa områden vara av stor betydelse. Det är också enligt utredningens uppfattning naturligt att en person som har en långvarig och förtroendefull relation till en företagsläkare skall ha möjlighet att utse denne till sin husläkare.

IV. Utredningens förslag samt vissa synpunkter på behov av avtal (kap 12-14)**Kapitel 12. Förslag till generella åtgärder**

Kapitlet innehåller förslag som syftar till att lösa de problem som påtalas. Detta sker genom att etablera ett nytt synsätt på styrningen och ge det synsättet erforderligt stöd, bl. a. i lagar och förordningar.

I ett inledande avsnitt görs en genomgång av de olika åtgärder för tillsyn och kontroll som utredningen anser nödvändiga. Utgångspunkten för denna är att utvecklingen skall innebära en förskjutning från regelstyrning till målstyrning. Det betyder att styrmedlen förändras så att detaljerade

bestämmelser till stor del ersätts av mål och bedömningar av effekterna av insatta åtgärder.

En viktig utgångspunkt för förändringsarbetet skall också vara att de satsningar som görs inom företagen framför allt har sin grund i företagens egna ambitioner och planer.

Utredningen vill särskilt slå fast att Arbetskyddsstyrelsen har det samlade ansvaret för tillsyn av de lagar och regler som berör arbetsmiljön. Arbetskyddsstyrelsen är också den myndighet, som har det samlade offentliga ansvaret för hur arbetsmiljöarbetet i sin helhet utvecklas inom samhället. Dess ansvar omfattar hela fältet av åtgärder som kan sättas in för att nå resultat i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering.

I det sammanhanget framhåller utredningen särskilt insatser inom sådana områden som kompetensutveckling, forskning och allmänt motivationsskapande och attitydpåverkande insatser. Detta innebär dock inte att utredningen föreslår att Arbetskyddsstyrelsen skall överta uppgifter som i dag utförs av andra myndigheter och organ. Vad som avses är i stället att framhäva behovet av en samlad syn på hithörande frågor. I vissa särskilt angivna avseenden föreslås att Arbetskyddsstyrelsen får en konkret roll vid sidan av andra aktörer. Behovet av resurser för dessa ändamål tas upp.

Den tillsyn som Yrkesinspektionen utövar avser efterlevnaden av lagar och andra regler som utfärdats. I det ligger även en kontroll av arbetsbetingelserna inom företaget i stort och av hur de angivna reglerna för planering och organisation av arbetsmiljöarbetet följs och tillämpas, t. ex. vad gäller bestämmelserna om internkontroll.

Underlaget för Yrkesinspektionens arbete bör utvecklas så att yrkesinspektörerna i det enskilda fallet skall kunna avläsa arbetsmiljöns beskaffenhet och risker och mot den bakgrunden — när andra åtgärder inte haft effekt — också kunna ha en uppfattning om vilka åtgärder som bör vidtas och kunna ställa krav. Bedömningen bör då också kunna avse vilka interna eller externa resurser som kan behöva sättas in.

Utredningen fäster stort avseende vid behoven av utbildning och kompetensutveckling och behandlar dessa frågor i ett särskilt avsnitt (avsnitt 12.5). De formella kraven på arbetsgivarna har skärpts och kan tydliggöras ytterligare både när det gäller miljön på arbetsplatserna och rehabiliteringen av sjukskrivna. Detta ökade ansvar kräver också ny kompetens och därmed också utbildningsinsatser. Motsvarande gäller också i fråga om de externa resurserna för att dessa skall kunna fungera som ett stöd, anpassat till förändrade behov i företagen.

Utredningen menar att utbildning bör kunna erbjudas av många utbildningsanordnare i konkurrens. För att utbildningarna skall kunna anpassas till lokala förhållanden och behov bör de kunna erbjudas på såväl lokal som regional nivå. Utbildningarna bör, åtminstone delvis, finansieras med statliga medel för att inte kursavgifterna skall bli så höga att ekonomiska skäl hindrar deltagande. Såväl Arbetsmiljöinstitutet och Arbetskyddsstyrelsen som Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR) föreslås få viktiga funktioner inom utbildningsområdet.

Utredningen föreslår, att ett årligt belopp avsätts för riktade utbildnings-

satsningar, avsedda att förstärka och utveckla kompetensen hos de externa specialistresurserna.

Utredningen tar (i avsnitt 12.6), också upp frågan om kvalitetssäkring. Utredningen slår fast att kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling behövs både för kontroll av kvaliteten i företagets insatser i stort inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering och för kontroll av att resursinsatserna görs på ett effektivt och adekvat sätt.

Kontroll av kvaliteten i företagets arbetsmiljöverksamhet förutsätts också i fortsättningen ske genom Yrkesinspektionens tillsynsverksamhet. I fråga om de externa stödorganen förväntas ökad konkurrens mellan dessa positivt påverka kvaliteten och härigenom bidra till kvalitetssäkring. De externa stödorganen och producenterna har själva ansvaret för kvaliteten på de tjänster de erbjuder. Vidare förordar utredningen att ett samrådsorgan för utbildningsfrågor bildas vid Arbetarskyddsstyrelsen.

Till de generella åtgärder utredningen föreslår hör också de i avsnitt 12.7 framlagda förslagen till vissa ändringar i arbetsmiljölagen och i avsnitt 12.9 om ändring av lagen om allmän försäkring.

Genom ett förslag till komplettering av 3 kap 2 a § föreslås ett förtydligande av arbetsgivarens ansvar för att erforderliga resurser ställs till förfogande för arbetet med verksamhetens arbetsmiljö.

I kapitel 3 av arbetsmiljölagen föreslås också en bestämmelse om skyddet för sekretess införs.

I 6 kap 1 § AML föreslås en ändring i avsikt att ge stöd för inrättande av för arbetsgivaren och arbetstagarna gemensamma, rådgivande expertresurser. Huruvida dessa skall vara desamma som arbetsgivaren använder för att uppfylla de åligganden som han i övrigt har enligt arbetsmiljölagen eller om de skall organiseras särskilt, skall enligt förslaget inte regleras. Bestämmelsen i 6 kap 9 § om skyddskommitténs uppgifter föreslås också förtydligas på några punkter.

Den föreslagna ändringen av lagen om allmän försäkring avser försäkringskassans övertagande av ansvaret för rehabiliteringsutredningar och arbetsgivarens betalningsansvar för utredningar som kassan utför.

Utredningen har i olika avseenden övervägt åtgärder för att påverka företagets kostnader (avsnitt 12.8). Vad som därvid närmare har diskuterats är en differentiering av arbetsgivaravgifterna. Men även andra former för påverkan av incitamentsstrukturen är enligt utredningen tänkbara, såsom t. ex. en minskning av avgiftsbördan, baserad på de konkreta insatser som företaget har gjort för arbetsmiljöförbättringar och rehabilitering samt lån för insatser av detta slag.

Utredningen har låtit utarbeta en idépromemoria för att illustrera en tänkbar väg för att utveckla ett system för differentierade avgifter i socialförsäkringen. Den modell, som där presenteras, kombinerar ett system med ett bibehållet offentligt ansvar för samordning av den enskildes rehabilitering med en differentiering av avgifterna och en koppling till resurser för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Utredningen anser att fördelarna med att införa differentierade avgifter i sjukförsäkringen överstiger nackdelarna och föreslår att frågan nu av statsmakterna tas upp till en bred belysning.

Utredningen redovisar (avsnitten 12.9-10) bl. a. vissa konsekvenser av avvecklingen av statsbidragen till företagshälsovården med hänsyn till att förmån av bl. a. företagshälsovård är skattefri. En arbetsgivare skall bl. a. ha rätt till avdrag för kostnaderna för företagshälsovård, som uppfyller villkoren för bidrag enligt förordningen om bidrag till företagshälsovård. Arbetsgivaren har vidare rätt till avdrag för kostnader för verksamhet som avser rehabilitering etc. Utredningen anser att rätt till avdrag skall föreligga i oförändrad omfattning och föreslår att lagen om ändring i kommunal-skattelagen ändras för att uppnå detta.

Utredningen behandlar också vissa administrativa och finansiella frågor som blir aktuella vid samarbete med hälso- och sjukvården, såsom remissrätt till röntgen- och laboratorieundersökningar, patientavgifter samt högkostnadsskydd.

Kapitel 13. Förslag angående stöd till arbetsmiljö och rehabiliteringsinsatser inom småföretag

Utredningen skisserar utformningen av ett till de små företagen särskilt riktat stöd för möjliggörande av ändamålsenliga insatser. Det totala stödet föreslås utgå med en årlig summa. Medlen skall användas för regionalt och lokalt gjorda satsningar, som utnyttjar de etablerade kanaler och kommunikationsvägar till de småföretag som byggts upp i olika delar av landet.

De särskilt avsatta medlen för stöd till de små företagens egna satsningar för arbetsmiljö och rehabilitering bör primärt ställas till Arbetarskyddsstyrelsens disposition i dess egenskap av central förvaltningsmyndighet för bland annat arbetsmiljöfrågor. I direktiv till Arbetarskyddsstyrelsen bör stadgas om fördelningen av dessa medel. Styrelsen bör också tillföras medel för åtgärder som erfordras för att effektivisera arbetsmiljöarbetet.

En del av medlen bör fördelas till de små företagens egna regionalt och lokalt baserade grupperingar och organisationer, för en situationsanpassad användning av medlen inom ramen för olika motivations- och kunskaps-höjande insatser. De valda lösningarna för fördelningen och utnyttjandet av dessa medel bör ta sin utgångspunkt i och stimulera till samverkan mellan företagen.

I många fall torde företagens egna branschorganisationer vara en lämplig spridningskanal men även andra lösningar bör kunna prövas vid förmedlingen av de tilldelade stödresurserna.

Arbetsmiljöfonden och Företagshälsovårdens Utvecklingsråd föreslås också få medel för att medverka i stödet till småföretagen. Vidare föreslår utredningen att Arbetarskyddsstyrelsen får i uppdrag att följa effekterna av insatserna för småföretagen och avge rapport till regeringen.

De konkreta förslagen till beloppsmässig fördelning av anslagen redovisas i kapitel 16.

Kapitel 14. Samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare

Enligt utredningens mening är det angeläget att arbetsmarknadens parter träffar avtal till stöd för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Genom

överenskommelser på lämpliga nivåer kan de ge sin gemensamma syn på dessa frågor och peka på dess betydelse. Parterna kan också förmedla information och genom utbildning ge aktivt stöd till de regionala och lokala fackliga organisationerna.

Önskvärt är att avtalen har inriktningen att tydliggöra arbetsmiljöfrågorna som naturliga delar av den löpande verksamheten, som också inkluderar såväl personal- och ekonomi- som organisationsfrågor. Det lokala arbetsmiljöarbetet har en nära koppling till medbestämmandet på arbetsplatserna. Utredningen konstaterar – och hälsar med tillfredsställelse – att en utredning, arbetsrättsutredningen, tillsatts för att föreslå förändringar av den arbetsrättsliga lagstiftningen så att arbetsmiljöaspekterna på ett naturligt sätt integreras i övrig verksamhet.

Mycken kritik har riktats mot den nuvarande skyddsorganisationens, framför allt skyddskommitténs, sätt att arbeta. Den har ansetts vara för tung och oförmögen att i praktiken ge de anställda något stöd för att lösa de problem de har i sin arbetsmiljö. Utredningen vill för sin del framhålla betydelsen av ett konstruktivt, fackligt inflytande på arbetsplatsen. God arbetsmiljö kräver en nära samverkan med arbetsgivaren så att denne också tillhandahåller de resurser som behövs. En sådan samverkan ligger också ”i tiden” eftersom undersökningar bland fackets medlemmar visar att arbetsmiljöfrågorna tillhör de allra viktigaste för facket att arbeta med.

Den roll Företagshälsovårdens Utvecklingsråd, FUR, kan spela har understrukits i flera sammanhang i betänkandet. Utredningen ser som en förutsättning för detta att parterna ger FUR erforderlig stadga och att de ger organisationen erforderliga basresurser. På det sättet kan också skapas möjlighet för FUR att vidga sitt intresseoch verksamhetsområde så att det innefattar även informationsoch utvecklingsinsatser riktade – inte bara mot företagshälsovården och andra expertresurser – utan dessutom mot arbetsgivare och arbetstagare.

V. Vissa konsekvensbeskrivningar (kap 15-18)

Kapitel 15. Konsekvenser av utredningens förslag när det gäller målet angående anslutning till företagshälsovård

Utredningens syfte är att göra det möjligt för arbetsgivarna att söka nya vägar och skapa utrymme för nya lösningar när det gäller att tillgodose behoven av olika tjänster. En fråga som i uppföljningsavseende är intressant att studera är huruvida arbetsgivarna kommer att ha tillgång till och använda sig av de resurser de behöver för att effektivisera arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Utredningen framhåller i det sammanhanget betydelsen av att metoderna för och uppföljningen av arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering utvecklas och att uppföljningsinsatserna inordnas i den löpande tillsyns- och kontrollverksamheten.

Arbetsarkivstyrelsen förutsätts utveckla konkreta indikatorer på arbetsmiljöns tillstånd och kvalitet i det förebyggande arbetet och Riksförsäkringsverket utveckla motsvarande när det gäller rehabiliteringsarbetets resultat. Till sådana indikatorer kan konkreta mål knytas.

Kapitel 16. Anslagskonsekvenser av utredningens förslag

Utredningen föreslår att 100 miljoner kronor årligen avsätts för utveckling av insatserna inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdena och för att öka småföretagens intresse för och kunskaper om insatser inom dessa områden.

Dessa medel föreslås primärt disponeras och fördelas av Arbetarskyddsstyrelsen. Fördelningen av medlen föreslås regleras av statsmakterna och bli följande:

40 miljoner kronor till Arbetarskyddsstyrelsen för utvecklingsstöd till småföretagens organisationer,

20 miljoner kronor vardera till Arbetsmiljöfonden för riktade stöd- och utvecklingsinsatser till de små företagen och till Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR) för selektiva och kompetens- och motivationshöjande stödinsatser hos småföretagen samt 10 miljoner kronor årligen för stöd till utbildningen av externa specialistresurser, varav 5 miljoner kronor disponeras av vardera Arbetarskyddsstyrelsen och FUR. Beträffande dessa medels användning, liksom beträffande de medel som Arbetsmiljöinstitutet nyttjar för utbildning, föreslås att småföretagens problem och behov särskilt beaktas. Arbetarskyddsstyrelsen, FUR och Arbetsmiljöinstitutet bör i sin utbildningsplanering samråda med varandra.

10 miljoner kronor årligen föreslås tillföras Arbetarskyddsstyrelsen för att möjliggöra en breddning och intensifiering av dess arbete med de olika åtgärder som erfordras för effektivare insatser för arbetsmiljö och rehabilitering.

Kapitel 17. Sammanfattning i form av beskrivning av aktörmönster

I detta kapitel återges kortfattat huvuddragen i roller och uppgifter för olika aktörer inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering. Utredningen skiljer på tre huvudtyper av aktörer: tillsynsorgan, stödorgan och företagen.

Tillsynsorganen

Arbetarskyddsstyrelsen har det samlade ansvaret för tillsyn av att de lagar och regler som berör arbetsmiljön efterlevs. Styrelsen förutsätts också ha det samlade offentliga ansvaret för hur arbetsmiljöarbetet i dess helhet inom samhället fungerar och hur arbetsmiljön utvecklas.

Yrkesinspektionen kontrollerar genom sin tillsyn dels efterlevnaden av de konkreta regler som utfärdats för arbetsmiljön, dels — i form av systemtillsyn — arbetsbetingelserna inom företaget i stort och hur de angivna reglerna för planering och organisation av arbetsmiljöarbetet följs och tillämpas. Den skärpning av kraven på företagen som nu har skett, förstärker också kraven på Arbetarskyddsstyrelsens och Yrkesinspektionens tillsynsfunktion men ställer också nya krav på dessa organ för utarbetande av stöd och riktlinjer för företagen i deras arbete.

Försäkringskassan har, primärt inom rehabiliteringsområdet, en klar

tillsynsroll, samtidigt som den också kan utgöra en viktig källa för information och rådgivning till företagen.

Arbetsmarknadens parter kan genom avtal närmare precisera de regler för arbetet med arbetsmiljö och rehabiliteringsfrågor, som ryms inom det gällande regelverket. Parterna kan även på annat sätt styra utvecklingen inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena.

Stödorganen

Expertresurserna för arbetsmiljöarbete och rehabilitering måste i det system som föreslagits anpassas till nya krav och förutsättningar. Särskilt syns expertresurser för arbetet på dessa områden vara lämpade för att svara för den direkta kontakten med företagen och ge dem hjälp i deras strävanden att diagnostisera de akuta problemen.

Det är viktigt att i den totala systembilden också inkludera sekundära stödorgan, som har andra, mer långsiktiga uppgifter med fler mottagare. En viktig sådan generell kunskapskälla är högskoleväsendet. Vidare utgör Arbetslivsfonden en viktig kompletterande kunskapskälla. Riktade utvecklingsinsatser kan också åstadkommas med hjälp av Statens förnyelsefonder. Även genom Arbetsmiljöfonden – i anslutning till dess långsiktiga forsknings- och utvecklingsarbete – torde det finnas möjligheter för stödinsatser direkt till företagen.

Företagen

Genom den lagstiftning som skett och som bl.a. kommit till uttryck i arbetsmiljölagen ställs strängare och tydligare krav på företagens eget ansvar för sin arbetsmiljö och sina rehabiliteringsinsatser. Även bestämmelserna om kraven på företagens internkontroll vad avser arbetet och utvecklingen inom detta område är avsedda att stimulera företagens egna insatser härvidlag.

Kapitel 18. Krav på förändring och möjligheter till utveckling för dagens företagshälsovård

Många företagshälsovårdsenheter fungerar redan i dag som expertresurser och samarbetspartners till arbetsgivarna när extra resurser och speciella insatser behövs inom arbetsmiljöområdet. Många exempel finns på ett framgångsrikt arbete inom detta fält. Utredningen bedömer det inte sannolikt att dessa verksamheter skulle bli utan uppdrag i framtiden och att de uteblivna statsbidragen skulle komma att medföra en så stor kostnadsökning att arbetsgivarna inte anser sig ha råd att inhandla tjänster. Enligt utredningens mening finns det en stor marknad för kompetenta experter inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena.

Det finns i dag en mängd producenter som erbjuder rehabiliteringstjänster. Inom arbetsmiljöområdet, som omfattar både den fysiska och den psykosociala miljön, är producenterna färre. Extern specialisthjälp efterdras emellertid även inom detta område eftersom dagens arbetsmiljö och

arbetsförhållanden präglas av stora förändringar och därigenom påfrestningar för både arbetsgivare och arbetstagare.

Behoven av service kan förväntas öka i samband med att företagen förändras på grund av avveckling, personalreducering och organisationsförändringar. Även den offentliga sektorn står inför förändringar vad gäller alternativa driftsformer, avreglering och omstruktureringar. Internationaliseringen medför förändrade krav på yrkeskunskaper, arbetssätt och språkkunskaper. Teknikutvecklingen fortsätter, vilket ställer nya krav på de anställda och på övervakning av arbetsmiljön. Arbetsfältet förefaller således vara stort och i växande för olika experter inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena.

Det finns från arbetsgivarnas sida också ett behov av att få information om vart man kan vända sig för att få hjälp av utomstående resurser, bl. a. de offentliga.

Utöver de insatser som nämnts kan finnas intresse från både arbetsgivarna och de anställda av att kunna erbjudas individuell rådgivning och hjälp till de anställda i personliga frågor. Rådgivaren kan fungera som en förmedlande länk till olika befattningshavare på arbetsplatsen, till olika hjälpresurser i samhället och till andra experter inom de berörda områdena.

Vidare diskuterar utredningen olika praktiska modeller för samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen och vårdgivare inom företag och organisationer. Flera av dem ansluter till det husläkarsystem, varom förslag framlagts. Den genomgående tanken i de alternativ som förs fram är att företagsläkare efter överenskommelse med husläkaren för en kortare eller längre rehabiliteringsperiod skall kunna överta ansvaret för en patient. Det förutsätter en motsvarande överföring av ersättningen från husläkaren till den behandlande läkaren enligt överenskommelse dem emellan.

Som exempel på samarbetsmodeller nämner utredningen dels samarbete mellan primärvård och företagshälsovård enligt en modell som diskuteras i Landstinget Gävleborg, dels ett samarbetsavtal i Dalarna mellan ett sjukvårdsområde (Borlänge) och företagshälsovårdsenheter.

Sannolikt kommer verksamheter som kan erbjuda många olika tjänster att vara mer attraktiva för arbetsgivarna än verksamheter med en specialiserad inriktning. Det behöver inte innebära en fast sammanhållen verksamhet utan kan vara olika specialister som utvecklat ett samarbete och där olika konstellationer av specialister kan bildas.

Utredningen vill med denna korta exposé peka på behovet av insatser av en typ som ligger i linje med vad dagens företagshälsovård arbetar med. Behovet är stort och insikten därom ökande. För dagens företagshälsovård innebär utredningens förslag en tydlig avreglering. Företagshälsovården befrias därmed från orealistiska rollförväntningar och får möjlighet att utvecklas fritt. Många av de krav som hittills kommit till uttryck som förväntningar på företagshälsovårdens insatser lyfts enligt utredningens förslag över i arbetsmiljölagen och riktar sig därmed direkt till arbetsgivarna. Det blir därmed ett ansvar för denne att i sin egenskap av beställare i direkt kontakt med producenterna precisera och ta ansvar för de krav som skall gälla i varje enskild beställar/producentrelation.

Kapitel 19. Överensstämmelse med ILO-konvention nr 161

Sverige ratificerade 1986 ILO:s konvention nr 161 om företagshälsovård och rekommendation nr 171 i samma ämne. Konventionen anger tjänster som skall finnas för att stödja arbetsgivare och arbetstagare i arbetet för att förhindra att människor blir sjuka och skadade på arbetsplatsen.

De förslag om generella åtgärder i syfte att stödja utvecklingen av resurser för arbete med arbetsmiljö och rehabilitering som utredningen lagt fram utgår från att avtal träffas. Därmed kan ILO-konventionens krav tillgodoses. Träffas inte avtal finns det anledning att överväga en alternativ lösning. Det bör då ankomma på statsmakterna att se till att företagshälsovård finns och utnyttjas.

Den lagmässiga regleringen kan i så fall åstadkommas genom att i 3 kap 2 § AML stadga att arbetsgivaren skall föranstalta om företagshälsovård där det inte är uppenbart onödigt.

Arbetskyddsstyrelsen bör ge ut anvisningar till ledning för tillämpningen av en sådan paragraf. Anvisningarna bedöms, förutom till riktlinjerna i ILO-konventionen, kunna ansluta till de krav på företagshälsovården som finns i nu gällande statsbidragsförordning. Kraven enligt Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter bör utgöra villkor för att en specialistresurs inom området för arbetsmiljö och rehabilitering skall auktoriseras och för att resursen skall kunna använda benämningen företagshälsovård. Utredningen anser att Arbetskyddsstyrelsen bör handha auktorisationen.

ILO:s konvention och rekommendation innehåller konkreta riktlinjer i fråga om företagshälsovårdens uppgifter, organisation och verksamhet. Dessa bör påverka utformningen av olika bestämmelser. Efterlevnad av ILO-rekommendationen torde kräva att metoderna för finansiering av företagshälsovård fastställs genom en ny bestämmelse i arbetsmiljölagen.

Om det i detta kapitel beskrivna alternativet skall gälla föreligger däremot inte skäl att genomföra de i avsnitt 12.7 föreslagna ändringarna i 3 kap 4 a § om sekretess och i 6 kap 1 § angående skyldighet för arbetsgivaren och arbetstagarna att samverka för att gemensamma, rådgivande resurser skall finnas att tillgå. Frågan om att införa differentierade arbetsgivareavgifter som ett led i arbetet att påverka arbetsgivarnas egenintresse blir inte aktuell och inte heller förslaget om ett särskilt småföretagarstöd.

Med ett i lag reglerat företagshälsovårdsbegrepp erfordras inte heller någon ändring av lagen om ändring i kommunalskattelagen. Sättet att hantera frågor om remisser, patientavgifter m. m. blir annorlunda i detta alternativ. Behovet av resurser för en utveckling av Arbetskyddsstyrelsens arbete och för en förstärkt kompetensutveckling och utbildning kvarstår.

Förslag till

Lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160)

Alternativ 1. Utan reglering genom arbetsmiljölagen av begreppet företagshälsovård

Härigenom föreskrivs att 3 kap 2 och 2 a §§ samt 6 kap 1 och 9 §§ skall ha följande ändrade lydelse samt att i lagen, som 3 kap 4 a §, skall införas en ny bestämmelse enligt nedanstående förslag.

AML

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

3 Kap

2 §

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

Om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivaren föranställa om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver.

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

3 Kap

2 a §

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

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

Arbetsgivaren skall vidare se till att det på arbetsställe i hans verk

Arbetsgivaren skall systematisk planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att arbetsmiljön uppfyller kraven i denna lag och i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Han skall utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds därav. *Erforderliga resurser skall avsättas för ändamålet.* Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidsplaneras.

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

Arbetsgivaren skall vidare se till att det på arbetsställe i hans verk

samhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring vilar på honom.

samhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring vilar på honom.

6 kap
1 §

Arbetsgivare och arbetstagare skall bedriva en på lämpligt sätt organiserad *arbetsmiljö*verksamhet.

Arbetsgivare och arbetstagare skall bedriva en på lämpligt sätt organiserad verksamhet *för arbete med arbetsmiljön och på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Därvid skall arbetsgivaren och arbetstägarna, om det inte är uppenbart onödigt, verka för att gemensamma, rådgivande resurser för arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten finns att tillgå.*

6 Kap
9 §

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

1. *företagshälsovård,*
2. handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §,
3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,
4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,
5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön,
6. arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället.

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

1. *organisation och resurser för arbetet med arbetsmiljön och för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten*
2. *dokumentering av arbetsmiljön och arbetet med denna* samt handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §.
3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,
4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,
5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.

3 Kap

4 a §

Den som i arbetsgivarens verksamhet vid fullgörande av skyldigheter som avses i detta kapitel fått kännedom om en enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt får inte obehörigen röja det han fått veta.

Tystnadsplikt gäller också för den som arbetsgivaren anlitar till fullgörande av skyldigheterna enligt första stycket om den som anlitats fått kännedom om förhållanden som sägs i första stycket vid fullgörande av uppdraget.

Alternativ 2. Med reglering genom arbetsmiljölagen av begreppet företagshälsovård

Härigenom föreskrivs att 3 kap 2 § och 6 kap 9 § arbetsmiljölagen skall ha följande ändrade lydelse samt att i lagen, som 3 kap 2 b § skall införas en ny bestämmelse enligt nedanstående förslag.

AML

3 Kap

2 §

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

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

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

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

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

3 Kap

2 b §

Företagshälsovården skall finansieras av arbetsgivaren.

6 Kap

9 §

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

1. företagshälsovård,
2. handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §,
3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,
4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,
5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön,
6. arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället.

1. företagshälsovård,
2. dokumentering av arbetsmiljön och arbetet med denna samt handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §.
3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,
4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,
5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.
6. arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället.

Härigenom föreskrivs att 22 kap 3 § skall ha den ändrade lydelse som framgår av nedanstående förslag.

AFL

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*22 Kap
3 §

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i

samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det. Lag 1991:1040.

samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

I det fall arbetsgivaren inte gör rehabiliteringsutredning, och det inte bedömts obehövt, skall försäkringskassan överta ansvaret för utredningen. Om så sker skall arbetsgivaren till staten betala för kostnaden i enlighet med av regeringen meddelade föreskrifter.

I. Inledning

1. 1992 års utredningsuppdrag

Ett nytt bidragssystem för företagshälsovården infördes den 1 januari 1986 i syfte att stimulera till förebyggande arbetsmiljöarbete och förbättra anslutningen av de små företagen till företagshälsovård. En översyn av effekterna av de nya bidragsreglerna redovisades i juni 1990 i betänkandet (Ds 1990: 42) Företagshälsovård i omvandling. Betänkandet låg sedan till grund för proposition (1990/91: 140) och riksdagens beslut om nya riktlinjer för företagshälsovården och bidragssystemet. Beslutet om ändrade bestämmelser om statsbidrag till företagshälsovården trädde i kraft den 1 januari 1992.

Sedermera har Riksrevisionsverket (RRV) genomfört en förvaltningsrevisionell studie av de statliga bidragen till företagshälsovården och med anledning av denna framlagt rapporten (Fu 1991: 9), "Den statliga styrningen av företagshälsovården". Riksrevisionsverket redovisade i rapporten uppfattningen, att statsbidraget inte är ett effektivt styrmedel för att nå de uppsatta målen för verksamheten. RRV ansåg också att statsbidraget var ineffektivt när det gäller att stimulera anslutningen av små företag. Vidare hävdade RRV att företagshälsovården inte kan erbjuda de tjänster som de små företagen efterfrågar, alltifrån konkreta kartläggningar av arbetsmiljön och åtgärder till hjälp med myndighetskontakter. Riksrevisionsverket föreslog därför att det generella statsbidraget till företagshälsovården skulle avvecklas.

I budgetpropositionen 1992 föreslogs med hänvisning till vad Riksrevisionsverket anfört att det generella statsbidraget skulle avvecklas den 1 januari 1993. Riksdagen beslöt den 7 maj 1992 att bifalla förslaget liksom att godkänna i propositionen föreslagna riktlinjer om ändring av arbetarskyddsavgiften till följd av statsbidragets avveckling.

Regeringen beslutade vid sammanträde den 13 februari 1992 med hänsyn till sitt förslag om avveckling av statsbidraget till företagshälsovården att tillkalla en särskild utredare för att utreda företagshälsovårdens organisation och finansiering. Utredaren skulle med utgångspunkt från en avveckling av statsbidraget överväga andra former av stöd för att tillgodose de små företagens behov av företagshälsovård. Vidare skulle utredaren, mot bakgrund av en analys av vilka konsekvenser en avveckling av det generella bidraget har för företagshälsovården, bedöma behovet av samhällelig styrning av företagshälsovården. De fullständiga direktiven framgår av *bilaga 1*.

Som särskild utredare tillkallade chefen för arbetsmarknadsdepartementet genom beslut den 13 februari 1992 generaldirektören K G Scherman. Utredningen har antagit namnet *1992 års företagshälsovårdsutredning, FHU92*.

2. Överväganden angående direktivens innebörd

SOU 1992:103

Kapitel 2

En kort analys av direktiven ger vid handen att följderna generellt sett för företagshälsovården av det avskaffade statsbidraget skall analyseras. Av analysen föranledda förslag för att uppnå de mål, som formulerats, skall redovisas. De små företagens behov skall uppmärksammas särskilt, såväl när det gäller behovet av stöd – t. ex. riktade insatser – i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet och behovet av informations- och utbildningsinsatser, som i fråga om anslutningen till företagshälsovård. Utredningen uppfattar detta som ett uttryck för en strävan efter en helhetssyn på företagens – i synnerhet de små och medelstora företagens – och deras anställdas problem. Goda arbetsförhållanden och goda möjligheter till rehabilitering är en viktig förutsättning både för företagens lönsamhet och utveckling och för de anställdas välbefinnande.

Uppdraget vad avser behovet av stöd till de små företagen har utredningen uppfattat så att fråga är om ekonomiskt stöd eller andra former av stöd, t. ex. utbildning eller informations- och andra servicetjänster.

Vidare har utredningen förutsatt att den – om skäl härtill föreligger – inte bara har att framlägga förslag om ändringar i arbetsmiljölagen utan också kan aktualisera andra lagstiftningsåtgärder.

Enligt utredningens mening är det angeläget att ta i beaktande utvecklingen i stort av arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet inom företagen och redovisade behov av förbättrade eller förändrade insatser. Av intresse är därvid bl. a. att studera Arbetsmiljökommissionens arbete, som samlat redovisats i betänkandet *Arbete och hälsa* (SOU 1990:49).

Direktiven har också tolkats så att utredningen inte endast skall kartlägga utan också analysera företagshälsovårdens omfattning och utformning etc. Den skall också ge sin syn på hur företagshälsovården fungerar, på företagshälsovårdens förmåga att tillgodose beställarnas behov liksom synen på effekterna av företagshälsovårdens insatser i företagen.

Direktiven bygger på förutsättningen att en enhetlig definition finns för begreppet företagshälsovård. I och med förväntat upphävande av bidragsförordningen kvarstår inte längre det som hittills utgjort grunden för att från lagstiftarens utgångspunkt betrakta företagshälsovård som en särskild organisatorisk företeelse. Utredningen har anpassat sitt arbete till de ändrade förutsättningar som sålunda föreligger.

Utredningen har vid tolkning och analys av direktiven också följt upp och försökt beakta de omvärldsförändringar som – även under pågående utredningsarbete – ägt rum t. ex. vad avser förslag om införande av ett husläkarsystem och utvecklingen på avtalsområdet.

3. Utredningens arbete

Den särskilde utredaren har biträttats av två sakkunniga, som representanter för Arbetsmarknadsdepartementet respektive Socialdepartementet. Till sitt förfogande har utredaren dessutom haft fyra experter, vilka företräder Socialstyrelsen, Arbetsmiljöinstitutet, Arbetarskyddsstyrelsen och Riksförsäkringsverket. I arbetet har även deltagit en referensgrupp, bestående av sammanlagt nio representanter för arbetsmarknadens parter m fl.

Utredningen började sitt arbete i mitten av mars 1992, hade sitt första sammanträde 1992-04-21 och det sista i början av oktober. Utredningens arbete har naturligtvis påverkats av den korta utredningstiden, dryga sex månader, som gjort det nödvändigt att bedriva arbetet mycket koncentrerat.

Möjligheterna att genom studiebesök och kontakter med verksamhetsföreträdare samla uppgifter om den nuvarande företagshälsovården m. m. har begränsats av tidsplanen. Icke desto mindre har utredningen bland annat vid två tillfällen besökt Gävle för besök hos och överläggningar med företagshälsovårdsenheter, Yrkesinspektion och försäkringskassa.

Vidare har samtal förts med ledningarna för alla de i utredningen representerade myndigheterna och organisationerna. Skriftliga synpunkter på kraven på företagshälsovården har också införskaffats från nyss nämnda myndigheter och organisationer. De i särskilda promemorior redovisade synpunkterna, som tillfört utredningen mycket värdefullt material som utgångspunkt för arbetet, bifogas betänkandet (*bilaga 2*). Dessutom har organisationer och andra beretts tillfälle att informera och framföra synpunkter vid utredningens sammanträden. Information har även inhämtats genom andra former av kontakter med olika intressenter.

Samråd i enskilda frågor har under utredningsarbetet skett med de samtidigt pågående utredningarna för översyn av den arbetsrättsliga lagstiftningen, översyn av arbetsmiljölagen samt med arbetsskadeförsäkringsutredningen.

Sekretariatet utökades 1992-05-18 från en sekreterare till två sekreterare och en assistent på halvtid. Till sekretariatet har också varit knutna konsulter för framtagning av bakgrundsavsnitt, analys och överväganden om nya styrformer m m. Dessa konsulter har även deltagit i utredningens samlade arbete. Sakkunniga och experter i utredningen har svarat för utarbetande av underlag för vissa delar av betänkandet. En särskild konsult har för utredningens räkning utarbetat en idépromemoria angående principer för differentierade avgifter i socialförsäkringen.

Utredningen har haft sammanlagt sju sammanträden med samtidigt deltagande av sakkunniga, experter, referensgrupp och konsulter.

II. Bakgrund och utgångspunkter

4. Företagshälsovård – framväxt och innehåll

4.1 Ursprunget

Redan under 1600-talet fanns inom gruvnäringen medici (av medicus, ålderdomlig benämning på läkare) och fältskärer, som ägnade sig åt gruvarbetarnas hälsa, främst vid olycksfall. Det industriella genombrottet under 1800-talets senare hälft medförde nya och svårbemästrade problem, som man sökte klara genom att anställa särskilda läkare för vården av de anställda. Andra lösningar gick ut på att man anlätade privatpraktiserande läkare eller tjänsteläkare under viss tid vid företagen. Längre bestod den medicinska verksamhet som förekom inom företagen av sjukvård som därmed utgjorde ett komplement till den begränsade sjukvård som samhället kunde erbjuda.

Denna tradition har levt vidare långt in i modern tid. Anvisningsläkare inom statliga verk för fri sjukvård till de anställda kan ses som en kvarleva av systemet med kompletterande medicinsk verksamhet vid företagen. Fram till slutet av 1940-talet gällde detta i hög grad även för de stora företag och bruk runtom i landet, som fann det förenligt med sina intressen att anställa sk industriläkare. Det var inom denna kår av industriläkare som principerna för företagshälsovård i modern mening utvecklades.

Grundläggande principer för den medicinska företagshälsovården föreslogs av Svenska Arbetsgivareföreningen 1954 och accepterades av Landsorganisationen i den dåvarande arbetsmarknadskommittén.

4.2 Utvecklingen i stort efter 1960

Så småningom utvecklades samverkan med den tekniska skyddstjänsten, som från början mestadels hade olycksfallsförebyggande uppgifter, och med skyddskommittéer och skyddsombud och linje/stabsfunktioner i företaget för att återföra observerade samband till deras källa i arbetsmiljö och arbetsförhållanden. Arbetsgivareföreningen framlade 1966 förslag om att företagens dåvarande skyddstjänst skulle bilda en "teknisk del" inom företagshälsovården, sidoordnad och jämställd med den medicinska verksamheten. Företagshälsovård utvecklades på detta sätt till *en tekniskt och medicinskt förebyggande verksamhet*.

Företagshälsovården var in på 1960-talet fortfarande i många avseenden en verksamhet på arbetsgivarens villkor. Det sågs under detta decennium som en viktig uppgift för arbetsmarknadens parter att se till att verksamheten blev förankrad i företaget som en *partsobunden, utredande och rådgivande expertresurs*.

Denna organisationsform utformades av parterna i en 1967 träffad överenskommelse om företagshälsovård och en statlig utredning 1968. Avtalet och utredningen kom att bli grundläggande för utvecklingen av företagshälsovården inom samhällets övriga områden, först Kooperationen och så småningom även statlig och kommunal verksamhet. Den grundsyn

som växte fram innebar således att företagshälsovård är en angelägenhet för parterna i samverkan.

Enligt mellan parterna träffade avtal har den partsgemensamma *skyddskommittén* betraktats som "huvudman" för företagshälsovården genom att – i företag med särskild enhet för företagshälsovård (s. k. inbyggd företagshälsovård) – bl. a. besluta om verksamhetens organisation, inriktning och utveckling. I företag som anordnar företagshälsovård i samverkan med andra, dvs. när extern företagshälsovård utnyttjas, har skyddskommittén haft att till ledningsorgan för sådan företagshälsovård bl. a. framföra synpunkter angående erforderliga insatser och resurser för det egna företaget.

Företagshälsovårdens arbetsområde har successivt utvidgats. Det handlar inte längre enbart om åtgärder med inriktningen att förhindra direkta olycksfall och skador utan även att i möjligaste mån eliminera riskerna för arbetsskador, både fysiska och psykiska, och att förbättra arbetsförhållandena över huvud taget. Därför inryms i arbetsområdet numera också frågor som rör arbetsinnehåll, organisation och den enskilde arbetstagarens personliga utveckling. Verksamheten skall präglas av en helhetssyn.

4.3 Vad är företagshälsovård nu avsedd att vara?

Från ursprungligen medicinska insatser har strävan enligt de överenskommelser som träffats mellan arbetsmarknadens parter varit, att företagshälsovårdens innehåll skulle förändras och utvidgas. Det nuvarande innehållet i den institutionaliserade företagshälsovården som *en sammanhållen resurs* har angivits i de riktlinjer som ingått i avtalen på arbetsmiljöområdet. I exempelvis kommentaren till riktlinjerna i det t. o. m. den 30 juni 1992 gällande avtalet från 1976 mellan SAF och LO/PTK ställdes krav på en systematiserad *tekniskt, medicinskt och psykosocialt* inriktad resurs.

I avtalet förutsattes dock att företagshälsovård skall kunna definieras olika, beroende på skiftande behov och förutsättningar hos avnämarna. Till följd härav finns också ett antal olika organisatoriska modeller för företagshälsovården. Den kan vara inbyggd i företaget, bedrivs som en extern service genom företagshälsovårdscentraler, för vissa branscher bedrivs i form av branschhälsovård eller – om inget av de nämnda alternativen tillämpas – anordnas genom landstingsdriven extern företagshälsovård. De olika organisationsformerna beskrivs närmare i avsnitt 5.6.

Företagshälsovården är inte lagreglerad. Begreppet företagshälsovård är däremot omnämnt bl a i arbetsmiljölagen, i lagen om allmän försäkring, i instruktion för Arbetarskyddsverket, i instruktion för Arbetsmiljöinstitutet, i läkarvårdstaxan och i förordningen om bidrag till företagshälsovård. I *arbetsmiljölagen* förekommer begreppet som benämning på en resurs som arbetsgivaren är ålagd att föranstalta om "om arbetsförhållandena påkallar det". Det är också omnämnt som en av de frågor skyddskommittén skall behandla.

Bidragsförordningen innebär bl. a. reglering av de villkor företagshälsovårdstjänsterna måste uppfylla för att berättiga till statsbidrag och ger också en allmän definition. Däri sägs att bidrag utgår till företagshälsovård som är en rådgivande expertfunktion för arbetsgivare och arbetstagare,

som arbetar förebyggande med arbetsmiljön och deltar i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten. Bidrag utgår även för sådan läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som undantagsvis behöver utföras av företagshälsovården. I proposition 1990/91: 140 finns dock ett uttalande av innebörd att allmänna sjukvårdande, behandlande uppgifter i princip inte ingår i företagshälsovårdens uppgifter.

Förutom genom regler på nationell nivå har företagshälsovårdstjänster definierats i *internationella sammanhang*. EG-rekommendationer om företagshälsovård utarbetades ursprungligen av EG-kommissionen 1962. Sedermera har inom den Internationella arbetsorganisationen (ILO) överenskommit om konventioner och rekommendationer rörande företagshälsovård. De senaste, konvention nr 161 och rekommendation nr 171, ratificerades av Sverige 1986.

Med uttrycket "företagshälsovård" avses i ILO-konventionen och -rekommendationen *tjänster* som huvudsakligen innebär förebyggande uppgifter och ansvaret för rådgivning till arbetsgivare, arbetstagare och deras representanter i företaget angående

- * krav på utformande och upprätthållande av en säker och hälsosam arbetsmiljö, vilket kommer att bidra till optimal fysisk och psykisk hälsa i samband med arbetet samt

- * anpassning av arbetet till arbetsstagarnas förutsättningar med hänsyn till deras fysiska och psykiska hälsa.

Företagshälsovård uppfattas vanligen mera som en individuellt inriktad resurs, en vårdverksamhet, än som resurs för förebyggande arbete på arbetsplatsen. Förklaringen härtill kan delvis sökas i den historiska bakgrund som ovan beskrivits. En annan bidragande orsak kan vara de uppsatta målen för resursens utbyggnad, som formulerats i termer av andelen arbetstagare anslutna till företagshälsovård.

Tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete skall enligt statsmakternas uttalanden inte ligga på de individinriktade insatserna utan på det *förebyggande* arbetsmiljöarbetet, med särskild betoning av *grupp- och organisationsinriktade* insatser.

5. Redovisning av företagshälsovårdens nuvarande omfattning och utformning m. m. samt kommentarer och uttalanden om företagshälsovård

5.1 Vissa särskilda studier samt underlag från i utredningen representerade myndigheter och organisationer

Utredningen har från de myndigheter och organisationer, som är företrädda i utredningen genom experter eller representanter i expertgruppen, inhämtat synpunkter på den nuvarande lagstiftningens krav på en företagshälsovårdsorganisation respektive kraven utifrån olika organisationers intressen. Synpunkter har också inhämtats från Föreningen Svensk Företagshälsovård. Inkomna synpunkter redovisas i bilagorna 2.1 – 2.13.

Forskningsprogram och utredningar har studerat företagshälsovårdens förutsättningar och problem. Även de fackliga organisationerna och arbetsgivarsidan har producerat åtskilligt material om företagshälsovården – både som programförklaringar och som studie- och informationsmaterial. I *bilaga 3* redovisas några sådana studier (Arbetsmiljöfondens företagshälsovårdsprogram, översynsutredningens rapport Företagshälsovård i omvandling, Svenska Arbetsgivareföreningens studie 1992, baserad på en enkätundersökning som behandlar företagshälsovårdens verksamhet ur användarsynpunkt och Arbetsmiljöarbete och företagshälsovård inom kommunerna. Den senare är en akademisk avhandling, med syftet bl. a. att studera hur individer i kommunala förvaltningar organiserar sig för att definiera och åtgärda arbetsmiljöfrågor). I *bilaga 3* ingår även vissa kommentarer och uttalanden om företagshälsovård m m.

Redovisningen i detta kapitel bygger huvudsakligen på uppgifter i det ovan redovisade materialet.

5.1.1 Vissa inkomna synpunkter

Landsorganisationen i Sverige har för sin del till företagshälsovårdsutredningen överlämnat promemorian "Behovet av företagshälsovården i ett LO-perspektiv". I denna konstateras bl a att merparten av de företag, där det finns LO-medlemmar, inte är anslutna till företagshälsovården. De hinder för anslutning som de icke anslutna företagen uppgett är

- ointresse från FHV-centralen att ansluta småföretagen, därför att dessa kostar för mycket,
- FHV-centralerna och deras uppbyggnad koncentreras till de större orterna och småföretagen får orimliga avstånd,
- centralerna kan inte praktiskt utöva den verksamhet som är önskvärd,
- ovilja hos företaget samt
- lågt intresse bland medlemmarna.

I sitt yttrande till utredningen konstaterar LO att merparten av medlemmarna inom LO:s medlemsförbund idag har tillgång till företagshälsovård, ca 75–80 procent. Samtidigt konstaterar LO att merparten av de företag där det finns LO-medlemmar inte är anslutna till företagshälsovården. Inom servicesektorn med förbund såsom Handelsanställdas förbund, Fas-

tighetsanställdas förbund, Hotell och Restauranganställdas förbund och Musikerförbundet har högst 50 procent av medlemmarna tillgång till företagshälsovård.

I LO:s yttrande finns också en kort genomgång av arbetsmiljöproblem i de företag/myndigheter som ej är anslutna.

I Riksrevisionsverkets rapport (Fu 1991: 9) om den statliga styrningen av företagshälsovården har effekterna av det hittillsvarande statsbidragssystemet analyserats. Riksrevisionsverkets slutsats är att statsbidragets styrande effekter är svaga, bl a när det gäller att öka anslutningen av de små företagen. RRV tror inte att de nya ändringarna som föreslagits av över-synutredningen kommer att ge avsedd effekt och föreslår att bidraget avvecklas. Rapporten har återopats i årets budgetproposition, prop 1991/92:100, bil 11.

SAF publicerade 1992 en studie, *Företagens krav och förväntningar på företagshälsovården*, som refereras närmare i bilaga 3.

Kort kan sägas att rapporten visar att dagens problemtyper rörande arbetsmiljön, enligt företagsledningarna, domineras av psykosociala frågor, belastningsskador och frågor rörande arbetets organisation. Den nära framtidens problem bedöms bli tekniska frågor, belastningsskador och de psykosociala frågorna. De upplevda problemområdena styr emellertid inte förväntningarna och kraven på företagshälsovården. Enligt företagsledningarna kan företagshälsovårdens främsta bidrag sammanfattas i dels allmänna sjukvårds- och friskvårdsinsatser, dels tillgänglighet. Följdriktigt uppges de största bristerna vara otillräckliga kontakter mellan företagshälsovården och företagen samt avsaknaden av sjukvård.

5.2 Täckningsgrad

Företagshälsovårdens omfattning från 1986 och framåt beskrivs i tabell här nedan.

Tabell 1. Utbyggnad av företagshälsovård

År	Antal enheter	Bidragsgrundande antal personer
1986	870	2 918 000
1987	894	3 012 000
1988	898	3 072 000
1989	897	¹
1990	875	3 240 000
1991	846	3 132 000

¹ Uppgift saknas

Uppgifterna i tabellen har av Riksförsäkringsverket inhämtats från försäkringskassorna.

Drygt tre miljoner anställda och egna företagare är således anslutna till företagshälsovård.

Utbyggnadsgraden eller täckningen uttryckt som antal anslutna i förhållande till antalet fast anställda var år 1988 för hela riket ca 86 procent. Utbyggnadsgraden uttryckt i totala antalet anställda var ca 77 procent.

Utbyggnadsgraden i förhållande till antalet fast anställda uppgick till 100 procent för såväl statliga som det kommunala området, medan den på det enskilda området var 77 procent.

Rikstäckande statistik över utbyggnaden i olika branscher och med olika företagsstorlekar saknas. Det kan dock konstateras att större företag i allmänhet har företagshälsovård. De små företagen med högst 20 anställda saknar oftast tillgång till företagshälsovård. Som ett avgörande skäl till de svårigheter som funnits att ansluta småföretagen har uppgivits, att företagshälsovårdsenheterna motsatt sig att ansluta ytterligare småföretag, förebärande att kostnaderna och de administrativa olägenheterna inte står i rimlig proportion till intäkterna.

Uppskattningsvis mellan 80 och 90 procent av alla företag med anställda utnyttjar inte företagshälsovård.

5.3 Företagsstruktur

Följande tabell visar antal företag och anställda fördelade på olika företagsstorlekar.

Tabell 2. Företag och anställda fördelade på olika företagsstorlekar

Storleksklass (Antal anställda per företag)	Antal företag	%	Antal anställda	%
1	156 646	31	56 646	2
2-4	66 133	37	177 697	5
5-9	28 331	16	183 987	5
10-19	14 951	8	199 779	5
20-49	9 114	5	272 273	7
50-199	4 345	2	400 238	11
200-	1 790	1	2 396 957	65
	181 310	100	3 687 577	100

Uppgifterna är hämtade från Statistiska centralbyråns centrala företags- och arbetsställeregister och gäller beträffande antalet företag november 1991 och beträffande antalet anställda december 1990.

Majoriteten av företagen i Sverige är små företag. Utöver ovan angivna företag med anställda finns i runt tal 390 000 företag utan anställda.

Om man utgår från antagandet, som är väl underbyggt, att de flesta företag med mer än 20 anställda har tillgång till företagshälsovård innebär detta samtidigt att uppskattningsvis mellan 80 och 90 procent av alla företag med anställda inte utnyttjar företagshälsovård.

Småföretagen dominerar i alla näringsgrenar, även om andelarna varierar. De mest småföretagsintensiva näringsgrenarna är jord- och skogsbruk,

tjänsteföretag (uppdragsverksamhet, fastighetsförvaltning etc), byggnadsverksamhet, varuhandel, restauranger, reparation och annan service. Vissa delar av tillverkningsindustrin har också ett stort inslag av småföretag, t ex livsmedelsindustrin, den grafiska industrin och verkstadsindustrin.

Ca 70 procent av företagen med färre än 20 anställda finns inom servicenäringarna. Varuhandeln dominerar med 45 000 företag med anställd personal, därefter uppdragsverksamhet, banker m.m. med 20 000 företag.

5.4 Personal

Antalet yrkesverksamma inom företagshälsovården 1986 respektive 1989 fördelat på olika yrkeskategorier framgår av tabell nr 3. Uppgifterna är hämtade från Yrkesinspektionens verksamhetsrapporter och avser läget den 1 juli 1989.

Tabell 3. Personal inom företagshälsovården 1986 och 1989

Kategori	Antal		Årsarbetskrafter	
	1986	1989	1986	1989
Företagsläkare	1 369	1 415	1 018	1 085
Företagssköterska	2 358	2 554	1 876	2 088
Företagssjukkymnast	952	1 184	708	874
Övrig medicinsk personal	707	635	518	471
Skyddsingenjörer	1 219	1 295	1 033	1 135
Övrig teknisk personal	171	140	132	130
Beteendevetare	524	567	399	462
VD eller motsv	352	392	94	111
Övrig administrativ personal	1 761	1 916	1 251	1 425
TOTALT	9 413	10 098	7 029	7 781

En viss förskjutning i personalsammansättningen har skett under perioden 1986-1989. Bland annat har en betydande del företagssjukkymnaster och företagssköterskor tillkommit.

5.5 Utbildning och kompetensutveckling

Till bilden av förutsättningarna för dagens företagshälsovård hör utbildningsmöjligheter och möjligheter till utveckling inom yrkesområdet genom tillgång till forskningsresultat och möjligheter till projektverksamhet.

5.5.1 Allmänna krav i bidragsförordning

Bland de krav som enligt nu gällande bidragsvillkor ställs på företagshälsovården finns kravet på att företagshälsovården skall bedrivas med för ändamålet utbildad personal.

Arbetsmiljöinstitutet är huvudsaklig anordnare av utbildning för företagshälsovårdspersonal. Institutet ansvarar för att utbildning i företagshälsovård anordnas och genomförs i enlighet med de allmänna riktlinjer som angivits i proposition 1984/85: 89 om företagshälsovård och arbetsanpassning. I förordning om ändring i förordningen (1988: 732) med instruktion för Arbetsmiljöinstitutet, föreskriver regeringen bl. a. att institutet skall ansvara för utbildningen av företagshälsovårdens personal och bedriva annan extern utbildning samt medverka i Arbetarskyddsstyrelsens personalutbildning. Institutet skall också samverka med Arbetarskyddsstyrelsen i frågor om företagshälsovårdsutbildningen, utarbeta och sprida information om arbetsmiljöforskningen och svara för ett ansvarsbibliotek för arbetsmiljöfrågor och utföra uppdrag inom sitt verksamhetsområde.

I sin promemoria till utredningen framhåller Arbetsmiljöinstitutet, att institutet och dess föregångare (Arbetsmedicinska Institutet, forskningsavdelningen vid Arbetarskyddsstyrelsen) sedan 1966 anordnat utbildning för företagshälsovårdens personal. Utbildningsverksamheten har haft stor betydelse för kompetensupbyggnaden inom företagshälsovården och kursdeltagarna har fått personliga kontakter med forskarna som varit till nytta för dem i deras arbete. Den kunskap som förmedlats har byggt på vetenskap och beprövad erfarenhet, där senaste rön kunnat förmedlas. Aktuella kunskaper har därigenom snabbt kunnat omsättas i praktiken.

I översynsutredningen finns en uttömmande redovisning av företagshälsovårdsutbildningens uppläggning och innehåll. Här lämnas en översiktlig sammanställning över kurslängd och rekommenderad poängsättning för arbetsmiljöinstitutets utbildningar i företagshälsovård.

Kurslängd och poängsättning

Utbildning	Kurslängd	Högskolepoäng
Företagsläkarutbildning	9 veckor teori + projektarbete + självstudier	10
Utbildning av verksamma företagssköterskor	10 veckor teori + projektarbete + självstudier	20
Företagssjukgymnastutbildning	6 veckor teori + examensarbete + självstudier	20
Utbildning av verksamma skyddsingenjörer	16 veckor teori + examensarbete + självstudier	40
Utbildning av blivande skyddsingenjörer	21 veckor teori + 20 veckor tjänstgöring i företagshälsovård (inkl examensarbete + projektarbete) + självstudier	20
Beteendevetarutbildning	5 1/2 veckor teori + projektarbete + självstudier	10

Antalet utbildade fördelade på olika personalkategorier inom FHV under åren 1966 – 1991/92 fördelas på följande sätt.

Antal utbildade 1966-1991/92	
Företagsläkare	1 538
Företagssköterskor	3 596
Företagssjukgymnaster	653
Skyddsingenjörer	1 506
Beteendevetare	260
SUMMA	7 553

Vid sidan av institutets här ovan beskrivna reguljära vidareutbildningskurser genomför Arbetsmiljöinstitutet varje år mellan 15 och 30 korta arbetsmiljökurser, huvudsakligen efterutbildningskurser för företagshälsovårdens personal. Efterutbildningen skall göra det möjligt för personalen att vidmakthålla, fördjupa och komplettera tidigare inhämtade yrkeskunskaper. Kurserna genomförs till stor del regionalt på 20–25 olika platser i landet.

Arbetsmiljöinstitutets utbildning av företagshälsovårdens personal har expanderat kraftigt såväl till innehåll som till omfattning under 1980-talet i takt med utbyggnaden av företagshälsovården. Efterfrågan på utbildning har i flera fall varit betydligt större än antalet tillgängliga utbildningsplatser, detta gäller särskilt för företagssjukgymnaster och beteendevetare. Den sammanlagda utbildningskapaciteten i institutets vidareutbildning var ca 450 utbildningsplatser när den var som störst 1990/91. Enligt Arbetsmiljöinstitutet kan statsbidragets upphörande och uppsägningen av gällande arbetsmiljöavtal inom den privata sektorn komma att få betydande konsekvenser för utbildningsverksamheten vid institutet. En påtaglig effekt har institutet redan fått erfarat, nämligen en minskning av efterfrågan på institutets vidareutbildningar för företagshälsovårdens personal med 35 procent. En del av denna nedgång kan eventuellt förklaras av en viss "mättnad" när det gäller utbildning av företagshälsovårdspersonal.

5.5.3 Resurser för utbildning och kompetensutveckling

● Statliga anslag

Riksdag och regering beslutar om anslag över statsbudgeten för arbetsmiljöverksamhet. Besluten innefattar även viss omfördelning och styrning av medel som influtit genom avgifter och fonder. Under riksdag och regering är det olika statliga myndigheter som fördelar resurserna.

Det är ett flertal myndigheter som fördelar medel för forskning, utveckling och utbildning. Den dominerande är *Arbetsmiljöfonden (AMFO)*, som disponerar drygt 800 miljoner kronor till och med 1991/92. Beroende på diverse riksdagsbeslut minskar den del av arbetarskyddsavgiften som tillfaller fonden från och med 1992/93. Intäkterna blir i fortsättningen 500-600 miljoner kronor per år.

Arbetslivsfonden skall genom bidrag stödja utvecklingsprojekt inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena på arbetsplatserna. Projekten kan innehålla utbildningsinsatser och kompetenshöjande insatser av annat slag.

Det statligt finansierade *Arbetslivscentrums* budget uppgår till ca 34 miljoner kronor för budgetåret 1992/93. Arbetslivscentrum skall bedriva och främja tvärvetenskapligt forsknings- och utvecklingsarbete som rör individer och grupper i arbetslivet, relationerna mellan arbetsmarknadens parter, frågor om inflytande i arbetslivet och om arbetsorganisation.

● Utbildning

Arbetsmiljöinstitutet anordnar utbildning inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Utbildningsverksamheten riktar sig huvudsakligen till personal inom företagshälsovården, dvs företagsläkare, företagssköterskor, företagssjukgymnaster, skyddsingenjörer och beteendevetare. Viss utbildning sker regionalt, t ex utbildning av företagsgymnaster tillsammans med institutionen för sjukgymnastik i Lund och utbildning av skyddsingenjörer i samverkan med högkolan i Jönköping.

Statens institut för psykosocial miljömedicin och *institutet för miljömedicin* bedriver utbildning i olika former för olika målgrupper.

Högskolorna och universiteten ordnar utbildningar som anpassas efter målgruppens behov. T ex har vissa högskolor anordnat speciell utbildning för den personal inom försäkringskassan som arbetar med rehabilitering.

● Andra former av kunskapsspridning

Arbetslivscentrum anordnar seminarier och kurser för t. ex. forskare.

Partsammansatta organ med uppgifter inom arbetsmiljöområdet ordnar kurser och konferenser och ger ut skriftlig information. *Arbetsmarknadens parter och intresseorganisationer* har genom skriftlig information och genom seminarier och temadagar, informerat om de lagändringar som berör arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring och deras praktiska tillämpning.

Arbetsarkivstyrelsen anordnar informationsdagar för t. ex. företagsledare, arbetsledare och skyddsombud inom olika aktuella områden som t. ex. arbetsgivarnas internkontroll, men ansvarar främst för utbildning av sin egen personal.

Kompetensutveckling för företagshälsovårdens personal sker också genom *yrkesföreningarnas* försorg genom kurser, konferenser och temadagar. Information om forskning, projekt och praktiska exempel på väl fungerande verksamheter och sätt att arbeta når medlemmarna genom facktidsskrifter.

Det bedrivs också *intern utbildning inom företagshälsovården*. Statshälsan har t. ex. en omfattande utbildningsverksamhet.

Av ovanstående översiktliga presentation av olika aktörer inom utbildnings- och informationsområdet framgår att det finns ett rikt utbud av information och utbildning, från direkt arbetsplatsanpassad, som kan ske inom ett utvecklingsprojekt delfinansierat av Arbetslivsfonden eller Arbetsmiljöfonden, till utbildning på högskolenivå.

Eftersom Arbetsmiljööinstitutet är den dominerande utbildningsanordnaren för företagshälsovårdens personal skall här närmare redogöras för deras verksamhet i stort, personal och ekonomiska förutsättningar.

Enligt sin instruktion skall institutet bl. a. svara för att kunskaper och kompetens byggs upp inom arbetsmiljöforskningen, ansvara för utbildningen av företagshälsovårdens personal och bedriva annan extern utbildning samt medverka i Arbetarskyddsstyrelsens personalutbildning. Institutet skall vidare samverka med Arbetarskyddsstyrelsen i frågor om företagshälsovårdsutbildningen.

Institutets uppgift är att bedriva forskning, forskarutbildning, utbildning och information inom arbetsmiljöområdet och institutet har en tvärvetenskaplig uppbyggnad för att kunna ge arbetsmiljöproblemen en allsidig belysning. Forskningsverksamheten leds av 28 professorer och vid institutet finns sex olika discipliner representerade: fysiologi, kemi, medicin, psykologi, teknik och toxikologi. Institutet samarbetar både i fråga om forskning och utbildning med bl a universitet, högskolor, yrkesmedicinska kliniker och Arbetarskyddsstyrelsen.

Våren 1992 fanns ca 400 personer anställda vid institutet, varav 80 i Umeå och övriga i Solna. Cirka 325 var anställda vid forskningsenheterna och övriga vid enheterna för utbildning, information, bibliotek och administration.

Institutet finansieras huvudsakligen med statliga medel. För budgetåret 1992/93 förfogar institutet över 172 miljoner kronor. Dessutom tillkommer externa forskningsanslag om drygt 20 miljoner kronor huvudsakligen via Arbetsmiljöfonden. Av institutets samlade ekonomiska resurser går cirka 63 procent till forskning, 7,5 procent till utbildning (ca 10 miljoner kronor) och 4 procent till information. Övriga resurser fördelades på administration, lokaler och bibliotek.

Utbildningen, som i huvudsak riktar sig till personal inom företagshälsovården, bedrivs dels i form av grundläggande utbildningar, s. k. vidareutbildningar, dels i form av kompetenshöjande kortare utbildningar, s. k. efterutbildningar.

Företagshälsovårdsutbildningen har två huvudmål: *dels* att ge gedigna kunskaper om arbetsmiljöfrågor utifrån den grundutbildning som de olika personalkategorierna har, *dels* att beskriva ett arbetssätt och metoder som de kan tillämpa i det praktiska arbetet.

Den i föregående avsnitt redovisade vidareutbildningsverksamheten för företagshälsovårdens personal finansieras via medel från institutets förvaltningsanslag.

Efterutbildningskurserna, som syftar till att vidmakthålla och komplettera tidigare kunskaper, finansieras med kursavgifter.

Det skall tilläggas att Arbetsmiljööinstitutet också erbjuder utbildning motsvarande 10 högskolepoäng till fackliga förtroendemän.

5.6.1 Allmänt

Företagshälsovården är i huvudsak organiserad i de former, som angavs i arbetsmiljöavtalen mellan de centrala parterna på arbetsmarknaden.

I avtalen på det privata området angavs att företagshälsovården i princip kunde organiseras enligt följande alternativ.

1. Stora företag borde inrätta i företaget *inbyggd företagshälsovård*.
2. Små och medelstora företag borde ansluta sig till en *företagshälsovårdscentral* som inrättas av företagen.
3. För vissa branscher kunde s. k. *branschhälsovård* inrättas.
4. När inget av de nämnda alternativen kunde genomföras, t.ex. på mindre orter med för litet underlag och i glesbygd med spridda små företag, kunde det vara aktuellt att ordna företagshälsovård i samverkan med landstingets hälso- och sjukvård, s. k. *landstingsdriven extern företagshälsovård*.

På de landstings- och primärkommunala områdena kan företagshälsovård enligt gällande avtal organiseras på två sätt:

1. *Inbyggd företagshälsovård* anordnas när antalet anställda överstiger 1 500 personer. Med inbyggd menar man här företagshälsovård som finansieras och drivs av primär- eller landstingskommunen för dess egna anställda samt för personal vid kommunägda bolag och stiftelser.
2. *Företagshälsovårdscentral* inrättas när det inte finns förutsättningar för inbyggd företagshälsovård.

På det statliga området har en central organisation etablerats, Stiftelsen Statshälsan, som svarar för företagshälsovård för alla statligt anställda. En kortfattad beskrivning av de olika organisationsformerna görs i det följande. Det bör beaktas att det, förutom de mer renodlade formerna, även finns ett stort antal blandformer.

5.6.2 Inbyggd företagshälsovård

Med inbyggd företagshälsovård menas att företagshälsovården är knuten till ett enda större företag, ett landsting eller en primärkommun. Verksamheten bestäms av respektive skyddskommitté i enlighet med för området gällande arbetsmiljöavtal. Kommittén består av representanter för arbetsgivare och arbetstagare, där arbetstagsidan har majoritet.

Antalet företag med inbyggd företagshälsovård uppgick 1989 till 111. Några av dessa lämnar även service till externt anslutna företag.

5.6.3 Företagshälsovårdscentraler

Företagshälsovårdscentraler inrättas gemensamt av små och medelstora arbetsgivare som inte har möjlighet att ordna egen företagshälsovård. I regel bildar intressenterna en ideell förening eller stiftelse som direkt eller via ett aktiebolag driver centralen. I bolagets styrelse har arbetsgivarsidan majoritet. Som ledningsorgan under styrelsen fungerar en företagshälsovårdskommitté med arbetstagsmajoritet.

Såväl privata som kommunala och statliga arbetsgivare kan vara anslutna till en företagshälsovårdscentral.

Det är dock främst privata arbetsgivare, som är anslutna till centraler. Det totala antalet centraler var 1989 ca 590, inklusive Statshälsans egna centraler. Centralernas storlek varierar kraftigt liksom det antal arbetstägare, som är anslutna.

5.6.4 Branschhälsovård

För vissa branscher med geografiskt spridda, små eller tillfälliga arbetsställen har man inrättat företagshälsovård i form av branschhälsovård. Denna kan organiseras t. ex. genom regionvis inrättade företagshälsovårdscentraler kompletterade med rörliga enheter. Härutöver behövs en central instans med uppgift att planera verksamheten m m.

Denna modell är rikstäckande endast inom byggnadsbranschen och lantbruket.

Bygghälsan är en ideell förening där arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samverkar. Verksamheten är uppdelad på 13 regioner med var sin regioncentral samt 20 undercentraler och 17 mobila enheter. Verksamheten leds från huvudkontorer i Danderyd, där också en forskningsstiftelse är placerad. Förutom en styrelse finns för den centrala ledningen en företagshälsovårdskommitté som består av arbetsgivar- och arbetstagarrepresentanter. Inom regionerna finns dessutom arbetsmiljökommittéer, som fungerar som partssammansatta samråds- och samarbetsorgan.

Ca 200 000 kollektivt anställda arbetstägare och arbetsledare inom byggnadsbranschen omfattas automatiskt av Bygghälsans service, vilken finansieras av arbetsgivaren genom att en av parterna överenskommen andel av semesterkasseavgiften går till Bygghälsan.

Skogs- och lantbrukshälsan bedriver sin verksamhet i sex regioner och administreras från huvudkontoret i Stockholm. I princip finns i varje län ett förtroenderåd, som fungerar som kontaktorgan för intressenterna. Såväl i förtroenderåden som i Lantbrukshälsans styrelse ingår tre representanter för Lantbrukarnas Riksförbund (LRF) samt en representant vardera för Skogs- och Lantarbetstägareförbundet, Lantarbetareförbundet och Skogs- och Lantbrukstjänstemannaförbundet.

Branschhälsovård förekommer också inom vissa andra branscher men då oftast i form av begränsad branschknuten företagshälsovård som omfattar en eller ett par regioner eller orter.

Transporthälsan har en central uppbyggnad med kansli i Solna och egna företagshälsovårdsenheter i Stockholm, Göteborg, Malmö, Sundsvall och Borås. På övriga orter strävar man efter anslutning till befintliga företagshälsovårdscentraler. Verksamheten vid Transporthälsans egna centraler omfattade år 1988 cirka 17 000 anställda.

Förutom ovan nämnda branschhälsor finns branschriktad företagshälsovård begränsad till någon eller några orter. Här kan nämnas Motorhälsan, Skogshälsan, Gruvhälsan, Grafiska hälsovårdscentralen, Affärshälsan, Hotell- och restauranghälsan och Städbranschens företagshälsovård.

5.6.5 Landstingsdriven extern företagshälsovård

Många landsting har engagerat sig i att anordna extern företagshälsovård. Målgruppen är främst arbetsställen med små möjligheter att på annat sätt ordna företagshälsovård, dvs. små företag och företag i glesbygd.

En viktig fråga vid utbyggnaden av den landstingsdrivna externa företagshälsovården är hur de anslutna företagen och deras anställda skall få samma inflytande på verksamheten som inom annan företagshälsovård. I ett par landsting drivs därför företagshälsovården genom särskilda stiftelser, som är organisatoriskt frikopplade från landstingens ordinarie verksamhet. Detta innebär samtidigt att dessa i egentlig mening inte längre är att karaktärisera som landstingsdrivna.

5.6.6 Statshälsan

Stiftelsen Statshälsan har sitt huvudkontor i Karlskrona, där man svarar för övergripande planering och administration av verksamheten. Organisatoriskt är verksamheten uppdelat i tolv planeringsområden där olika lokala företagshälsovårdsenheter har byggts upp. I stiftelsens styrelse ingår representanter för arbetsgivare och arbetstagare med majoritet för arbetstagarna. För varje lokal enhet finns en lokal styrelse, ofta med arbetstagar-majoritet, som bl. a. har till uppgift att styra den totala verksamhetens inriktning.

Statshälsan driver dels företagshälsovårdscentraler i egen regi, till vilka ibland externa kunder är anslutna, dels genom att köpa in sig i privata eller kommunala företagshälsovårdscentraler.

5.7 Förebyggande arbetsmiljöarbete

5.7.1 Statsmakternas intentioner

Enligt proposition nr 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering är företagshälsovårdens huvuduppgift att arbeta förebyggande och utveckla arbetsmiljön. Företagshälsovården har emellertid enligt propositionen i många fall tagit på sig alltför mycket av en vårdande och individuellt problemlösande roll. En förutsättning för att företagshälsovården skall få en aktiv roll på arbetsplatserna är att den får en tyngdpunktsförskjutning från efterhjälpande till förebyggande, från individinriktade till grupp- och organisationsinriktade insatser. Företagshälsovårdens insatser får ej stanna vid kartläggningsarbete, riskbedömningar etc. Det är lika viktigt att företagshälsovården aktivt deltar i företagets och förvaltningarnas förändringsarbete och bistår med synpunkter och råd. Departementschefen underströk i propositionen vikten av att företagshälsovården kommer med tidigt i förändringsarbetet på arbetsplatserna och att information, utbildning och träning av personal vid förnyelse och förändringsarbete utgör en viktig del.

5.7.2 Omfattningen av företagshälsovårdens insatser i förebyggande arbetsmiljöarbete

I bilaga 3 har översiktligt refererats översynsutredningens enkät som avsåg att belysa hur stor del av arbetstiden som olika befattningshavare ansåg sig använda bl. a. för förebyggande arbetsmiljöarbete. Den visade att läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster ägnade, som ett genomsnitt för alla enheter, 24, 44 resp 40 procent av sin tid till förebyggande arbetsmiljöarbete. Nämnade tre personalkategorier utgjorde drygt 50 procent av alla anställda inom företagshälsovården. Hos skyddsingenjörerna, som utgjorde ca 13 procent av alla anställda, dominerade arbetsmiljöarbetet helt med 77 procent av arbetstiden. Beteendevetarna, som endast utgjorde 6 procent av alla anställda, ägnade ca hälften av sin tid åt arbetsmiljöfrågorna.

5.7.3 Vissa synpunkter på företagshälsovårdens insatser i arbetsmiljöarbetet

Av Svenska Arbetsgivareföreningens enkät, som refereras i bilaga 3, framgår att en stor del av företagen anser att företagshälsovården utgör en viktig men outnyttjad resurs. Svaren och inställningen till företagshälsovården skiljer sig beroende på företagets storlek. Stora företag är generellt mer positiva till företagshälsovården än mindre. Svaren skiljer också mellan de tillfrågade personalkategorierna. Personalchefer är mer positiva än verkställande direktörer och chefer.

Ytterligare synpunkter avseende företagshälsovårdens arbete med arbetsmiljöfrågor har förts fram i vissa av bilagorna 2.1–2.13. Företagarnas Riksorganisation anför bl. a. att faktorer, som bidragit till de små företagens ringa utnyttjande av företagshälsovårdens tjänster och att företagshälsovården inte förmått bidra till en bättre arbetsmiljö, bl. a. är att deras tjänster har ansetts dyra och att marknadsföringen av tjänsterna har varit dålig. LO framhåller att det under lång tid har varit en uppenbar brist på beteendevetenskaplig kompetens inom företagshälsovården.

5.7.4 Företagshälsovård i utveckling – exempel

Utredningen har i sitt arbete haft kontakt med eller informerats om företagshälsovårdsenheter, som var och en på sitt sätt bedriver framgångsrikt arbete. Uppgifter och informationer har inhämtats både från enheter med ett traditionellt utbud av tjänster och från verksamheter där delvis nya vägar prövas. Utredningen har bl a vid två tillfällen besökt Gävle för besök hos och överläggningar med företagshälsovårdsenheter och dessutom Yrkesinspektion och försäkringskassa. Dessa överläggningar har särskilt dokumenterats och har härigenom kompletterat underlaget för utredningens arbete.

En modell för samarbete mellan landstinget och företagshälsovården som diskuteras i Gävle beskrivs kort i avsnitt 18.4. Om inhämtade uppgifter från verksamheter i övrigt kan följande nämnas.

På många företagshälsovårdscentraler utbildar man och samarbetar med arbetsledarna, som har en nyckelroll i arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten. Storstockholms Lokaltrafiks arbetsmiljöenhet har t. ex. haft utbildningar om aktuella ändringar i lagen om allmän försäkring och arbetsmiljölagen, som då speciellt inriktat sig på hur man skall kunna omsätta lagens intentioner i praktiken på den egna arbetsplatsen. Arbetsmiljöenheten ger också ut en nyhetsbulletin som innehåller nyheter inom områdena och som skickas till chefer, arbetsledare, personalmän, fackliga företrädare och förtroendevalda. Arbetsmiljöenheten anordnar även andra utbildningar i t. ex. kemikaliehantering och ergonomi.

Arbetsledare och chefer utbildas också av företagshälsovården i hur de kan hantera psykiska och sociala problem på arbetsplatsen, som t. ex. krisreaktioner, samarbetsproblem och missbruk. Företagshälsovården i Stockholms läns landsting, Landstingshälsan, har t. ex. Albagruppen, som består av psykiater, beteendevetare och sjuksköterska, som utbildar arbetsledare och personal i missbruksfrågor. Beteendevetarna föreläser också om mobbning, har handledning med arbetsledare på olika nivåer när de har problem i sina arbetsgrupper och arbetar med grupper där det är konflikter och samarbetsproblem.

Företagshälsovården deltar i diskussioner på arbetsplatserna för att få fram en bra modell för hur man skall agera när någon blir sjukskriven. I t. ex. Älvsborgshälsan hjälper företagssköterskan arbetsgrupper att utforma ett program för hur man skall agera. När skall arbetsledaren eller någon annan på arbetsplatsen kontakta den sjukskrivne? Hur skall man hjälpa den sjukskrivne att hålla kontakt med arbetsplatsen?

Det finns många modeller för samarbete med arbetsledarna och hur man håller kontakten med arbetsplatserna. Företagshälsovården på SKF i Göteborg har t. ex. personalvårdsrond en gång per månad på varje arbetsställe då läkaren, sjuksköterskan och en kontaktperson från försäkringskassan tillsammans med den personalansvarige diskuterar sjukfrånvaron och eventuella problem på arbetsplatsen. Utgångspunkten är den frånvarostatistik som den personalansvarige tar fram för varje månad.

Bohushälsan är ett exempel på en företagshälsovårdscentral som lyckats hitta former för ett bra samarbete med småföretag. Sammanlagt 60 företag med i genomsnitt 10 anställda är anslutna. Bohushälsan erbjuder hjälp inom "alla" områden, från marknadsföring, inköp, lagändringar, som skall omsättas i praktiken, till personalproblem, som samarbetsproblem och missbruk. "Det är bara att ringa". Frågor som Bohushälsan inte kan hantera hänvisas till andra experter som hälsan samarbetar med.

5.8 Arbetsanpassning och rehabilitering

● Arbetsgivarens ansvar

I lagen om allmän försäkring, 22 kap, anges att arbetsgivaren, i samråd med den anställde, ska svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som ska

hjälpa sjuka och skadade personer att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt och aktivt liv. Rehabilitering har därför både ett medicinskt och ett socialt mål. Rehabiliteringen omfattar således såväl medicinsk, psykologisk, social och som arbetslivsinriktad rehabilitering. Insatserna inom dessa områden måste samordnas för ett lyckat resultat och för att nå detta mål måste ansvariga för rehabiliteringsinsatserna samarbeta.

I lagen om allmän försäkring anges i 22 kapitlet, Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning, att rehabilitering enligt detta kapitel ska syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. För att denna målsättning för rehabiliteringen ska kunna uppnås är det naturligtvis av största vikt att arbetsgivarna har vilja, kunskaper och resurser för att hjälpa sina anställda tillbaka till arbete.

Sedan 1986 har det funnits bestämmelser om arbetsanpassning och rehabilitering i arbetsmiljölagen (AML). Dessa bestämmelser lades till en början i kap 6 (samverkanskapitlet), vilket medförde att det blev en gemensam målsättning för parterna att organisera detta arbete. Eftersom detta lagstöd ej var tillräckligt för att få igång ett effektivt anpassnings- och rehabiliteringsarbete, ändrades bestämmelsen i den senaste revideringen av arbetsmiljölagen, som gäller fr. o. m. den 1 juli 1991. Numera är det *arbetsgivarens* ansvar att se till "att det på arbetsställe i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 22 kap lagen om allmän försäkring vilar på honom" (AML 3 kap 2 a §).

Enligt förarbetena till de ändringar i lagen om allmän försäkring som gäller arbetsgivarens rehabiliteringsansvar skall arbetsgivaren ansvara för att vidta de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Det kan gälla åtgärder som arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering eller åtgärder som förändrat arbetsinnehåll, förändrade arbetstider och förändringar av organisationen på arbetsplatsen. Inriktningen bör enligt förarbetena vara att den anställde skall kunna fortsätta att arbeta hos sin arbetsgivare. Det primära målet är alltså att den anställde som är sjukskriven skall kunna återgå i arbete på sin gamla arbetsplats.

● Arbetsgivarnas behov av extern hjälp i rehabiliteringsarbetet

Om arbetsgivaren uttömt sina möjligheter att hjälpa den anställde ska det offentliga, bl. a. genom samverkan mellan försäkringskassa och arbetsförmedling, medverka till att den enskilde kan finna ett annat och lämpligare arbete. Enligt förarbetena bör dock i åtskilliga fall arbetsgivaren med hjälp av företagshälsovården kunna medverka till att finna en lösning, som är bra för den enskilde utan att det offentliga behöver gripa in. Företagshälsovårdens uppgift är alltså att vara arbetsgivarnas expertresurs i deras rehabiliteringsarbete och en resurs för de anställda i enskilda ärenden samt att medverka i arbetsgivarnas arbete med att skapa en bra arbetsmiljö för att förebygga sjukskrivning.

I mer komplicerade eller sammansatta fall behövs, enligt förarbetena till lagstiftningen, företagshälsovårdens kompetens och stöd när det gäller att utreda behovet av rehabilitering och dokumentera detta i en utredning. Små företag kan behöva denna hjälp i särskilt hög grad. Det kan till att börja med gälla att definiera problemet, som kan vara både arbetsrelaterat, socialt och psykologiskt. Det är grundläggande i all form av rehabilitering, men nog så svårt och ofta försummat. Vidare handlar det givetvis om att göra en bedömning av vad som krävs för att den anställde skall kunna återgå i arbete så snart som möjligt och vem som skall göra vad.

Företagshälsovården har förutsatts vara en naturlig samarbetspartner även när det gäller att diskutera fram en rehabiliteringsplan.

I sitt yttrande till utredningen för Försäkringskassförbundet bl. a. fram följande synpunkter på företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsarbetet. Förbundet anser att företagshälsovårdens arbete med att förbättra arbetsmiljön och deras rehabiliteringsarbete har stor betydelse för försäkringskassorna. Företagshälsovården är också en viktig samarbetspartner för kassorna.

Exempel som anges på angelägna arbetsområden för företagshälsovården är enligt förbundet utbildning, insatser för att skapa förändrade attityder och friskvård. Organisationsförändringar och mobbning bedöms också som angelägna arbetsområden och man framför åsikten att beteen-
devetenskaplig kompetens bör finnas på varje företagshälsa.

Försäkringskassförbundet betonar företagshälsovårdens betydelse på individnivå och företagshälsovårdens uppgift att stödja, hjälpa och motivera enskilda anställda under en rehabiliteringsperiod.

I detta sammanhang kan erinras om att försäkringskassorna under senare år bedrivit ett stort antal försök och projekt på rehabiliteringsområdet.

I en skrift "Rehabilitering i utveckling" (RFV REDOVISAR 1990:2) kartläggs och sammanfattas många av de positiva erfarenheter som projekt inom rehabiliteringsområdet gett. Skriften redovisar den betydande utveckling som pågår. I bilaga 3 redovisas exempel på former för samverkan mellan försäkringskassan och arbetsgivare/företagshälsovård.

5.9 Sjukvård inom företagshälsovården

5.9.1 Statsmakternas intentioner

Sjukvårdens roll inom företagshälsovården har varit och är en omdiskuterad fråga. En utförlig beskrivning av frågan finns i proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering under avsnitt 4.3, Sjukvårdens roll inom företagshälsovården. Avsnittet redovisas i sin helhet i bilaga 3. Här följer en kort sammanfattning.

Den dåvarande chefen för arbetsmarknadsdepartementet konstaterade att sjukvård, i bemärkelsen medicinsk behandling, i första hand skall tillgodoses inom ramen för samhällets hälso – och sjukvård och betonade vikten av ett väl fungerande samarbete mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvården. Hon påpekade också att landstingens planeringsan-

svar för sjukvården även gäller företagshälsovården. Enligt departementschefen blir behovet av samverkan inte minst påtagligt genom den ökande rehabiliteringsverksamheten och hon påpekade att initiativet till planering och utformning av samverkan mellan hälso- och sjukvården och företagshälsovården enligt hälso- och sjukvårdslagen, (1982: 763), ankommer på huvudmannen för hälso- och sjukvården. Ett formaliserat samarbete i avtal mellan företagshälsovårdsenheter och landsting förordades.

Tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete skall enligt departementschefen vara att förebygga ohälsa och bristande välbefinnande i arbetet. Insatser riktade mot arbetsmiljön skall därför ha högsta prioritet. De medel som samhället ställer till företagshälsovårdens förfogande skall användas för uppgifter som syftar till att förebygga ohälsa och till medverkan i anpassnings- och rehabiliteringsarbete på arbetsplatsen.

Departementschefen anförde vidare att ett vanligt argument för sjukvårdande verksamhet inom företagshälsovården är att sjukvården ger viktig information om hälsoproblem i arbetsmiljön, men ansåg att signaler på ohälsa måste, och kan, fångas upp i ett tidigare skede, innan det uppstått ett behov av sjukvård. Hon ansåg också att den höga andelen medicinskt utbildad personal inom företagshälsovården bidrog till föreställningen om företagshälsovården som en allmän sjukvårdsinstans och att personalsammansättningen borde förändras.

5.9.2 Vissa särskilda regler

I sammanhanget kan nämnas att vård som på grund av sjukdom meddelas inom företagshälsovården i viss utsträckning är integrerad med sjukvårdshuvudmannens verksamhet. Patienter inom den bidragsberättigade företagshälsovården omfattas nämligen av samma regler som patienter vid övrig hälso- och sjukvård. Företagshälsovården bestämmer själv om patientavgift skall tas ut för läkarvård eller sjukvårdande behandling. Patientavgift får dock enligt förordningen om bidrag till företagshälsovård inte tas ut för läkarvård eller sjukvårdande behandling till följd av godkänd arbetskada. Patientavgift får inte heller tas ut för anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som bedrivs med stöd av arbetsmiljölagen.

Om företagshälsovården tillämpar patientavgift för läkarvård eller sjukvårdande behandling, gäller reglerna om kostnadsbefrielse enligt lagen om begränsning av läkemedelskostnader m. m. (d. v. s. reglerna om frikort). Patientavgiften får enligt förordningen om bidrag till företagshälsovård uppgå till högst samma belopp som gäller hos den sjukvårdshuvudman inom vars område vården ges.

Från och med den 1 januari 1991 har sjukvårdshuvudmännen getts möjlighet att själva bestämma patientavgifternas storlek inom den öppna hälso- och sjukvården. Patientavgift kan tas ut för exempelvis röntgen- och laboratorieundersökning och vid besök efter remiss från annan läkare. I de fall sjukvårdshuvudmannen bestämt att avgiftsbelägga röntgen- och laboratorieundersökningar, radiumbehandling eller annan behandling med joniserande strålning skall patienten själv betala patientavgift för besök som görs på grund av remiss från läkare inom den offentliga vården,

privatpraktiserande läkare anslutna till försäkringen och läkare inom den bidragsberättigade företagshälsovården.

Vidare gäller enligt läkarvårdstaxan att ersättning från den allmänna försäkringen utges enligt de föreskrifter som Riksförsäkringsverket meddelar för laboratorieundersökning som utförs av Statens bakteriologiska laboratorium. Av Riksförsäkringsverkets kungörelse framgår bl a att ersättning utges med högst det belopp som finns angivet för sådan undersökning i den för laboratoriet gällande taxan.

Beträffande sjukresor gäller enligt lagen om resekostnadsersättning att sjukvårdshuvudmannen skall lämna ersättning för resekostnader i samband med besök, med anledning av sjukdom, hos läkare eller sjukgymnast inom bidragsberättigad företagshälsovård. Resekostnadsersättning beräknas enligt de grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer.

Det statliga bidraget till företagshälsovården avser enligt förordningen om bidrag till företagshälsovård också utfärdande av de intyg som den allmänna försäkringskassan behöver för att tillämpa lagen (1962: 381) om allmän försäkring och lagen (1976: 380) om arbetsskadeförsäkring. Ersättning för kostnader för sådana intyg betalas alltså inte av försäkringskassan i annan ordning.

5.9.3 Företagens syn på sjukvårdsinsatserna

Allmänna sjukvårdsinsatser utgör de klart mest använda tjänsterna från företagshälsovården enligt den studie Svenska Arbetsgivareföreningen gjort och som delvis återges i bilaga 3. I studien av företagsledningarnas krav och förväntningar på företagshälsovården finns följande tabell som visar hur företagen nyttjar företagshälsovårdens tjänster.

Tabell 4. Hur ofta företagen använder företagshälsovårdens olika tjänster. Siffrorna anger procentuell fördelning. Antal observationer = 674

	Mycket ofta/Ofta	Ibland	Aldrig
– Allmänna sjukvårdsinsatser som t ex allmän mottagning, hälsoundersökning m m	22	66	11
– Fysiska arbetsmiljöinsatser som t ex belastningsskador, allergier, ergonomi m m	12	58	29
– Tekniska insatser som t ex skyddsfrågor, ventilation, buller eller kemiska hälsorisker	7	48	43
– Allmänt konsultstöd som t ex utbildning, information m m	3	45	51
– Rehabiliteringsåtgärder	5	38	57
– Psykisk arbetsmiljö som t ex trivsel, stress, samarbetsfrågor, hot om våld m m	3	31	64
– Friskvård som t ex gymnastik, kost och motion	5	28	66
– Sociala frågeställningar som t ex missbruk	1	19	79
– Arbetsorganisationsfrågor	0	11	87
– Analys av frånvarons storlek och orsaker	0	10	89

Som konstaterats i avsnitt 5.1.2, anger företagen de psykosociala frågorna, belastningsskador, arbetsorganisationsfrågor och tekniska eller kemiska arbetsmiljöproblem som de vanligaste problemtyperna i dag. Företagen anlitar alltså inte företagshälsovården för att få hjälp med de arbetsmiljöproblem som anses vanligast utan nyttjar företagshälsovården som en sjukvårdsinstans.

Beträffande den framtida användningen av företagshälsovårdens tjänster ansåg företagen att friskvård, fysiska arbetsmiljöinsatser, allmänna sjukvårdsinsatser och rehabiliteringsåtgärder är områden där tjänsterna skulle kunna nyttjas mer i framtiden.

Företagsledningarna ansåg också sammanfattningsvis att personalen snabbt får hjälp vid sjukdom och uttryckte tillit till den professionella kompetensen hos företagshälsovården.

Den negativa kritiken gällde främst brister i information och i fråga om närhet mellan företagshälsovården och kunderna. Därutöver nämndes avsaknaden av sjukvård, för få regelbundna hälsokontroller samt att företagshälsovården borde marknadsföra sig mer.

5.10 Företagshälsovårdens intäkter och kostnader

5.10.1 Statsbidrag

Statsbidragen har beräknats motsvara cirka 30 procent av de totala kostnaderna för företagshälsovården. Bidragen finansieras t o m kalenderåret 1992 över arbetarskyddsavgifter, som utgör 0,35 procent av avgiftsunderlaget. För närvarande utgör den del av arbetarskyddsavgiften som finansierar bidragen till företagshälsovård 0,186 procent av avgiftsunderlaget. Dessa medel går till ett särskilt konto hos Riksgäldskontoret, som disponeras enligt föreskrifter av regeringen.

Nedanstående tabell bygger på Riksförsäkringsverkets uppgifter och visar dels utbetalningar, dels intäkter av arbetarskyddsavgiften fr o m 1986.

Tabell 5. Utbetalningar och intäkter av arbetarskyddsavgiften 1986 – 1991 i miljoner kronor

	Bokförd kostnad*	Intäkt av arbetarskyddsavgift
1986	541	724
1987	724	758
1988	777	878
1989	822	1 025
1990	982	1 088
1991	957	1 202

* Gjorda utbetalningar avseende förskott och slutregleringar för olika verksamhetsår

Behållningen på det särskilda kontot hos Riksgäldskontoret uppgick 1992-08-13 till 1 055 miljoner kronor. Riksdagen har i samband med avvecklingen av statsbidraget beslutat att behållningen på kontot hos Riksgäldskontoret för företagshälsovården skall föras till statsbudgetens inkomsttitel.

5.10.2 Vissa administrativa kostnader

Det offentliga har utöver direkta utgifter för ersättningen även vissa kostnader för den administrativa hanteringen vid Arbetarskyddsstyrelsen, Yrkesinspektionen, Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna.

Beräkningar visar att ca fem årsarbetskrafter vid Arbetarskyddsverket och tre till fem årsarbetskrafter vid Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna tillsammans behövs för denna administration. Därtill kommer kostnader för utbildning av personal inom företagshälsovården. För denna utbildning svarar i första hand Arbetsmiljöinstitutet. Institutets vidareutbildning för företagshälsovårdens personal finansieras med medel från institutets förvaltningsanslag. Kostnaden uppgår till ca tio miljoner kronor per år, exklusive vissa elevkostnader (utbildningsbidrag, reseersättningar och traktamente). Institutets efterutbildningskurser finansieras med kursavgifter.

5.10.3 Totala kostnader för företagshälsovården

Arbetsgivarens direkta kostnader för företagshälsovård under 1991 har överslagsmässigt beräknats till ca 2,7 miljarder kronor under 1991. De totala kostnaderna, statsbidrag m.m. inräknade, uppgick till cirka 3,7 miljarder kronor.

5.11 Tillsyn inom arbetsmiljöområdet.

I arbetsmiljölagen ges de grundläggande bestämmelserna för arbetet med att skapa goda förhållanden i arbetsmiljön. Lagens ändamål är att säkerställa en arbetsmiljö som inte utsätter arbetstagare för ohälsa eller olycksfall och att främja att arbetsgivare och arbetstagare samverkar för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Ansvaret för arbetsmiljön ligger på arbetsgivaren.

Arbetarskyddsverket, dvs. Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen, har till uppgift att på olika sätt se till att lagstiftningen på arbetsmiljöområdet efterlevs.

En viktig uppgift för Arbetarskyddsstyrelsen är att utarbeta och meddela föreskrifter med anledning av arbetsmiljölagen. I dessa anges de närmare kraven på arbetsmiljön. Författningsarbetet bedrivs i samverkan med andra myndigheter, arbetsmarknadens parter och andra intressenter. Det ankommer också på styrelsen att se till att föreskrifter och råd förs ut i arbetslivet genom informationsverksamhet. Som chefsmyndighet över Yrkesinspektionen har styrelsen också att leda och följa inspektionens verksamhet.

Yrkesinspektionen är den regionala tillsynsmyndigheten på arbetsmiljöområdet. Dess huvuduppgift är att genom besök på arbetsställena kontrollera att arbetsgivaren lever upp till arbetsmiljökraven i lag och föreskrifter.

Yrkesinspektionens tillsynsverksamhet har under senare år genomgått en hel del förändringar. Bl. a. har kraven från regeringens sida på en strikt myndighetsutövning skärpts. Statsmakterna har angivit att Yrkesinspektionens verksamhet skall inriktas mot de arbetsställen som har stora risker och hög frekvens av arbetsolyckor och ohälsa. Besöken skall leda till att uppföljbara skriftliga krav på att brister i arbetsmiljön åtgärdas utan onödigt dröjsmål. Dessa krav skall följas upp på ett effektivt sätt.

Syftet med inspektionsverksamheten är att förmå arbetsgivaren att frivilligt och inom rimlig tid avhjälpa de påtalade bristerna. Om arbetsgivaren inte rättar sig efter de påpekande han får skall yrkesinspektionen använda sig av de tvångsmedel – föreläggande och förbud – som finns till förfogande. Alla regler i arbetsmiljölagen, utom de som reglerar samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare (6 kap AML) är sanktionerade. Hur sanktionsmöjligheterna utnyttjas i tillsynsarbetet är såväl en effektivitetsfråga som en rättssäkerhetsfråga.

Statsmakternas riktlinjer innebär att Yrkesinspektionens inspektionssverksamhet måste renodlas till en kontrollerande verksamhet. Yrkesinspektionens insatser har traditionellt haft stora inslag av rådgivning. Rådgivning får, enligt vad statsmakterna nu angivit, inte vara ett alternativ till att ställa tydliga och kontrollerbara krav eller att använda tvångsmedel. Bl. a. företagshälsovården anges vara den resurs för företag och förvaltningar, som kan bistå med lösningar i enskilda fall.

Instruktionen för Arbetarskyddsverket har ändrats för att göra Yrkesinspektionens kontrollerande och kravställande roll tydligare. En väl fungerande företagshälsovård, som Yrkesinspektionen kunnat hänvisa till, har i många fall ansetts underlätta övergången till denna roll.

Fr. o. m. den 1 juli 1991 gäller en ny bestämmelse i brottsbalken om arbetsmiljöbrott. Den kan dömas för arbetsmiljöbrott som gjort sig skyldig till vållande till annans död, vållande till kroppsskada eller sjukdom eller framkallande av fara för annan genom att uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätta sina skyldigheter enligt arbetsmiljölagstiftningen. Förutom det pedagogiska värdet i att dessa brott fått en särskild reglering, markeras de särskilda krav på aktsamhet som gäller i syfte att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetsmiljön.

De nya kraven på ett systematiskt arbetsmiljöarbete i arbetsmiljölagen (internkontroll) har väsentligt ändrat förutsättningarna för att bedriva systemtillsyn, dvs. kontroll över arbetsgivarens sätt att hantera arbetsmiljöaspekterna i verksamheten. Bestämmelsen om internkontroll (3 kap 2a § AML) syftar till att säkerställa att företagets och förvaltningarnas egenaktivitet i syfte att förbättra arbetsmiljön ökar och att arbetsmiljöarbetet bedrivs samordnat med verksamheten i övrigt. Genom de krav på dokumentation, bl. a. i form av handlingsplaner och på ledning och organisation av arbetsmiljöarbete m. m., som kan ställas med stöd av bestämmelserna,

kan Yrkesinspektionens inspektionsverksamhet på ett mer effektivt sätt inriktas på denna tillsynsform.

Systemtillsyn har etablerats som tillsynsmetod i större eller mindre omfattning på samtliga distrikt. Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen avser att ytterligare utveckla och tillämpa metoden. Ett särskilt projekt bedrivs för att utveckla och anpassa systemtillsyn i små företag.

Helhetssyn på arbetsmiljön är en grundläggande utgångspunkt för systemtillsynen. Den ändrade bestämmelsen i 2 kap 1 § i arbetsmiljölagen har betydelse i det sammanhanget. I denna bestämmelse framhävs betydelsen av teknik, arbetsorganisation och arbetets innehåll. Ett syfte är att lyfta fram de psykosociala frågorna och ge dem ökad tyngd i arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. Tillsynen måste anpassas till dessa krav. Hittills vunna erfarenheter visar att systemtillsyn är en tillsynsmetod som bättre än andra fångar in helhetssynen på arbetsmiljön. Därmed torde även förutsättningarna öka för att de brister som härrör från organisatoriska missförhållanden lättare kan identifieras.

Yrkesinspektionens tillsyns- och sanktionssystem är på ett övergripande sätt tillämpligt på arbetsgivarens ansvar för rehabilitering. Däremot omfattas inte direkt arbetsgivarens rehabiliteringsansvar enligt lagen om allmän försäkring för den enskilde individen.

Principerna för internkontrollen om planering, ledning och uppföljning gäller även arbetsgivarens verksamhet för arbetsanpassning och rehabilitering. Detta innebär att arbetsgivaren i internkontrollen skall se till att erfarenheterna från rehabiliteringsarbetet används på ett systematiskt sätt så att man i fråga om skador och sjukdomar, som kan ha ett samband med arbetsförhållandena, också gör insatser med syfte att förhindra att fler människor drabbas.

Yrkesinspektionen har enligt instruktionen för Arbetarskyddsverket till uppgift att följa och främja företagshälsovårdens utveckling. Yrkesinspektionen har i många fall varit mycket aktiv och framgångsrik i denna uppgift. Inspektionen hänvisar ofta till företagshälsovården i samband med kravställande. Företagshälsovården utgör också en viktig målgrupp för Yrkesinspektionens informationsverksamhet.

Genom en bestämmelse i arbetsmiljölagen (AML 3 kap 2 §), som tillkom 1986, kan arbetsgivare i vissa fall åläggas att föranstalta om företagshälsovård genom ett föreläggande av Yrkesinspektionen. Enligt lagmotiven riktar sig bestämmelsen mot arbetsmiljöer där arbetsuppgifterna är förknäpade med så speciella påfrestningar och risker för de anställda att tillgång till företagshälsovård måste ses som en absolut nödvändighet att förebygga ohälsa och olycksfall. Grundprincipen är enligt motivtexten att företagshälsovårdens utbyggnad i första hand är en angelägenhet för arbetsmarknadens parter. Lagbestämmelsen är tänkt att aktualiseras först när alla möjligheter till frivillig anslutning inom rimlig tid är uttömda. Bestämmelsen har vid flera tillfällen åberopats av Yrkesinspektionen men har endast i något enstaka fall lett till föreläggande.

Med skyddsverksamhet avses det genom lagstiftningen och överenskommelser mellan parterna reglerade samarbetet på arbetsplatserna mellan arbetsgivare och arbetstagare.

Genom skyddsorganisationen ges möjlighet till dialog mellan de anställda och företagsledningen om olika förhållanden på arbetsplatsen. Dialogen är viktig för att företaget skall kunna bedriva ett effektivt arbetsmiljöarbete. Genom samarbetet får chefer och arbetsledare del av de anställdas kunskaper och deras stöd för att formulera mål och strategier för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet.

Det är viktigt att framhålla betydelsen av ett fackligt inflytande direkt på arbetsplatsen. Arbetsgivaren är skyldig att tillhandahålla de resurser, in-terna och externa, som krävs för att uppnå goda arbetsförhållanden, men för att nå detta mål fordras också samarbete med arbetstagarna.

Arbetsmiljölagen förutsätter att skyddskommittén har en central ställning och skyddsombuden tillfredsställande handlingsmöjligheter. I lagen finns sålunda regler om tillsättande av skyddsombud, huvudskyddsombud och regionala skyddsombud liksom om tillsättande av skyddskommitté. Reglerna anger också uppgifter och befogenheter för ombuden och skyddskommittén. I augusti 1991 fanns i landet cirka 119 000 skyddsombud, ca 12 000 huvudskyddsombud och omkring 1 400 regionala skyddsombud. Antalet arbetsställen som hade skyddskommittéer var i november 1989 cirka 27 000.

Till verksamheten vid företagshälsovårdscentraler är knuten en företags-hälsovårdskommitté. I kommittén ingår representanter för arbetsgivare och arbetstagare med majoritet för de senare. Om den nuvarande avtals-regleringen av för flera företag gemensam, extern företagshälsovård upphör ökar betydelsen av att den lokala arbetsmiljöverksamheten inom respek-tive företag bedrivs på ett aktivt sätt.

I de minsta företagen finns dock knappast några rutiner för lokal arbets-miljöverksamhet.

Skyddsombud/Huvudskyddsombud

På arbetsställen, där regelbundet minst fem arbetstagare sysselsätts, skall enligt arbetsmiljölagen bland arbetstagarna ett eller flera skyddsombud utses. Skyddsombudet skall exempelvis delta vid upprättande av handlingsplaner för företagets arbetsmiljöarbete.

Skyddsombuden kan både göra viktiga punktinsatser och allmänt sett fungera som pådrivare i arbetet för arbetsmiljö och rehabilitering. Ombu-dens betydelse ökar i och med att de löpande arbetsmiljöfrågorna numera skall behandlas av arbetsgivarens företrädare och inte av skyddskom-mittén.

Om det på arbetsstället finns mer än ett skyddsombud, skall ett av ombuden utses att vara huvudskyddsombud med uppgift att samordna skyddsombudens verksamhet.

För arbetsställe där skyddskommitté inte har tillsatts får lokal avdelning av förbund eller med sådan avdelning jämförlig sammanslutning av arbetstagarare utse skyddsombud utanför kretsen av arbetstagarna på arbetsstället, regionalt skyddsombud. Lagstiftningens bestämmelser om skyddsombud, t. ex. beträffande ombudens uppgifter och befogenheter, gäller också regionalt skyddsombud.

Skyddskommitté

Vid arbetsställe, där minst femtio arbetstagare regelbundet sysselsätts, skall det finnas en skyddskommitté, sammansatt av företrädare för arbetsgivaren och arbetstagarna.

Skyddskommittén är en viktig resurs. Till uppgifterna hör att bevaka arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågornas hantering i företaget. Enligt de avtal som tidigare gällde var skyddskommittén i princip "huvudman" för de enheter för företagshälsovård som kan finnas inbyggda i eller utanför företaget.

Skyddskommittén förväntas aktivt delta i planeringen av arbetsmiljö- och rehabiliteringsverksamheterna i företaget och bör bl. a. medverka till ökad överblick av denna verksamhet genom internkontroll och därmed till uppbyggnad av ett självgående arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete inom företaget.

Arbetsmiljölagen ändrades bl. a. vad avser skyddskommitténs uppgifter den 1 juli 1991. Genom lagändringarna renodlades skyddskommitténs roll i förhållande till linjeorganisationen. I den nya lagtexten heter det att skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa dess genomförande. I fråga om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet skedde genom lagändringarna viss inskränkning av arbetsuppgifterna för skyddskommittén. Skyddskommittén skall numera endast delta i planeringen av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet samt följa dess genomförande. Tidigare gällde att kommittén skulle verka för en på lämpligt sätt organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället.

I företag anslutna till företagshälsovård skall kommittén till ledningsorganet för denna bl. a. framföra synpunkter angående behov av insatser och resurser för det egna företaget.

5.13 Sekretessfrågor

Översynsutredningen (Ds 1990:42) gjorde en noggrann genomgång av frågorna om tystnadsplikt. I betänkandet redovisades regler om tystnadsplikt dels för personal inom den offentliga sektorn, dels inom den privata sektorn. Vidare lämnades en redogörelse för villkor för utlämnande av uppgifter och om tystnadsplikt i rehabiliteringsarbetet.

Beträffande *allmän företagshälsovård*, d v s sådan företagshälsovård som bedrivs direkt av myndighet, finns till skydd för den enskildes integritet

bestämmelser i sekretesslagen (1980: 100). Till skydd för företagshemligheter m m finns inom sådan företagshälsovård bestämmelser i sekretesslagen och i lagen (1190: 409) om skydd för företagshemligheter. När det gäller den enskilda företagshälsovården gäller bestämmelserna i lagen (1980: 11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m fl (tillsynslagen), arbetsmiljölagen (1977: 1160), lagen (1974: 13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder (främjandelagen) samt lagen (1190: 409) om skydd för företagshemligheter.

Skyddsingenjör och annan personal inom arbetarskyddet anses normalt inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. Denna personal är därför inte underkastad tillsynslagen och omfattas heller inte av reglerna i sekretesslagen. Sekretessen för de berörda personalgrupperna har förutsatts regleras genom avtal.

Även när det gäller arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet gäller skilda bestämmelser beroende på om det är allmän eller enskild verksamhet. En förutsättning för reglernas tillämpning är dock i båda fallen att anpassningsverksamheten sker under skyddskommitténs överinseende. I fråga om sekretess i verksamhet för anpassning och rehabilitering samt anställningsfrämjande åtgärder finns bestämmelser dels i arbetsmiljölagen, dels i främjandelagen. För skyddsombud, skyddskommittéledamot eller den som deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsställe i enskild verksamhet finns särskilda bestämmelser i 7 kap 13 § AML.

Det bör noteras att sekretessfrågorna även berörts i avtal mellan SAF och LO/PTK gällande till och med den 30 juni 1992 med riktlinjer för företagshälsovård.

5.14 Gällande skatteregler

Enligt gällande bestämmelser är förmån av fri hälso- och sjukvård samt företagshälsovård skattefri. En arbetsgivare har rätt till avdrag för samtliga kostnader för anställdas hälso- och sjukvård med undantag för kostnader som hänför sig till sådan privat sjukvård, som inte ersätts via den allmänna försäkringen. Arbetsgivaren har också rätt till avdrag för kostnader för den företagshälsovård, som uppfyller villkoren för bidrag enligt förordningen (1985: 326) om bidrag till företagshälsovård. Arbetsgivaren har vidare rätt till avdrag för kostnader för sådan verksamhet som avser rehabilitering eller liknande och som bedrivs efter grunder som fastställs i kollektivavtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer.

Dessa bestämmelser finns i lagen (SFS 1987: 1303) om ändring i kommunalskattelagen, 20 § och 32 § 3 b mom första stycket, och började gälla från och med den 1 januari 1988.

Förordningen (1985: 326) om bidrag till företagshälsovård kommer att upphävas, som en följd av statsbidragets avveckling, även om det formella beslutet härom ännu ej fattats.

Förmånsbeskattningskommittén (Ds Fi 1986: 27) konstaterade i sitt slutbetänkande följande.

”Även om huvuddelen av företagshälsovården utmynnar i generella åtgärder på arbetsplatserna förekommer också individuellt inriktade åtgärder av sjukvårds- eller sjukvårdsliknande karaktär, t. ex. rehabiliteringsåtgärder. Förmån som tillkommer anställd genom företagshälsovård synes böra vara skattefri på samma sätt som förmån av sjukvård enligt lagen om allmän försäkring.”

Departementschefen gav härvid i proposition 1987/88: 52 följande motivering.

”Den allmänna sjukförsäkringen gäller alla som är bosatta här i landet. Förmån av fri sjukvård i anställningsförhållanden avser – vid sidan av att arbetsgivaren betalar patientavgifter – vård på privata vårdinrättningar där vård kan erbjudas snabbare eller på andra villkor än i den offentliga vården. Det föreligger av olika skäl stora svårigheter att värdera den här typen av förmåner. Visserligen är som regel arbetsgivarens kostnad känd antingen i form av försäkringspremier eller direktbetalda avgifter. Denna kostnad kan emellertid många gånger inte anses motsvara förmånens värde hos den enskilde. Arbetsgivaren kan ibland ha ett eget intresse av att den anställde snabbt kommer åter i produktion. Till svårigheterna att värdera förmånen bidrar också att den privata vården är så kostsam att den anställde ofta inte skulle ha valt det vårdalternativet om han själv varit tvungen att betala hela kostnaden. Mot denna bakgrund delar jag kommitténs och de flesta remissinstansernas uppfattning att förmån av fri sjukvård bör undantas från beskattning hos den anställde.

Arbetsgivarens kostnader för den sjukvård som han erbjuder sina anställda är principiellt en kostnad i verksamheten. Som jag tidigare föreslagit bör förmånen av fri sjukvård vara skattefri hos den anställde. Om en sådan subvention inte kopplas till en vägrad avdragsrätt hos arbetsgivaren för kostnader för privat sjukvård som inte ersätts via den allmänna försäkringen skulle detta leda till att den offentliga vårdens resurser urholkades och även bidra till ojämnheter i fördelningen av det totala utbudet av sjukvård. Jag ansluter mig därför till kommitténs förslag att arbetsgivaren inte skall ha rätt till avdrag för denna typ av kostnader.

I likhet med vad som gäller för sjukvårdsförmåner bör inte heller förmåner som avser företagshälsovård vara skattepliktiga. Denna verksamhet, som vuxit fram på initiativ av parterna på arbetsmarknaden, utgör en av de viktigaste resurserna på arbetsplatserna när det gäller att förebygga arbetsrelaterade problem och åstadkomma en bättre arbetsmiljö. Som kommittén anfört bör rätt till avdrag för kostnader för företagshälsovård föreligga. En förutsättning för avdrag bör vara att företagshälsovården uppfyller villkoren för rätt till bidrag enligt förordningen (1985: 326) om bidrag till företagshälsovård. Det är också rimligt att arbetsgivaren får avdrag för kostnader för sådan verksamhet som avser rehabilitering eller liknande och som bedrivs efter grunder som fastställs i kollektivavtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer.”

Förmånsbeskattningskommittén (Ds Fi 1986: 27) gör beträffande företagens avdragsrätt för kostnader för företagshälsovård följande klarläggande.

”Det avgörande för rätt till avdrag bör vara att företagshälsovården ligger inom ramen för mellan huvudorganisationerna på arbetsmarknaden överenskomna riktlinjer för företagshälsovården. Begreppet företagshälsovård får anses ha den innebörden. Det förhållandet att en arbetsgivare bekostar företagshälsovård utövar ingånget avtal begränsar naturligen inte heller avdragsrätten så länge företagshälsovården håller sig inom nämnda

riktlinjer. Åtnjuten företagshälsovård skall inte anses som skattepliktig förmån för den anställde. Vårt förslag innebär enligt kommitténs mening ingen ändring av gällande rätt.”

5.15 Partssamarbete i Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR)

För övergripande samarbete mellan arbetsmarknadens parter i frågor som rör företagshälsovårdens utveckling har den ideella föreningen Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR) bildats i oktober 1990. Rådet har med sina tolv ledamöter en bred representation från både arbetsgivar- och arbetstagsarsidan. FUR finns nu enbart på central nivå men har för avsikt att verka även regionalt.

Föreningen har till uppgift att:

1. Främja samråd och erfarenhetsutbyte mellan avtalsområdena.
2. Ta initiativ till forsknings- och utvecklingsarbete.
3. Samla och sprida information om forskning, utveckling och praktiska erfarenheter.
4. Förmedla tjänster.
5. Verka för kompetensutveckling.
6. Främja och stödja regional samverkan.
7. Överlägga med myndigheter och organisationer.
8. Bedriva övergripande marknadsföring av företagshälsovård.

FUR genomförde under våren 1992 en enkät till landets samtliga företagshälsovårdsenheter. Enkätformulären sändes till VD/motsvarande med en begäran om att enkäten skulle besvaras av den verksamhetsansvariga i samråd med respektive enhets styrorgan och personal.

Bearbetningen av enkäten har baserats på 361 inkomna svar. Den tredjedel av de verkställande direktörer/motsvarande som har ansvar för mer än en enhet har i regel sammanfört sina svar till ett formulär. Den egentliga svarsfrekvensen beräknas med hänsyn härtill uppgå till drygt 50 procent.

Frågorna i enkäten rörde företagshälsovårdsbranschens behov av utbildning och utvecklingsstöd m m och dess förväntningar på FUR.

Av svaren på enkätens frågor om utbildning och kompetensutveckling framgår bl a att FUR och Föreningen Svensk Företagshälsovård dominerar när det gäller branschens önskemål om utbildningsanordnare. Andra aktörer på utbildningsområdet som angavs i enkätsvaren var bl a Arbetsmiljöinstitutet, Arbetskyddsstyrelsen och Höskolan.

Att företagshälsovårdsenheterna hade så stor spridning när det gällde önskemål om utbildningsanordnare kan ha sin förklaring i de önskade utbildningsområdena. Beträffande styrorganens/styrorganets ledamöter önskades främst utbildning rörande företagshälsovårdens affärsidé och förutsättningar för företagshälsovården, ekonomi och marknadsföring. För den verkställande ledningen önskades främst utbildning i marknadsföring, ekonomi och ledarskap. Även när det gällde företagshälsovårdspersonalen framhölls behov av kunskap inom området ”Hur man driver ett företag” d v s marknadsanpassning och marknadsföring, ekonomi, konsultativt ar-

bettsätt och affärsutveckling. För en fjärdedel av personalen angavs behov av allmän fortbildning. Önskemålen om utbildning präglas alltså, naturligt nog, av nuvarande stora omställning för företagshälsovården från att ha varit till ungefär en tredjedel finansierat av staten till att bli ekonomiskt självbärande företag.

När det gäller övriga frågor i enkäten ansåg verksamhetsledarna bl a att det är angeläget att FUR sprider information om forsknings- och utvecklingsarbete som pågår inom branschen, att FUR initierar och stödjer utvecklingsarbete i samverkan mellan flera företagshälsovårdsenheter och att FUR initierar informationskampanjer om företagshälsovården och arbetsmiljöfrågor i massmedia.

FUR har kontakter med myndigheter och organisationer samt med olika samarbetsorgan inom arbetsmiljöområdet som Arbetarskyddsnämnden, Statens arbetsmiljönämnd och den kommunala sektorns arbetsmiljöråd. FUR samarbetar också med Föreningen Svensk Företagshälsovård och yrkesföreningarna inom företagshälsovårdens verksamhetsområde.

6.1 Lagstöd

Någon lagstiftning som gör företagshälsovård till en obligatorisk verksamhet finns inte i Sverige. Frågan har diskuterats vid olika tillfällen men fallit då bedömningen varit att en lagstiftning inte skulle kunna lösa de grundläggande problemen inom arbetsmiljöområdet. I arbetsmiljölagen (1977:1160) berörs emellertid företagshälsovård som en nyttighet, som arbetsgivaren kan behöva använda sig av. Arbetsgivaren har ett särskilt ansvar för att föranstalta om företagshälsovård om det behövs på grund av att arbetsförhållandena kräver det. Företagshälsovård omtalas också i arbetsmiljölagen som en av de frågor som skall behandlas i skyddskommittén.

Indirekt berörs företagshälsovården av den samlade lagstiftningen till skydd för arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. Här avses i första hand bestämmelserna för att främja arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet. Här följer en översikt över vissa grundläggande regler.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

Hälso- och sjukvårdslagens mål är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. I arbetet för en god folkhälsa krävs av hälso- och sjukvårdshuvudmännen, enligt 8 §, samverkan med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Ett betydelsefullt område inom vilket huvudmännen har att samverka är arbetsmiljöområdet. Här berörs exempelvis på myndighetsplanet Arbetarskyddsverket, när det gäller organisationer åsyftas bl. a. parterna på arbetsmarknaden och som enskilda gäller det konkret arbetsgivare och ensamföretagare.

Arbetsmiljölagen (1977: 1160)

Den grundläggande lagstiftningen i fråga om arbetsmiljön finns i arbetsmiljölagen och arbetsmiljöförordningen. Arbetsmiljölagen gäller i sin nuvarande lydelse fr. o. m. 1991-07-01.

Arbetsmiljölagen föreskriver i vad som kallas en portalparagraf, 2 kap 1 §, att arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Lagen ålägger arbetsgivaren att vidta alla åtgärder som behövs för att förhindra att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall.

Mot denna bakgrund förutsätter arbetsmiljölagstiftningen att det på arbetsplatserna bedrivs ett aktivt arbete när det gäller att förebygga och åtgärda arbetsrelaterade problem, såväl generellt som i fråga om enskilda individer. Enligt arbetsmiljölagens intentioner skall i detta arbete beaktas såväl medicinska och tekniska som psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön.

Genom de senaste ändringarna av arbetsmiljölagen har kravet på helhetssyn i arbetsmiljöarbetet förstärkts. I lagtexten har lagstiftaren särskilt

lyft fram betydelsen av arbetets organisation och innehåll, arbetstagarnas inflytande över arbetet och deras handlingsutrymme vid arbetets utförande.

Arbetsmiljölagen utgår från att *arbetsgivaren skall tillhandahålla resurser* för kontroll av arbetsmiljön och ansvara för att de anställdas förhållanden är tillfredsställande från säkerhets-, hälso- och anpassningssynpunkt. I 3 kap 2 § finns den ovan nämnda bestämmelsen om att arbetsgivaren kan ha skyldighet att föranstalta om företagshälsovård.

Genom de senaste lagändringarna har arbetsgivarens ansvar preciseras i flera avseenden. En bestämmelse har sålunda införts som ger alla arbetsgivare skyldighet att systematiskt leda, planera och kontrollera arbetsmiljöarbetet. Här ingår exempelvis utredning av arbetsskador, att fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och att genomföra de åtgärder som behövs. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidsplaneras. En nyhet är även skyldigheten för arbetsgivaren att dokumentera arbetsmiljön och arbetet med den, i den utsträckning verksamheten kräver, och att upprätta handlingsplaner.

Handlingsplanerna avses omfatta alla slags arbetsmiljöåtgärder som arbetsgivaren avser att genomföra, såväl förebyggande åtgärder som planerade eller beslutade åtgärder med anledning av konstaterade brister i arbetsmiljön.

Planering, ledning och uppföljning av verksamheten för att säkerställa att kraven i arbetsmiljölagen och föreskrifter med stöd av lagen är uppfyllda kallas *internkontroll*. Internkontrollen skall omfatta såväl den fysiska arbetsmiljön som de psykosociala arbetsmiljöfrågorna och de arbetsorganisatoriska kraven. Genom att arbetsmiljölagens rambestämmelser byggts ut med avseende på systematisk internkontroll är det möjligt för Arbetarskyddsstyrelsen att i föreskrifter vidareutveckla och precisera kraven, t. ex. genom att ange hur internkontrollsystemet bör utformas. En ny kungörelse med föreskrifter om internkontroll i arbetsmiljön har utarbetats och träder i kraft 1993-01-01.

Arbetsmiljölagen i sin nuvarande lydelse innebär ökat ansvar för arbetsgivaren även när det gäller den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Lagen medför skyldighet att se till att det på arbetsstället finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. I samband med att bestämmelsen härom införts har en tidigare bestämmelse om skyddskommitténs ansvar för anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna fått utgå.

Kraven på angiven verksamhet är generella, de gäller således alla arbetsgivare. Organisationen av arbetet måste anpassas efter skyldigheterna i lagen om allmän försäkring och arbetsmiljölagen. Hur en på lämpligt sätt organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet i detalj kan utformas varierar beroende på förutsättningarna inom olika verksamheter. Det kan enligt motivuttalande t. ex. innebära att arbetsgivaren ser till att det finns

- kompetens och kontaktpersoner
- ekonomiska resurser avdelade för ändamålet
- policy och mål för frågorna

- organisation av arbetet
- tydlig ansvarsfördelning
- rutiner för tidiga kontakter med sjukskrivna
- rutiner för undersökning av rehabiliteringsbehov m. m.
- rutiner för kontakter med myndigheter, företagshälsovård m. fl.
- rutiner för kontroll, uppföljning och utvärdering
- samverkan med arbetstagarerna.

Lagstiftning om den yttre miljön

Lagstiftningen om den yttre miljön (främst gällande föroreningar av luft, mark och vatten) ställer också stora krav på företagen. Det behövs omfattande kunskaper för att kunna leva upp till successivt strängare miljökrav ifråga om utsläppsbegränsningar och kemikalieanvändning. Exempelvis kan nämnas kravet i 5 § lagen (1985:426) om kemiska produkter att tillämpa den s. k. substitutionsprincipen, dvs. att i möjligaste mån byta ut de kemiska produkter man använder mot mindre hälso- och miljöfarliga alternativ. Dessa åtgärder och försiktighetsmått har betydelse både för arbetsmiljön och den yttre miljön. För bästa möjliga samlade resultat behövs därför en samordning och samsyn mellan dem som svarar för dessa verksamheter.

Lagen (1962: 381) om allmän försäkring

Fr. o. m. den 1 januari 1992 gäller nya regler om rehabilitering även i lagen om allmän försäkring, främst i 22 kapitlet. De nya bestämmelserna i lagen innebär att arbetsgivaren, i samråd med den anställde, skall svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Enligt förarbetena till kompletteringen av lagen skall arbetsgivaren ansvara för att vidta de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Det kan gälla åtgärder som arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering eller åtgärder som förändrat arbetsinnehåll, förändrade arbetstider och förändringar av organisationen på arbetsplatsen.

Det primära målet är alltså att den anställde som är sjukskriven ska kunna återgå i arbete på sin gamla arbetsplats. Om detta visar sig vara omöjligt och arbetsgivaren uttömt sina möjligheter att hjälpa den anställde skall det offentliga bl. a. genom samverkan mellan försäkringskassa och arbetsförmedling, medverka till att den enskilde kan finna ett annat och lämpligare arbete.

Av lagen om allmän försäkring följer också en skyldighet för arbetsgivaren att, om det inte är obehövt, påbörja en rehabiliteringsutredning när vissa kriterier är uppfyllda. Det är när den anställde på grund av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd eller när den anställde själv begär det. Utredningen skall ske i samråd med den anställde. Lagen anger att ansvaret för rehabiliteringsutredningen skall övertas av försäkringskassan om det finns skäl för

det. Sådana skäl kan vara att den sjukskrivne är anställd på en liten arbetsplats och att arbetsgivaren saknar kompetens eller resurser för ändamålet.

6.2 Internationella konventioner och rekommendationer

6.2.1 ILO

En av Sverige ratificerad konvention (nr 161), utarbetad av Internationella arbetsorganisationen (ILO), ger detaljerade riktlinjer för företagshälsovård. Övriga länder som ratificerat konventionen är Finland, Tjeckoslovakien, Ungern, Jugoslavien, Mexico, Guatemala, Uruguay, Brasilien och San Marino.

I konventionen anges inledningsvis vilken typ av tjänster som skall kallas företagshälsovård (se avsnitt 4.3). Genom konventionen har de stater som ratificerat denna gjort vissa förpliktelser. De skall mot bakgrund av nationella förhållanden och praxis och i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna, där sådana finns, utforma, genomföra och med jämna mellanrum se över en enhetlig nationell politik beträffande företagshälsovård. Denna politik bör innefatta allmänna principer vad avser uppgifter, organisation och verksamhet. Den som ratificerat konventionen har också åtagit sig att steg för steg bygga ut företagshälsovårdstjänsterna så att de omfattar alla arbetstagare.

Tjänsterna skall även omfatta arbetstagare inom den offentliga sektorn och medlemmar av produktionskooperativ, inom alla arbetsmarknadens områden och alla företag. Åtgärder skall vidtas i den mån det är nödvändigt och praktiskt genomförbart att ge egenföretagare tillgång till samma skydd som avses i konvention och därtill fogad rekommendation.

Konventionen säger vidare att åtgärder skall vidtas för etablering av företagshälsovård alternativt genom lagar och bestämmelser, 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. Företagshälsovårdstjänster kan enligt konventionen anordnas som service inom ett enda företag eller som för flera företag gemensam service, beroende på vad som är lämpligast.

Enligt rekommendationen i anslutning till konventionen bör företagshälsovård i företagen ge första hjälpen och akutvård, om arbetstagare råkar ut för olycksfall eller drabbas av sjukdom på arbetsplatsen och bör medverka vid organisation av första hjälpen.

En genomgång av innebörden av ILO-konventionen med tillhörande rekommendation följer i kapitel 19.

6.2.2 EG

EG-kommissionens sk ramdirektiv 1989-06-12 ställer särskilda krav på åtgärder för att främja förbättringar i arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. Enligt dessa skall arbetsgivaren bl a utse en eller flera arbetstagare

med ansvar att driva en verksamhet till skydd mot och förebyggande av risker i arbetet inom företaget och/eller verksamheten. Om sådana åtgärder inte kan organiseras pga brist på kompetent personal i företaget och/eller verksamheten skall arbetsgivaren skaffa kompetent personal utifrån. Ansvar et skall således åvila en eller flera arbetstagare eller en eller flera enheter och/eller verksamheter. Villkoren enligt ramdirektiven på dessa punkter har (se rapporten EES-anpassning av arbetsmiljölagen, Ds 1991: 72) ansetts vara tillgodosedda genom befintliga bestämmelser i arbetsmiljölagen.

6.3 Statsbidragsbestämmelser

Statsmakterna har i olika sammanhang understrukit betydelsen av företagshälsovård och av en utbyggnad av denna. Företagshälsovård har setts som en resurs som kan bidra till att förverkliga arbetsmiljölagstiftningens intentioner och till att förhindra utslagning från arbetslivet. Samhället har också genom särskilda stödåtgärder, framför allt statsbidrag, velat stimulera en successiv utbyggnad av företagshälsovården.

Före 1986 var statsbidraget grundat på omfattningen av den sjukvårdande verksamheten inom företagshälsovården. Därefter har det skett en successiv förskjutning av tyngdpunkten från ren sjukvård till förebyggande verksamhet, då ett mer generellt inriktat system infördes från och med 1986. I den proposition om företagshälsovård som kom 1985 uttalade regeringen att företagshälsovård i huvudsak skulle ägna sig åt förebyggande verksamhet.

Den 1 januari 1986 infördes en ny form av bidrag, baserat på antalet anställda i det företag som anslutit sig till en företagshälsovårdsenhet. Syftet med det nya bidraget var att stimulera till förebyggande arbetsmiljöarbete och förbättra anslutningen av små och medelstora företag till företagshälsovård.

En översyn av 1986 års regler gjordes av översynsutredningen och redovisades genom betänkandet Företagshälsovård i omvandling (Ds 1990: 42). Utredningen konstaterade att den tidigare målsättningen om 75-procentig anslutning av de anställda till företagshälsovård hade uppfyllts. Samtidigt förelåg emellertid både branschvisa och regionala skillnader i anslutningsgrad. Utredningens förslag gick ut på att minska dessa skillnader samt att öka stimulansen att nyansluta företag med upp till 20 anställda. Översynsutredningens förslag lades till grund för delvis nya bidragsbestämmelser. Efter riksdagsbeslut fastställdes de nya bestämmelserna att gälla fr. o. m. 1992-01-01.

Vissa villkor för statsbidrag ställdes i den nya statsbidragsförordningen. Dessa ansluter sig i stort sett till avtalen om företagshälsovård mellan arbetsmarknadens parter. Bestämmelserna innebär bl. a. krav på att företagshälsovården skall arbeta förebyggande med arbetsmiljön och medverka i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället. Den skall vara integrerad i eller på annat sätt vara samordnad med arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen. Bidragsberättigande är endast sådan

läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som undantagsvis behöver utföras av företagshälsovården med hänsyn till bidragsvillkoren i övrigt.

De nya reglerna, som snart upphör att gälla, innebär att bidragsvillkoren gäller lika för all företagshälsovård. Kraven är renodlade till att gälla verksamhetens funktion och kvalitet samt styrning och ledning. Vidare har kraven på att företagshälsovården skall arbeta förebyggande och medverka i den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen förtydligats.

Riksdagen beslutade i maj 1992, enligt regeringens förslag i årets budgetproposition, att det generella statsbidraget till företagshälsovården skall avvecklas fr. o. m. 1993-01-01. Avvecklingen kommer att medge att arbetarskyddsavgiften sänks med 0,18 procentenheter. Den ändring i lagen (1981:691) om sociala avgifter detta förutsätter har godkänts av riksdagen 1992-05-07. Det utrymme sänkningen av arbetarskyddsavgiften ger har avsetts användas för att höja arbetsskadeavgiften i motsvarande mån.

6.4 Avtal mellan arbetsmarknadens parter

Den första överenskommelsen om företagshälsovård träffades mellan Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF) och Landsorganisationen i Sverige (LO) år 1967. Avtal har därefter träffats såväl inom den privata som inom den offentliga sektorn. Enligt avtalen skall företagshälsovården vara en rådgivande expertresurs i det lokala arbetsmiljöarbetet och verka för att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar och behov. För närvarande råder avtalslöst tillstånd inom huvuddelen av den privata arbetsmarknaden.

De centrala arbetsmiljöavtalen avser att reglera arbetsmiljöarbetet på arbetsplatser och företag. De innefattar dessutom rekommendationer om den företagshälsovårdsverksamhet som förutsätts finnas kopplad till företaget. Avtalen är inte skrivna i syfte att reglera företagshälsovårdsverksamheten i sig, utan primärt för att ge stöd till de lokala parterna på arbetsplatserna att på olika sätt hantera och påverka sin företagshälsoverksamhet internt på företaget. Det lokala arbetsmiljöarbetet i företaget skall hanteras av parterna i skyddsorganisationen och i skyddskommittén. I skyddskommittén hanteras frågor rörande företagshälsovården och det är där som uppdragen till företagshälsovården skall beslutas och följas upp.

SAV, Statens Arbetsgivarverk och de fackliga organisationerna i den statliga sektorn träffade den 21 november 1991 avtal om företagshälsovård. Avtalet träder i kraft den 1 juli 1992 och ersätter då avtal om företagshälsovård från 1979. Avtalet reglerar bl. a. företagshälsovårdens mål, uppgifter och arbetssätt samt partsrepresentation. Företagshälsovården i detta fall är stiftelsen Statshälsan som inrättades genom parternas försorg 1979 med uppgift att svara för företagshälsovård för arbetstagare hos staten. I avtalet regleras bl. a. Statshälsans "monopol" på det statliga verksamhetsområdet, vilket upphör den 1 januari 1993. En myndighet får då rätt att välja en hälsocentral med annan huvudman. Vidare överenskom parterna att se över reglerna för partsinflytandet i Statshälsans lokala styrelser från och med den 1 januari 1993, i syfte att uppnå en likvärdig partsställning.

I Utveckling 92, överenskommelse om samverkan m. m. i kommuner och landsting, förutsätts att parterna lokalt kommer överens om samverkansformer för diskussioner om verksamheten på arbetsplatsen inklusive arbetsmiljöfrågor. Det centrala avtalet innehåller ett gemensamt synsätt på samverkan mellan parterna på arbetsplatserna och anger att de centrala parterna har för avsikt att förhandla om företagshälsovårdsavtal. Avtalet behandlas närmare i kapitel 14.

6.5 Arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen

Enligt lagen (1991: 1047) om sjuklön, gällande fr. o. m. den 1 januari 1992, omfattar sjuklöneperioden den första dagen arbetstagarens arbetsförmåga varit nedsatt pga. sjukdom och de därpå följande tretton kalenderdagarna i sjukperioden. Det innebär att arbetsgivaren numera svarar för kostnaderna de två första veckorna en anställd är sjukskriven. Tidigare har kostnaderna täckts av den allmänna sjukförsäkringen. Förändringen innebär att arbetsgivaren mera än tidigare får ta de ekonomiska konsekvenserna av de brister i arbetsmiljön som leder till sjukskrivning.

6.6 Hälso- och sjukvård. Husläkarsystemets införande m. m.

6.6.1 Primärvården

Primärvården är den vårdnivå som i första hand skall tillgodose befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov. Enligt principprogrammet Hälso- och sjukvård inför 90-talet, skall primärvården bl. a. svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och tillgodose lokala resurser för rehabilitering. Inom primärvården skall man också bedriva förebyggande åtgärder inom sitt primärvårdsområde och svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för hälso- och sjukvårdsplaneringen samt som underlag för primärvårdens samverkan med andra samhällssektorer. Primärvården skall också svara för företagshälsovårdsservice vid arbetsplatser där denna inte tillgodoses på annat sätt.

6.6.2 Förslaget till husläkarsystem

Inom primärvårdsområdet pågår idag stora förändringar. Det kanske mest uppmärksammade förändringsarbetet är socialdepartementets förslag till hur ett husläkarsystem skulle kunna utformas, Ds 1992: 41. Målsättningen i detta förslag är att alla människor i landet skall kunna ha en egen husläkare senast år 1995. Människor skall fritt få välja vilken husläkare de vill ha och teckna sig på hans lista.

Husläkaren skall ha det övergripande hälso- och sjukvårdsansvaret för de personer som finns på hans lista. Ett nationellt grundåtagande för husläkarna föreslås omfatta mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra service – och vårdgivare såväl inom som utom hälso- och sjukvården, kvalitetssäkring och rapportering av ohälsa och risker. Avsikten är att på detta sätt skapa förutsättningar för

att människor skall få träffa samma läkare vid de flesta tillfällen de behöver läkarhjälp och att detta ska leda till en förtroendefull läkar – patientrelation vilket leder till bättre och effektivare vård. Hälso- och sjukvården bör enligt förslaget präglas av närhet, helhetssyn, lättillgänglighet och kontinuitet.

En husläkare skall ha minst 1 000 personer och maximalt 3 000 personer på sin lista.

Av ersättningen för husläkarens verksamhet föreslås 70–80 procent utgöras av kapiteringsersättning, d v s en fast ersättning per person som finns på husläkarens lista. Kapiteringsersättningen bör enligt förslaget differentieras i första hand efter ålder. Till denna form av ersättning kommer patientavgifter.

6.6.3 De yrkesmedicinska klinikerna

De yrkesmedicinska klinikerna erbjuder hjälp med t. ex. planering och uppläggning av olika typer av undersökningar, utarbetande av frågeformulär, statistiska bearbetningar etc inom arbetsmiljöområdet. Företagshälsovården remitterar patienter till klinikerna när det behövs specialistkunskap och utrustning för att bedöma samband mellan skadliga faktorer i arbetsmiljön och symtom. De yrkesmedicinska klinikerna och företagshälsovårdsenheterna bedriver också gemensamma projekt som under senare år främst gällt psykosociala, arbetsorganisatoriska och ergonomiska frågeställningar.

7. Styrformer och styrmedel i ett marknadsstyrt system för arbetsmiljö och rehabilitering — former och förutsättningar

7.1. Bakgrund

Det förs en livlig debatt och ett omfattande förändringsprogram pågår, när det gäller att finna nya former och förutsättningar för styrningen av offentlig verksamhet, i syfte att öka effektiviteten i de insatta resurserna. Särskilt påtaglig är den övergång från en traditionell budgetstyrning till en resultat- och marknadsorienterad styrning som gradvis sker inom olika samhällssektorer. Motsvarande utveckling är aktuell beträffande synen på de former den statliga styrningen av enskild verksamhet bör ha.

De förändringar som nu aktualiseras för arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet, bl. a. genom avskaffandet av statsbidragen till företagshälsovården, ligger i linje med denna utveckling. I detta kapitel förs en principiell och övergripande diskussion av synsätt och principer, som ligger till grund för de förändringar i styrfilosofi och styrmetoder som nu sker. I senare kapitel kopplas denna framställning till de specifika förutsättningar samt organisations- och arbetsformer som återfinns inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet.

7.2. Styrformer

I det följande fokuseras intresset på den systematiska påverkan — styrning — som utgår från statsmakterna direkt och via olika myndigheter och som riktar sig till det ofta stora antalet aktörer — tillsynsorgan, företag, stödorgan m m, som finns inom en given samhällssektor.

När det gäller den styrning som initieras av statsmakterna kan vid en grov indelning urskiljas tre huvudkategorier av styrformer: normerande eller "tvingande" sådana, styrning genom påverkan av belöningsstrukturen — incitamentstyrning — samt kunskapsstyrning, som syftar till att öka företagets kunskaper, insikter och handlingsberedskap för egna insatser — deras mottagarkapacitet.

Den *normerande* styrningen utgörs främst av de lagar och förordningar som statsmakterna utfärdar samt de anvisningar och råd som baserade på detta regelverk utgår från olika myndigheter. Den normerande styrningen kan också i "mjukare" form komma till uttryck genom t. ex. skrivelser från riksdagen, rekommendationer i budgetpropositionen m. fl. informella men väl så reella former. Den normerande styrningen eller *regelstyrningen* är den styrningsform som varit den dominerande inom arbetsmiljöområdet. En förskjutning från en sådan regelstyrning i riktning mot ökande inslag av målstyrning innebär också att inslagen av incitaments- och kunskapsstyrning får större betydelse.

Användningen och utformningen av incitament utgör, som nedan berörs, ett väsentligt inslag i målstyrningen. Likaså är en förutsättning för den vidgade handlingsfrihet, som blir följden av målstyrningen, att de berörda

organen har tillräcklig kompetens för att friare kunna agera inom ramen för de givna målen.

Incitamentsstyrningen kommer i en form till uttryck genom prisbildningen på de stödinsatser, som behöver göras för att påverka företagens insatser för arbetsmiljö och rehabilitering. Vissa tjänster, t. ex. inom utbildningsområdet, kan erbjudas gratis, medan andra kan vara subventionerade genom bidrag från staten till stödorganen. Sådana bidrag kan antingen ges direkt till dessa stödorgan eller kanaliseras via företagen i form av (eventuellt) ”öronmärkta” medel för utnyttjande inom ett visst användningsområde.

Incitamentsstyrningen kan i en annan form ske genom att man tillämpar ekonomiska avräkningspriciper, som påverkar företagens kostnadsbelastning och därmed deras lönsamhet. Ett exempel på en sådan styrning är olika former av differentierade arbetsgivaravgifter eller olika former av ”rabatter”, som utgår till företag som kan visa goda effekter av eller ambitiösa initiativ i fråga om insatser.

Den *kunskapsstyrning* som tillämpas i olika former och som främst har till syfte att öka företagets mottagarkapacitet för insatser i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering innefattar bla initiativ till och stöd för uppbyggnaden och driften av organ för utbildning, service och rådgivning till företagen. Kunskapsstyrningen kan också indirekt ske via t. ex. organisation och inriktning av utbildning och forskning inom högskoleväsendet samt genom stöd till forsknings- och utbildningsorgan, som verkar inom detta område. Villkor och procedurer för auktorisation av de stödinsatser som skall betjäna företagen inom ett givet område kan vara en annan form av sådan kunskapsstyrning.

7.3. Ökad inriktning på målstyrning

Statsmakternas normerande styrning har traditionellt karaktären av en *regelstyrning*, där det av det styrda organet önskade beteendet specificeras i form av lagar, förordningar, anvisningar etc. Styrningen kan dels specifikt vara inriktad på vilka åtgärder som skall vidtagas i vissa angivna fall. En mjukare form av styrning är den som anger normer och procedurer för företagets önskade beteende. Som exempel härpå kan nämnas reglerna om internkontroll från företagets sida, liksom de framförda önskemålen om en särskild personalekonomisk redovisning.

För att regelstyrningen skall fungera tillfredsställande bör ett antal förutsättningar vara uppfyllda. Så är t. ex. viktiga krav:

- att mottagarna av styrimpulserna har tillräcklig kunskap om reglernas innehåll och om möjligheterna att anpassa sig till dem
- att regelbrott är förenat med sanktioner av olika slag, som har en tillräcklig täckning och verkningskraft
- att de givna reglerna ges en tillräcklig legitimitet och acceptans för att de skall tas på allvar
- att företagen har förmåga att hantera förändringskraven och att tillräckliga stödresurser i fråga om expertis, service och utbildning finns att tillgå.

Problemen med tillämpning av en sådan regelstyrning är, förutom svårigheterna att sprida kunskap om reglernas innehåll och få acceptans för deras legitimitet, att en kraftig fokusering på denna styrform lätt kan leda till "stela", standardiserade och ej flexibla beteendemönster hos företagen. Det är viktigt att betona kraven på flexibilitet och situationsanpassning eftersom förhållandena och förutsättningarna för olika företag skiljer sig starkt åt. Detta torde inte minst gälla inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Intresset inriktas därför allt mer mot andra möjligheter att åstadkomma den önskade styrningen av företagets beteende.

Men givetvis innebär den samlade styrningen av ett samhällsområde alltid att en kombination av olika styrformer tillämpas. Under alla förhållanden är det viktigt att man genom lagstiftning och annan regelstyrning fastställer vissa specifika minimikrav i fråga om det önskade agerandet. Man måste också vara medveten om att regelstyrningen, förutom att vara direkt styrande i vissa specifika sammanhang, också kan ha en stark, generellt värdeskapande effekt; lagstiftningen fungerar som en "väckarklocka", som fokuserar företagets uppmärksamhet på väsentliga nyckelområden.

De svårigheter som i dagens komplexa samhälle är förknippade med tillämpningen av regelstyrningen har gjort att man, såväl inom myndigheterna som i relationen mellan statsmakterna och dessa, mer och mer har börjat övergå till en *mål- (och resultat-) styrning*. Intresset fokuseras här inte på själva de åtgärder som skall vidtas och de beteenden som skall följas inom ramen för regelverket utan på effekterna av de styrda organens agerande.

En målstyrning av detta slag kan från styrorganens sida också riktas såväl direkt till de berörda företagen som till de organisationer av olika slag, som skall ge företagen stöd i deras förändrings- och utvecklingsinsatser. Statsmakterna kan övervaka och styra effekterna av de åtgärder som vidtas av de olika myndigheter som arbetar inom detta område, genom att för dem fastställa övergripande mål som skall nås inom det aktuella samhällsområdet. För myndigheternas tillsyn av företagets agerande innebär tillämpningen av en sådan styrfilosofi att det främst blir en fråga om en "systemkontroll av andra ordningen". Tillsynsorganen inriktar intresset på vilka effekter som har nåtts genom företagets insatser snarare än på dessas specifika karaktär.

Tillämpningen av målstyrning inom offentlig sektor är förenad med många svåra metod- och mätproblem, och det är svårt att tillämpa denna styrform i en renodlad och "rationalistiskt" perfekt fungerande mening. Olika styrformer måste kombineras, och man måste genom en successiv läroprocess skaffa sig kunskap om vilka tillvägagångssätt och mätmetoder som visar sig ändamålsenliga. Detta gäller framför allt svårigheterna att kunna konstruera meningsfulla och samtidigt användbara – operationella – målbeskrivningar, som kan användas som styrsignaler för agerandet, samt att finna metoder för mätning av – indikatorer på – i vad mån åtgärderna har lett till ett önskat resultat.

Utnyttjandet av målstyrning inom offentlig sektor är intimt kopplad till effektivitetsbegreppet, dvs. relationen mellan de medel som sätts in –

kostnadsbilden – och de effekter som härigenom nås – ”intäktssidan”. Problemen med denna styrmetod gör sig framför allt märkbara, när det gäller att uppskatta den ”samhällsnytta” som genereras genom de insatta resurserna. Det är otillräckligt att bara koncentrera sig på kostnadssidan, liksom att bara utgå från de renodlade produktivitetsmåten – mängden producerade tjänster eller vidtagna åtgärder – som utgångspunkt för analysen. De mål och mått som används måste i stället mer direkt och tydligt vara kopplade till de effekter för samhället och dess medborgare – i fråga om arbetsmiljöområdet de anställda – som uppnås genom de vidtagna åtgärderna.

Även andra snedvridningseffekter kan uppstå genom tillämpningen av målstyrning. Förutom risken att man koncentrerar sig på kostnadssidan kan effekterna härav t. ex. bli att man bara uppmärksammar de konkret mätbara effekter på kort sikt som kan konstateras och bortser från de mer långsiktiga men ofta mer djupgående förändringstendenser som aktiveras genom de vidtagna åtgärderna.

En effektiv målstyrning förutsätter att samtliga ”länkar” i det man brukar kalla ”målstyrningskedjan” fungerar tillfredsställande. Förutom kraven på tillämpningen av operationella mål och enkla och adekvata indikatorer, t. ex. i nyckeltalens form, måste de styrsystem som skall användas vara så uppbyggda att de ger en snabb, tillförlitlig och adekvat bild av resultatutvecklingen. Vidare är det viktigt att man ägnar tid åt uppföljningen av hur verksamheten utvecklas och vidtar de åtgärder i form av belöningar, sanktioner och ev korrigerande åtgärder som krävs, för att på så sätt rätt kunna ta vara på de signaler som kommer från målstyrningen. Uppföljning och utvärdering är således viktiga inslag i en sådan målstyrningskedja.

8. Sammanfattande problembild, struktur för utredningens överväganden

I det följande summerar utredningen centrala problem och redovisar hur den fortsatta framställningen strukturerats.

8.1 Analys och probleminventering

Närmare studier av analyserande och utvärderande slag av företagshälsovårdens verksamhet saknas, som tidigare nämnts. De undersökningar som redovisats i kapitel 5 ger emellertid viss uppfattning om företagshälsovårdens hittillsvarande verksamhet och om hur företagshälsovårdens insatser värderas.

Exempelvis framgår av Svenska Arbetsgivareföreningens studie av företagshälsovården att 27 procent av företagsledningarna anser att företagshälsovården utgör en viktig och ofta använd resurs och 36 procent anser att företagshälsovården utgör en viktig men outnyttjad resurs. Övriga är kritiska.

Företagshälsovårdens främsta bidrag kan enligt studien sammanfattas i dels sjukvårds- och friskvårdsinsatser, dels tillgängligheten. De största bristerna kan sammanfattas i otillräckliga kontakter mellan företagshälsovården och företagen samt avsaknaden av sjukvård. Detta skall ses mot bakgrunden att företagsledningarna angav att dominerande arbetsmiljöproblem var psykosociala frågor, belastningsskador och frågor rörande arbetsorganisation.

De synpunkter som redovisats av företag som *inte* är anslutna till företagshälsovård bekräftar det allmänna intrycket.

Det kan således på grundval av redovisade undersökningar och uttalanden konstateras att företagshälsovården haft svårigheter att övertyga om sin nyttighet och skapa det förtroende som krävs för att dess tjänster rätt skall tillvaratas.

Det råder bristande överensstämmelse mellan vad företagshälsovården har att erbjuda och arbetsgivarnas behov och önskemål. Företagshälsovården synes ej ha kunnat övertyga företagen om sina möjligheter att vara ett nyttigt instrument för att utveckla arbetsmiljön och bidra till det "goda arbetet".

8.1.1 Sjukvård

Det är i förstone förvånande att sjukvården tilldrar sig så stor uppmärksamhet i diskussionerna om företagshälsovården. Enligt statsmakternas nu gällande intentioner skulle företagshälsovårdens huvuduppgift vara att arbeta förebyggande och utveckla arbetsmiljön. I proposition 1990/91:140 uttalar departementschefen att allmänna sjukvårdande, behandlande uppgifter i princip inte ingår i företagshälsovårdens uppgifter. Trycket på

företagshälsovården att tillhandahålla sjukvård är emellertid stort. Sjukvården tar också in anspråk en ansevärd del av företagshälsovårdens resurser.

Statsbidraget till företagshälsovården grundades fram till 1986 just på sjukvården inom företagshälsovården. Sjukvård som arbetsgivaren kunde erbjuda sina anställda betraktades av statsmakten som ett önskvärt komplement till samhällets sjukvård.

Genom sjukvårdens dominerande ställning har företagshälsovårdens personalsammansättning och kompetensprofil fått en stark inriktning mot den individuella vårdande och behandlande verksamheten. År 1988 var cirka 60 procent av personalen medicinskt utbildad och några väsentliga förändringar torde inte ha skett sedan dess. Vårdkulturen har satt en stark prägel på företagshälsovården.

Arbetsgivarnas efterfrågan på sjukvård för sina anställda har, tillsammans med orealistiska förväntningar på hur denna stora "bransch" i stort sett utan aktivt stöd skulle kunna ställa om sig på kort tid, medverkat till att företagshälsovården inte i tillräcklig omfattning kunnat utveckla sin roll inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena.

8.1.2 Orsaker till problemen

Orealistiska rollförväntningar.

Från många håll har stora krav och förväntningar ställts på företagshälsovården när det gäller att åstadkomma ett effektivt arbetsmiljöarbete. Som framhållits finns också många exempel på framgångsrikt arbetande företagshälsovårdsenheter, där inte minst fördelar av integrerade specialresurser och kontinuitet för den anställde har kunnat konstateras.

Arbetsgivareföreningens studie visar å andra sidan på stora brister i verksamheten. Otillräckliga kontakter mellan företagshälsovården och företagen upplevs som en av de största bristerna.

Skyddsorganisationen som huvudman för företagshälsovården har inneburit att företagshälsovården isolerats från produktionen och verksamheten i övrigt inom företagen och förvaltningarna, den så kallade sidovagnseffekten.

Det finns också åtskilliga andra beskrivningar och analyser av företagshälsovårdens svårigheter att utveckla arbetet på arbetsplatserna i fråga om förebyggande arbetsmiljöarbete. En komplex problembild träder fram. Översynsutredningen formulerade slutsatsen på följande sätt.

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

Företagshälsovårdens rollkonflikter kan ytterligare belysas genom följande citat ur Riksrevisionsverkets rapport (Fu 1991:9).

"En ständigt återkommande fråga och en källa till allvarlig kritik mot FHV rör dess alltför individorienterade sjukvårdande inriktning som

tränger undan en förebyggande inriktning av arbetet. Vi anser att det finns stor risk för att arbetsgivarnas utökade ansvar för rehabilitering kommer att ytterligare försvåra FHV:s hittills så mödosamma omställning från behandlande till förebyggande arbete.

Vi ställer oss framför allt tveksamma till om det finns skäl att försöka styra FHV:s inriktning mot ett förebyggande arbete samtidigt som förhoppningar ställs på FHV att delta i ett rehabiliteringsarbete som ofta kommer att kräva behandlande inslag. Bidragsbestämmelserna strävar mot att FHV inte skall engagera sig mer än i början (identifiering) och i slutet (möjliggöra en återgång till arbetet) av en rehabilitering.”

Riksrevisionverket framhåller i rapporten att utvecklingen lett till stora rollkonflikter.

Synen på företagshälsovård är i nuläget således mycket skiftande. Å ena sidan riktas mycket av förhoppningarna om ett effektivt arbetsmiljöarbete fortfarande mot företagshälsovården. Å andra sidan framförs en långtgående kritik mot denna. Utredningen delar Riksrevisionsverkets uppfattning att förväntningarna på företagshälsovården är motstridiga och finner anledning att något utveckla denna ståndpunkt.

Den roll utvecklingen kommit att ge företagshälsovården är att den både skall vara en rådgivande expertresurs, en övervakare av arbetsmiljön och arbetsgivarens särskilda resurs. En stor uppsättning uppdrag, som vart och ett kräver både särskilda kvalifikationer och lojalitet mot uppdragsgivaren, kan inte genomföras av en och samma organisatoriska enhet utan att icke avsedda konsekvenser uppstår.

Företagshälsovårdens primära uppgift, som en partsneutral och för arbetsgivare och arbetstagare gemensam resurs, är numera att genom olika slag av insatser arbeta förebyggande inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering. Arbetet skall enligt denna doktrin kännetecknas av en helhetssyn, vilket ställer krav på expertresurser inom såväl de medicinska som de tekniska och psykosociala områdena. De insatser som då bör göras kan bl. a. avse direkt expertstöd till dessa parter, rådgivning, service genom hälsoundersökningar etc och förmedling av kontakter till andra tjänstegivare.

Arbetsgivarnas på senare år ökade ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering har medfört krav på att företagshälsovården skall utgöra ett arbetsgivarens eget expertorgan i frågor om arbetsmiljö, förebyggande arbete och rehabilitering. Företagshälsovården förväntas också utgöra ett kunskapscentrum, som till enskilda företag och grupper av sådana kan ge utbildning och, bl. a. genom kontakt med det aktuella forskningsfältet, förmedla information och kunskap om brister i arbetsmiljön och om de insatser som kan göras för att motverka och åtgärda sådana.

I alla relationer mellan en beställare, som vill utnyttja en viss form av tjänst, och det organ som skall tillhandahålla denna tjänst, är det viktigt att man klargör och sinsemellan är överens om vem som är den egentliga uppdragsgivaren. I en sedvanlig konsultrelation arbetar tjänstegivaren — inom ramen för de övergripande etiska principer som styr hans arbete — på uppdrag av en given uppdragsgivare, som definierar och styr arbetets inriktning och genomförande, som fritt äger att utnyttja materialet och

som också, om så anses nödvändigt eller önskvärt, kan avbryta uppdraget. I en sådan konsultrelation mellan uppdragsgivare och tjänstegivare kan det uppstå tveksamheter om vem som är den egentlige uppdragsgivaren – t. ex. företagsledningen eller styrelsen i ett företag. Man vet av erfarenhet att förekomsten av sådana oklara situationer och roller försvårar och ofta försenar arbetet. Än större blir olägenheten när en organisation förväntas samtidigt ha sinsemellan helt olika roller. En sådan rollblandning leder lätt till misstänkliggöranden och minskat förtroende från endera eller båda parternas sida och kan också försvåra en effektiv insats av denne tjänstegivare.

8.1.3 Kraftigt ändrade förutsättningar för styrning och för anslutning

När statsbidragen avvecklas fr. o. m. 1993 kommer "branschen" i ett förändrat ekonomiskt läge. Inkomstbortfallet har beräknats till ca 30 procent generellt sett. Detta bortfall kan dock i viss mån kompenseras genom breddning av kundunderlaget och tjänstesortimentet och pris- eller annan intäktsökning. Alternativa finansieringsformer kan komma att utvecklas.

I anslutning till diskussionerna av effekterna av borttagandet av statsbidraget till företagshälsovården förutsätts det ofta utan närmare diskussion att följden "automatiskt" kommer att bli en starkt minskad efterfrågan genom den "fördryrning" av tjänsterna som kan komma att ske, som en följd av att statsbidraget avskaffas. Men sådana effekter kan inte utan vidare tas för gott. Avgörande här blir hur pass mycket prisnivån på tjänsterna kommer att påverka den reella efterfrågan, dvs. det man brukar kalla priselasticiteten.

Om emellertid kompensation för det uteblivna statsbidraget inte kan erhållas återstår endast möjligheten att minska kostnaderna. För kostnadsreduceringar torde i första hand personalminskning vara aktuell. I övrigt torde också ökad kostnadseffektivitet, rationaliseringar och översyn av verksamhetsinnehållet krävas, så att det bättre än tidigare svarar mot kundernas behov.

Ett annat förhållande som komplicerar bilden är företagshälsovårdscentralernas i dag oftast svaga soliditet, d v s lågt eget kapital och små reserver. Finansieringen av verksamheten har hittills skett genom årsavgifter per anslutna anställda. Eventuellt överskott har återgått till kunderna. Företagshälsovården har därför i allmänhet dålig beredskap för att möta kommande omställning till ett marknadsstyrt system.

Med avskaffandet av statsbidraget försvinner inte bara en tredjedel av finansieringen. Den hittillsvarande grunden för den offentliga styrningen finns ej heller kvar, efter statsbidragsförordningens upphävande. Kvar står för statsmakterna valet mellan att i lagen definiera begreppet företagshälsovård och reglera dess förekomst och användning eller att välja helt nya vägar. Väljs det senare alternativet bör lösningen utformas med beaktande av arbetsmiljölag och rehabiliteringsbestämmelser och med hänsyn till nya kunskaper om förutsättningarna för offentlig styrning och kontroll.

8.1.4 Avgifternas variationer

Företagshälsovården finansieras, förutom av statsbidrag, av arbetsgivarna, huvudsakligen via medlemsavgifter. Medlemsavgifterna uttas i de flesta fall som en årlig avgift per ansluten anställd, dvs alla anslutna företag betalar samma avgift per anställd, oavsett i vad mån företagshälsovården utnyttjas.

Grundkonceptet är således ett baspaket och ett solidariskt betalningssystem. Härutöver förekommer i vissa fall att tilläggstjänster säljs på avrop eller som ett resultat av genomförda behovsanalyser. Vid flera enheter har s. k. småföretagspaket introducerats, baserade antingen på en avgift per företag eller på sedvanligt sätt per anställd.

Avgifterna i genomsnitt per anställd har under en tioårsperiod i fasta priser varit relativt konstanta. Den genomsnittliga avgiften för 1989 beräknades till cirka 700 kronor per anställd. Motsvarande uppgifter för 1991-92 föreligger inte. Emellertid har beträffande Statshälsan, som omfattar personal inom statsförvaltningen och som bedriver verksamhet vid cirka 150 företagshälsovårdscentraler, inhämtats vissa uppgifter. Den lägsta avgiften inom Statshälsans verksamhet var 1991 640 kronor och den högsta 1 230 kronor. Den genomsnittliga avgiften per anställd var 835 kronor.

Företagshälsovårdsenheterna emellan förekommer emellertid kraftiga variationer. Det sammanhänger med olikheter både i fråga om personalstruktur, personaltäthet och beträffande lokalkostnaderna. Det beror också på att beräkningsgrunderna varit olikartade och att avgifterna inte i nödvändig utsträckning varit grundade på företagsekonomiska beräkningar och analyser.

Generellt sett är den inbyggda företagshälsovården dyrast, då framförallt i tillverkningsföretag. Det beror i första hand på kostnaderna för den sjukvårdsservice och för de ofta avancerade skyddstekniska anordningar och resurser som finns i företaget. Den inbyggda företagshälsovård, som drivs och finansieras av primär- eller landstingskommun, är avsevärt billigare, främst beroende på att sjukvård inte ingår i basutbudet utan är ordnad på annat sätt.

Företagshälsovårdscentralerna kan kostnads- och avgiftsmässigt inplaceras i mellanskiktet av all företagshälsovård, dvs. kostnaderna är högre än i förhållande till inbyggd företagshälsovård, exklusive företagshälsovård driven av kommun, och lägre i jämförelse med den övriga inbyggda företagshälsovården.

Avgifterna för de s. k. småföretagspaketen ligger på låg nivå, 200–300 kronor per anställd. När avgift tas ut per företag kan ett företag med 1–5 anställda få betala en årsavgift av 1 000 och ett företag med 6–10 anställda 2 000 kronor. Tjänsterna omfattar då heller inget annat än rätt att kontakta företagshälsovården och att få information därifrån och ett årligt besök för kontakt och överenskommelse om eventuella tilläggstjänster.

8.1.5 Sekretessfrågor

Reglerna om sekretess (tystnadsplikt och hemlighållande av handlingar) är allmänt sett ofta komplicerade och inte sällan även motsägelsefulla. Det

beror på att sådana regler för det mesta är resultatet av en avvägning mellan å ena sidan behovet av skydd för enskilda människors integritet eller för ekonomiska intressen och å andra sidan behovet av t.ex. insyn, kontroll, samarbete och effektivitet. Detta medför att det finns dels sekretessregler av olika valör, dels regler om undantag från sekretess i olika situationer.

Det sagda gäller i särskilt hög grad det komplex av sekretessregler som gäller inom företagshälsovården. Här finns ett antal intressen att beakta. Arbetstagaren har intresse av skydd för uppgifter om sitt hälsotillstånd och om sina personliga förhållanden. Företagaren är mån om att skydda sina affärshemligheter. Samtidigt föreligger ett behov av att kunna föra sådana uppgifter vidare för att bekämpa dålig arbetsmiljö och vidta åtgärder för att åstadkomma säkra förhållanden i riskfyllda yrken. Det är dessutom en förutsättning för att kunna bedriva rehabiliteringsarbete framgångsrikt att den enskildes personliga förhållanden och arbetsmiljön är kända.

En genomgång och analys av de gällande bestämmelserna om sekretess och om insyn i och åtkomst av uppgifter inom företagshälsovården har publicerats av Arbetsmiljöfonden. Studien utmynnar i förslag om ett särskilt regelsystem för all företagshälsovård när det gäller tystnadsplikt och handlingssekretess samt möjligheter att samarbeta mellan olika personalkategorier och lämna information till andra som arbetar med arbetsmiljö och rehabilitering. I studien föreslås en översyn i syfte att skapa klara, enkla och överskådliga regler på området. Med hänsyn till denna situation och till de förändringar som följer av ett läge då dels styrningen av företagshälsovården via statsbidragsvillkor upphör, dels avtal på arbetsmiljöområdet saknas, avser utredningen att i kapitel 12 återkomma med förslag till en bestämmelse om sekretess.

8.1.6 Vissa övriga åtgärdsområden — skatteregler m.m.

Utredningen har tidigare redogjort för nuvarande regler vid beskattning av företagen, som innebär avdragsrätt för kostnaderna för företagshälsovård. Denna avdragsrätt är kopplad till gällande förordning om statsbidrag till företagshälsovård. När bidragsförordningen upphör att gälla försvinner således också avdragsrätten för de företag som utnyttjar statsbidragsberättigad företagshälsovård. Avdragsrättens upphörande, samtidigt som statsbidraget dras in, kommer givetvis att innebära stora påfrestningar för företagen, varför många av dem överväger att minska utnyttjandet av företagshälsovårdstjänster.

Med avdragsrätt för företagen på grund av företagshälsovård följer skattefrihet för den personalvårdsförmån företagshälsovård innebär för den anställde. Upphör avdragsrätten kommer en sjukvårdsinsats genom företagets försorg att anses som skattepliktig förmån för den anställde.

Denna problematik tarvar en särskild diskussion och särskild reglering, till vilken utredningen återkommer i avsnitt 12.10.

Som framgått av det föregående har diskussionen om företagshälsovårdens funktion hittills spelat en central roll när det gäller att omsätta arbetsmiljölagen i verkligheten. Detta synsätt har varit naturligt i lägen då arbetsmiljölagen och rehabiliteringsbestämmelserna varit relativt ofullständiga och otydliga. Vad som inte kunnat uppnås direkt med stöd av gällande lagstiftning har i stället blivit en fråga om att hävda krav på resursen företagshälsovård. Då avses krav som av den ena eller den andra parten ansetts angelägna men inte kunnat få ett tydligt stöd i lagstiftningen. Det finns anledning att söka nya vägar. Denna slutsats motiveras av de stora problem som företagshälsovården nu möter men också av att nya möjligheter och positiva förutsättningar finns.

Lagstiftningen om arbetsmiljö och rehabilitering har som visats i kap 6 förstärkts väsentligt. Insikten om att arbetsmiljö och rehabilitering är av stort värde för företagen har successivt ökat. En diskussion om samhällets drivkrafter och företagets eget intresse av att bedriva sådana verksamheter förs mera ingående i avsnitt 9.4.

En ny syn på tillgängliga styrformer har också växt fram. En redogörelse härför ges i kapitel 7. Utredningen visar i kapitel 9, där mål och medel i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet redovisas, på förutsättningar och former att i effektivitetshöjande syfte tillämpa dessa nya styrformer på arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten.

Sammantaget ger den analys av företagshälsovårdens problem och av de förutsättningar som finns anledning att tydligt förskjuta perspektivet från företagshälsovården som en institution/organisatorisk enhet till en diskussion om krav och möjligheter för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Diskussionen om företagshälsovården blir i det perspektivet en diskussion om vilka resurser som behövs för detta arbete. En sådan diskussion förs i kapitel 10. I avsnitt 10.1 utvecklas en principiell diskussion, de olika intressen som knutits till företagshälsovårdsbegreppet berörs och alternativa sätt att tillgodose dem presenteras.

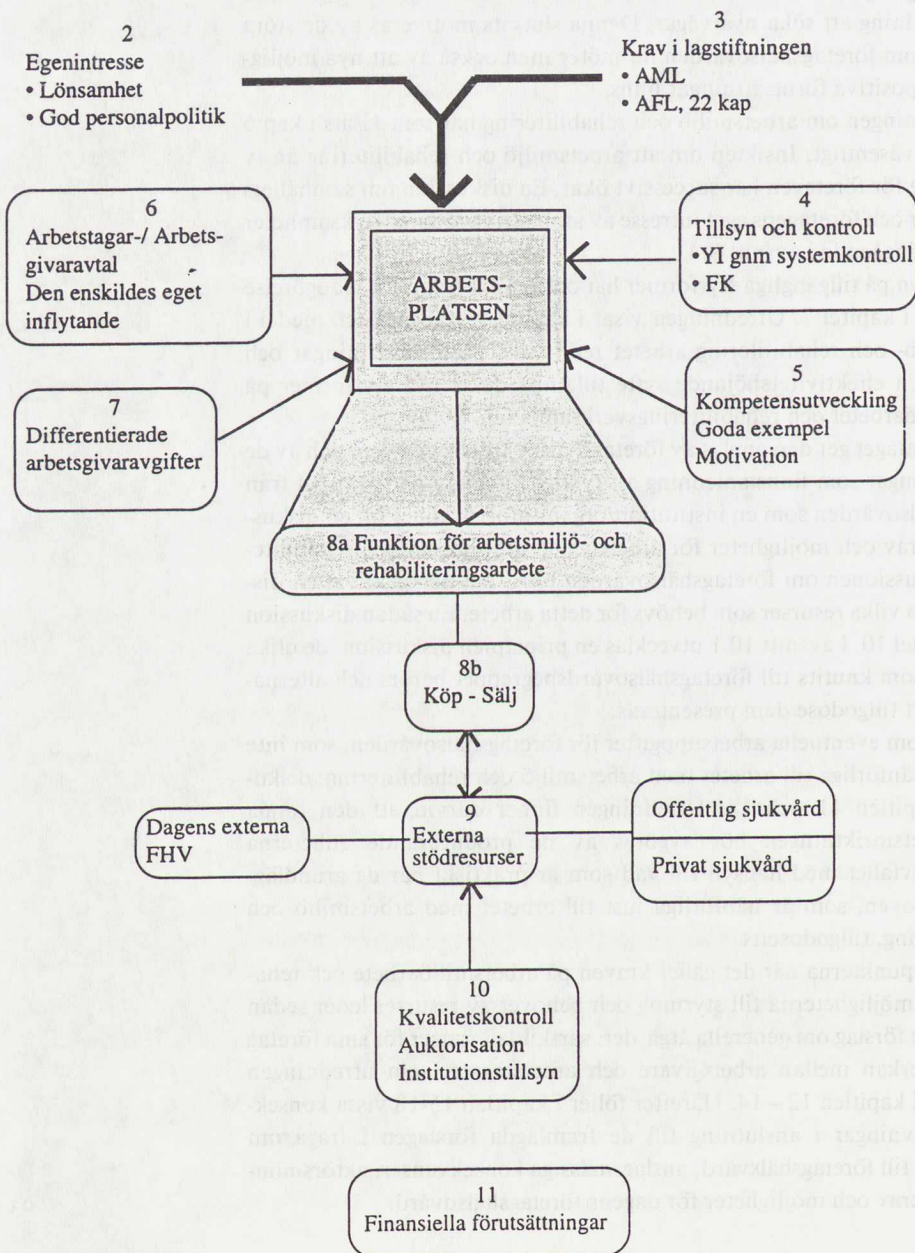
Frågan om eventuella arbetsuppgifter för företagshälsovården, som inte är direkt hänförliga till arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering, diskuteras i kapitlen 11 och 18. Utredningen finner därvid att den totala verksamhetsinriktningen bör avgöras av de producerande enheterna själva, självfallet med hänsyn till vad som är praktiskt när de grundläggande behoven, som är hänförliga just till arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering, tillgodosetts.

Utgångspunkterna när det gäller kraven på arbetsmiljöarbete och rehabilitering, möjligheterna till styrning och behovet av resurser leder sedan fram till de förslag om generella åtgärder, särskilda insatser för små företag och samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare, som utredningen redovisar i kapitlen 12–14. Härfter följer i kapitlen 15–18 vissa konsekvensbeskrivningar i anslutning till de framlagda förslagen i fråga om anslutning till företagshälsovård, anslagsmässiga konsekvenser, aktörsmodeller samt krav och möjligheter för dagens företagshälsovård.

8.3 Principskiss

UTGÅNGSPUNKT FÖR ANALYSERNA

1 Arbetsgivarnas arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete styrs av



1. Utgångspunkten för utredningens diskussioner är arbetsgivarnas ansvar att erbjuda sina anställda en god arbetsmiljö och en effektiv rehabilitering. Resurser för att uppnå detta mål kan finnas hos arbetsgivaren eller hämtas utifrån.
2. Arbetsgivarnas arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete styrs av *eget intresse* av god lönsamhet och god personalpolitik.
3. Arbetet styrs också av *lagar*, framför allt arbetsmiljölagen och 22 kap lagen om allmän försäkring. Förslag till komplettering av lagstödet redovisas i avsnitten 12.7 och 12.9.
4. *Tillsyn och kontroll* utövas av Yrkesinspektionen och försäkringskassan. Yrkesinspektionen kontrollerar arbetsgivarnas arbete med arbetsmiljö och rehabilitering genom sin tillsyn. Försäkringskassan påverkar arbetsgivarnas arbete med arbetsmiljöfrågor och rehabilitering utifrån sitt ansvar att vara de försäkrades ombud i rehabiliteringsarbetet och att se till att enskilda sjukskrivna får den rehabilitering de behöver. Hithörande frågor behandlas i avsnitt 12.2.
5. En mängd insatser för att nå uppställda mål är aktuella. Det gäller t. ex. allmän kompetensutveckling, utbildning, tillhandahållande av goda exempel, spridning av forskningsresultat m m. Dessa frågor behandlas i bl. a. avsnitt 12.2 och 12.5.
6. Ett styrmedel för att påverka arbetsgivarens arbete med arbetsmiljöfrågor och rehabilitering är möjligheten för *arbetstagarorganisationerna att träffa avtal med arbetsgivaren* om hur arbetet ska organiseras och bedrivas. Arbetstagarerna skall delta i och följa arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatsen och rikta krav mot arbetsgivaren avseende verksamhet och kvalitet. En förstärkning av dessa möjligheter är en viktig förutsättning för ett nytt synsätt, där en gemensam styrning av just företagshälsovården träder tillbaka. Denna fråga behandlas i kapitel 14. Konsekvenserna av att avtal ej sluts behandlas i kapitel 19.
7. *Differentierade arbetsgivaravgifter* kan ge ett starkt incitament för att påverka arbetsgivarna att arbeta med arbetsmiljöfrågor och rehabilitering på ett effektivt sätt. Den frågan behandlas i avsnitt 12.8.
8. Arbetsgivarna ansvarar för arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringen på arbetsplatserna. *Organisation och resurser* för detta arbete skall i första hand finnas inom företaget eller arbetsplatsen och kan dessutom köpas utifrån. Dessa frågor behandlas i kapitel 10.
9. De externa resurser som arbetsgivaren efterfrågar i sitt arbete med arbetsmiljöfrågor och rehabilitering kan finnas inom en motsvarighet till dagens företagshälsovårdsverksamhet, hos annan expertresurs inom arbetsmiljöområdet och rehabiliteringsområdet samt inom sjukvården. Även dessa frågor behandlas i kapitel 10 men också i kapitel 11.
10. Kvaliteten hos de externa resurserna kan säkerställas genom *kvalitetskontroll* eller *institutionstillsyn*. Eventuellt blir en *auktorisering* aktuell. Dessa frågor behandlas i avsnitten 12.6 och 19.5.

11. De allmänna och speciella finansiella förutsättningarna är naturligtvis av stor betydelse. Dessa frågor behandlas i kapitlet 16 och 18.

SOU 1992: 103
Kapitel 8

9. Mål och medel i arbetsmiljöarbetet och i den rehabiliterande verksamheten

SOU 1992:103
Kapitel 9

9.1 Lagstiftningens målbeskrivningar

Arbetsmiljölagens regler av målsättningskaraktär finns i ändamålsbestämelsen i lagens 1 kap 1 §. Enligt denna är ändamålet med arbetsmiljölagen att säkerställa en arbetsmiljö, som inte utsätter arbetstagare för ohälsa eller olycksfall och som är tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Avsikten är att här särskilt lyfta fram det generella kravet på att bedömningen av arbetsmiljön skall göras med hänsyn tagen till den sociala och tekniska utvecklingen. Arbetsmiljön skall förbättras i takt med de möjligheter utvecklingen ger. Enligt lagmotiven måste hänsyn tas till mänskliga behov i vid bemärkelse. Även nödvändigheten av en samlad bedömning av arbetsmiljön betonas.

Generella kriterier på ett bra arbetsmiljöarbete anges i 2 kap 1 § AML. Denna s. k. portalparagraf syftar till att beskriva "det goda arbetet". Enligt denna bestämmelse skall *arbetsförhållandena anpassas* till människors förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Hänsyn skall tas till att människan kan ha mycket varierande förutsättningar, beroende av faktorer som kön, ålder, yrkesvana osv.. En bestämmelse om skyldighet för arbetsgivaren "att genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet" finns även i 3 kap 3 § AML. Han skall också, enligt samma paragraf, vid arbetets planläggning och anordnande beakta att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika.

I den s. k. portalparagrafen anges vidare att arbetstagaren skall ges möjlighet att *medverka vid utformningen av sin egen arbetssituation*. Arbetstagarens rätt till medverkan innefattar även förändrings- och utvecklingsarbete som rör det egna arbetet. Ytterligare bestämmelser i detta avseende finns i 3 kap 4 § AML, enligt vilken arbetstagaren bl. a. "skall medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö".

Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll skall enligt 2 kap 1 § AML utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Perspektivet omfattar såväl fysiska som organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer. Utrymme skall även ges för psykosociala aspekter genom att arbetsmiljön betraktas från psykologisk och sociologisk synpunkt. Den psykiska och sociala arbetsmiljön har på senare tid rönt en ökad uppmärksamhet.

I portalparagrafens tre första stycken anges vissa kriterier som utgångspunkter för aktiviteterna på arbetsmiljöområdet. Paragrafens fjärde och femte stycken tar upp vissa förhållanden som är grundläggande *kriterier för en god arbetsmiljö*. Som sådana kriterier framhålls variation, social kontakt, möjlighet till samarbete och sammanhang. Av en god arbetsmiljö kräver lagen också att arbetsförhållandena ger möjlighet till personlig och yrkesmässig utveckling, självbestämmande, yrkesmässigt ansvar samt att ensamarbete undviks. Ytterligare kriterier som åsyftas i paragrafen är goda

relationer på arbetsplatsen och gott kamratskap samt en bra arbetsorganisation. Även en god fysisk arbetsmiljö hör självfallet till kriterierna för "det goda arbetet".

Särskilda bestämmelser om rehabilitering finns i 22 kap lagen om allmän försäkring. Rehabilitering skall enligt lagen syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Rehabiliteringsåtgärder skall planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov.

Tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen har förskjutits mot arbetslivet. Enligt lagen om allmän försäkring skall den försäkrades arbetsgivare svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Arbetsgivarens ansvar för att organisera den arbetslivsinriktade rehabiliteringsverksamheten fastslås i AML.

Utredningens sammanfattande bedömning är att målformuleringarna i de olika lagarna väl svarar mot de krav som bör ställas på arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet. Efterlevnad av lagstiftningens intentioner i olika avseenden skall göra det möjligt att uppnå den övergripande målsättningen om "det goda arbetet".

De offentliga insatserna inom arbetsmiljö och rehabilitering har mot bakgrund av de mål som angivits enligt utredningens mening till syfte att

- stimulera till att tillräckliga resurser satsas på arbetsmiljö och rehabilitering och att resurserna används effektivt
- insatserna inriktas mot de områden av arbetslivet och mot de arbetsmiljöer, där de behövs bäst
- göra det möjligt att påverka företag och förvaltningar i deras agerande i riktning mot skapandet av det "goda arbetet"
- stimulera till en successiv utveckling av effektiva egenaktiviteter hos de enskilda arbetsgivarna
- successivt öka arbetsmiljöarbetets betydelse för företagens överlevnad och främja tillskapande av företag som motsvarar kraven
- stimulera till att vid behov utnyttja kvantitativt och kvalitativt tillfredsställande stödinsatser av olika slag samt
- genomföra styrningen och övervakningen av arbetsmiljöer och rehabilitering och de insatser som görs härvidlag på ett sätt som kan hålla nere byråkratin och de administrativa kostnaderna.

9.2 Mål i avtal

Målet för arbetsmiljöarbetet är enligt de gemensamma värderingar som parterna på det statliga området lagt till grund för det allmänna arbetsmiljöavtalet (AMLA-89) "arbetsförhållanden som är anpassade efter människans förutsättningar i såväl fysiskt som psykiskt och socialt hänseende och som förhindrar ohälsa, skada och utslagning från arbetet".

Arbetsmiljöavtalen har ofta överlåtit åt skyddskommittéer att konkretisera mål för ett förebyggande arbete. Detta arbete har dock många gånger

9.3 Skyldighet för arbetsgivaren att formulera arbetsmiljöpolicy

Av arbetsmiljölagens bestämmelse i 3 kap 2 a § följer en skyldighet för arbetsgivaren att aktivt arbeta med mål för det egna arbetsmiljöarbetet. Enligt bestämmelsen har arbetsgivaren att systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att arbetsmiljön uppfyller kraven i lagen. Vidare har arbetsgivaren skyldighet att dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna samt att upprätta handlingsplaner. Genom denna paragraf regleras arbetsgivarens ansvar för internkontrollen.

För att uppfylla kraven på ett systematiskt arbetsmiljöarbete kan det enligt lagmotiven vara lämpligt att arbetsgivaren på högsta ledningsnivå tydligt beskriver viljeinriktning, mål och medel för arbetsmiljöarbetet (arbetsmiljöpolicy) m. m.

Arbetsmiljöpolicyen bör som en utgångspunkt ha de ovan beskrivna samhällsmålen och lagstiftningens krav och intentioner i övrigt. Handlingsplanerna kompletterar arbetsmiljöpolicyen och bör liksom denna vara långsiktiga men mer åtgärdsinriktade.

Inom företagen sker nu en anpassning till de krav lagstiftningen och ökat socialt ansvar ställer. Utgångspunkten är därvid en helhetssyn på företagets villkor för att producera och utvecklas. Arbetsmiljön är en faktor av betydelse för lönsamheten och utvecklingsmöjligheterna i ett företag. Arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågorna måste kopplas som delkomponenter till det operativa ledningsansvaret. Vidare måste åtgärder på arbetsmiljöområdet kombineras med andra insatser, t. ex. på det personalpolitiska området.

Pågående policyarbete kan belysas genom exempel från landstingssektorn. Ett mål för programarbetet inom detta område är att verka för att arbetsgivarens formella ansvar på bred front och i accelererad takt fortsätter att utvecklas mot ett praktiskt arbetsmiljöansvar i löpande verksamhet. Chefer och arbetsledare skall ges skyldighet och möjlighet att aktivt delta i alla aktiviteter som rör planering, beslut och uppföljning på arbetsmiljöområdet. Arbetsgivaransvaret är också en viktig fråga för den politiska ledningen.

Det arbete med arbetsmiljöpolicyen som bedrivs inom Landstingsförbundet i form av ett särskilt arbetsmiljöprogram samverkar genom sin uppläggning och inriktning rent allmänt med övriga insatser för decentralisering och samlat verksamhetsansvar. Genom att tidigt aktualisera arbetsmiljöfrågorna i ledningsarbetet har landstingen anpassat sig till den skärpning av arbetsgivaransvaret som skett genom ändringar i arbetsmiljölagen m. m.

Under den tid arbetet med arbetsmiljöprogrammet pågått har allt fler landsting infört nya, övergripande "modeller" för organisation och verksamhet, baserade på köp-säljssystem, resultatenheter o. d.

Arbetsgivarens lagstadgade rehabiliteringsansvar har skärpts, och ett arbetsgivarinträde under de två första veckornas sjukfrånvaro har trätt i kraft. Denna utveckling har också medfört ett kraftigt ökat intresse för arbetsmiljö, sjukfrånvaro- och rehabiliteringsfrågor hos framför allt basenhetschefer under programtiden. Landstingens informations- och utbildningsinsatser på området till dessa grupper har därmed också kunnat ske från delvis nya utgångspunkter.

En erfarenhet av Landstingsförbundets programarbete är att insikten hos landstingens chefer och arbetsledare om att arbetsmiljöarbetet måste integreras i linjeorganisationen har utvecklats både kvantitativt och kvalitativt under programtiden.

Generellt sett torde arbetsgivarnas arbetsmiljöpolicy för framtiden i stor omfattning komma att bygga på filosofin att en kombination av insatser ger det bästa resultatet i strävandena efter "det goda arbetet". Arbetsgivarpolicyen torde alltså komma att kännetecknas av ökad helhetssyn och involvera fysisk arbetsmiljö, arbetsklimat, sjukfrånvaro, yttre miljöfaktorer, arbetsorganisation, delegering, ledarskap, utbildning, hälsovård, utvecklingsmöjligheter för personalen m m. En sådan mängd av problemområden kan komma att leda till svårigheter för arbetsgivarna att formulera krav på samlade stödresurser i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering.

9.4 Drivkrafter för arbete med arbetsmiljö och rehabilitering

Det offentliga krav på god arbetsmiljö och effektiv rehabilitering manifesteras i lagstiftning och andra offentliga åtgärder. Jämsides med dessa krav finns arbetsgivarnas och de anställdas önskemål och behov. Arbetsgivares och arbetstagaras intresse av en god arbetsmiljö och goda arbetsförutsättningar är oftast gemensamt även om bedömningarna ifråga om vilka åtgärder som bör prioriteras kan vara olika. De båda parternas samlade önskemål och krav innebär starka drivkrafter för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet.

9.4.1 Arbetsgivarnas och de anställdas behov av arbetsmiljöarbete

För företag och förvaltningar är ekonomiska motiv i form av lönsamhet, budgetstyrning, uppnående av formulerade resultatkrav o dyl det främst drivande motivet. Det är också en förutsättning för överlevnad. Parallellt med detta har önskan om en god personalpolitik med goda arbetsförhållanden för de anställda ett betydande egenvärde.

En god arbetsmiljö kan både bidra till att begränsa skadefrekvens, sjukfrånvaro och förtidspensioneringar, orsakade av arbetet, och befrämja arbetsmotivationen, trivseln och det psykiska klimatet på arbetsplatsen. Omfattningen av skador och frånvaro liksom arbetsförhållandena i stort påverkar produktiviteten och effektiviteten inom ett företag. Det finns alltså ett starkt samband mellan god arbetsmiljö och god lönsamhet. Det finns en tilltagande insikt om detta och om värdet av att på olika sätt förebygga brister i arbetsmiljö och arbetsförhållanden. Erfarenheten visar

att det är betydligt mera lönsamt att beakta arbetsmiljöaspekterna redan när arbetsplatser planeras och inrättas än att göra detta i efterhand.

Sverige måste öka produktiviteten för att kunna konkurrera på den internationella marknaden. Konkurrensförmågan och levnadsstandarden är starkt beroende av vår förmåga att exportera avancerad teknologi, system och tjänster. Det ställer mycket stora krav på arbetsplatserna. Företag med stimulerande, omväxlande arbeten och så långt möjligt befriade från skadlig miljö kommer att ha de största möjligheterna att lyckas och att locka och behålla sina anställda.

God arbetsmiljö är alltså företagsekonomiskt en konkurrensfaktor av betydelse. Dålig miljö som leder till hög sjukfrånvaro driver upp produktionskostnaderna. Hög frånvaro förorsakar antingen högre priser, sämre kvalitet eller krympta vinstmarginaler. Högre priser liksom sänkt kvalitet leder till att kunderna uteblir. Minskar marginalerna finns risk för att finansierarna börjar söka bättre investeringar.

För att företagen skall uppleva satsningar på arbetsmiljö och rehabilitering som meningsfulla och relevanta, och för att de skall prioritera dessa frågor inom ramen för sitt beslutsfattande och handlande, krävs det vanligen att de positiva effekter för företagets resultat, som sådana satsningar kan medföra, kommer att ge synbara och påtagliga effekter. Det är också viktigt att ett samband kan iakttas mellan de vidtagna åtgärderna och effekterna på verksamhetens resultat. Det krävs också ett synliggörande av de "dolda" kostnader för personalen, som blir följderna av en dålig arbetsmiljö och bristfälliga rehabiliteringsinsatser. Utvecklingen av metoder och hjälpmedel för sk personal-ekonomisk redovisning, som lyfter fram dessa osynliga kostnader kan härvid vara ett viktigt hjälpmedel, liksom enkla lathundar av typen "Se om Din arbetsmiljö".

Rent generellt torde man kunna anta att företagsledningens engagemang ökar ju mer kunskap den har om det aktuella problemområdet och ju större handlingsfrihet och ju fler alternativ som man har att välja mellan. Engagemanget avtar däremot om företagsledaren känner sig låst till ett redan givet och formulerat alternativ. Viktigt för henne är också de avsedda tjänsternas situationsanpassning, just till företagets egen verksamhet och till den aktuella situation som det för tillfället befinner sig i. Det egna intressets styrka och genomslagskraft kan sålunda antas vara positivt korrelerat till den överblick ledningen har av beslutssituationen, det antal alternativ man har att välja mellan och de möjligheter som finns till att göra ett eget val mellan dessa tjänster och till att påverka deras innehåll.

Rent generellt kan man anta att ju större företagets eget intresse är, och ju mer utvecklad ledningens mottagarkapacitet i frågor som gäller arbetsmiljö och rehabilitering är, desto större är kraven på en sådan valfrihet och desto mer gynnsamma är möjligheterna att de använda resurserna medverkar till en positiv utveckling.

Man kan också anta att ju bättre överensstämmelse det är mellan det lag- och regelverk som styr företagens insatser för arbetsmiljö och rehabilitering och företagsledarens egna bedömningar och tänkta åtgärder, desto större positiv effekt får detta lagstöd. En motiverande men också lyhörd dialog på olika nivåer är väsentlig.

I många företag är priset i sig ej avgörande för om en viss tjänst efterfrågas utan snarare är det vilken nytta man väntar sig kunna få av den, sålunda dess kvalitet och situationsanpassning, som blir avgörande för beslutet om tjänsteutnyttjande. Det kan antas att ju fler alternativ företaget har att välja mellan och sålunda ju större dess valfrihet är, desto större är förutsättningarna för att överväganden om kvalitet och nytta kommer att väga tyngre än den "rena" priset effekten.

Arbetsgivaren och arbetstagen har som framgått av det föregående i många stycken gemensamma intressen när det gäller arbetsmiljöarbetet. Arbetsgivarens intresse av att pressa kostnaderna behöver inte stå i motsatsställning till individens behov av skydd mot risker och ohälsa.

För arbetstagen är det särskilt viktigt att arbetsmiljöarbetet omfattar arbetsmiljön i dess vidaste mening, både dess fysiska och psykosociala aspekter. I detta senare avseende aktualiseras viktiga frågor både kring arbetets innehåll och organisation och individens inflytande och utvecklingsmöjligheter. Likaväl som att det ställs krav på att den enskilde anpassar sig till arbetslivets krav, kan denne på motsvarande sätt kräva att arbetet är anpassat till hans/hennes egna förutsättningar.

I princip bär varje människa själv ansvaret för sin hälsa. Hon har emellertid inte kontroll över alla förhållanden som påverkar hälsotillståndet. Möjligheterna att påverka förhållanden av betydelse för hälsan ligger i stor utsträckning hos andra. Det gäller inte minst i fråga om arbetsmiljöns utformning, arbetsorganisation och anställningsvillkor. På arbetsplatserna kan det också uppstå många situationer, som är svåra för en arbetstaga att själv hantera, t. ex. samarbetssvårigheter, mobbing och otrygghet i anställningen. Därtill kommer att en av olika orsaker pressad situation på arbetsplatsen också kan påverka den anställdes liv i övrigt när det gäller fritidens användning, sociala relationer m m. Missbruksproblem och relationsstörningar har ofta visat sig hänga samman med problem på arbetsplatsen. Sambandet mellan arbete och hälsa bör således noga uppmärksammas. Det är viktigt att arbetsmiljöarbetet också innefattar möjligheter till och former för individuellt stöd och rådgivning för arbetstagen.

Den psykosociala miljön på arbetsplatserna har tidigare ägnats jämförelsevis liten uppmärksamhet. Numera kommer dessa frågor alltmer i fokus. Det finns en ökande insikt om att välbefinnande inte bara beror på sysselsättning, produktion och hög materiell standard utan också förutsätter människans välbefinnande på arbetsplatsen och i sitt sociala sammanhang. Det ligger i arbetsgivarens intresse att medverka till detta välbefinnande.

9.4.2 Satsning på rehabiliteringsverksamhet

I lagen ställs krav på arbetsgivarens insatser i rehabiliteringsarbetet. Han skall klarlägga behovet av yrkesmässig rehabilitering, svara för att åtgärder vidtas och, vid långvarig sjukdom, påbörja en rehabiliteringsutredning.

Rehabilitering är både ur personalpolitisk och ekonomisk synpunkt av intresse för arbetsgivarna. Det är god personalpolitik att kunna erbjuda anställda som är sjuka möjligheter och hjälp att komma tillbaka till arbetet.

Det är också fördelaktigt ur ekonomisk synpunkt. Sjukfrånvaro kan t. ex. leda till produktionsstörningar som kan försena leveranser, försämra produktkvaliteten och orsaka reklamationer och missade order. Sjukfrånvaro medför större belastning på den sjukskrivnes arbetskamrater, som får ökad arbetsbörda, vilket kan orsaka misshälligheter och försämrat arbetsresultat på arbetsstället. Måste en vikarie anställas medför detta kostnader för rekrytering, introduktion, upplärning och handledning.

För den enskilde anställde är arbetet i de flesta fall en viktig del av identiteten och självkänslan och gemenskapen i arbetsgruppen fyller en viktig social funktion. Under en sjukskrivning utan kontakt med arbetsplatsen och arbetskamraterna minskar självkänslan och ersätts med rädsla för att inte klara av och orka med arbetsuppgifterna vid återgången i arbete. Undersökningar visar, att arbetsmotivationen efter tre månaders sjukskrivning kraftigt minskar.

Både för arbetsgivaren och den anställde är det viktigt att rehabiliteringsinsatser sätts in tidigt. Har sjukskrivningen varat länge, kanske år, har arbetsgivaren anställt en vikarie och är inte särskilt angelägen om att få tillbaka den sjukskrivne. Rehabilitering av en långtidssjukskriven kan också ur kostnadssynpunkt jämföras med att anställa en ny person. Den sjukskrivne själv har oftast helt tappat kontakten med arbetet och arbetskamraterna, har inte längre kvar sin identitet som förvärvsarbetande och är inte motiverad för att försöka återgå i arbete.

9.4.3 "Moroten bättre än piskan"

Det förebyggande arbetsmiljöarbetet och den yrkesinriktade rehabiliteringen — de två områden som behandlats här ovan — är verksamheter med sina egna förutsättningar. Ett samband finns dock mellan områdena som visar sig genom att insatser inom ett område påverkar det andra. Samtidigt förväntas det förebyggande arbetsmiljöarbetet leda till minskat behov av sjukskrivningar, arbetsskador och rehabiliteringsåtgärder.

För att åstadkomma erforderliga insatser för arbetsmiljö och rehabilitering kan t. ex. hot om straffsanktioner vara motiverade. De positiva incitamenten har dock troligen den största effekten. Uppmärksamheten måste riktas mot arbetsgivarens eget intresse av en god arbetsmiljö. I mångt och mycket är möjligheterna här beroende av det ledarskap som finns inom enheten och av de samarbets- och övriga relationsmönster som utvecklas inom gruppen i fråga.

Arbetstagarnas eget engagemang har stor betydelse. De bör uppmuntras att utnyttja rätten att påverka sin egen arbetsmiljö, delta i samverkansprojekt och utveckla kontakten med de stödresurser som finns till företagens förfogande. I första hand bör arbetstagaren vända sig till sin arbetsledare för att påtala förhållanden i den egna arbetsmiljön.

Det är viktigt att det i företagen finns egna resurser med hög kompetens att planera och bedriva arbetet med frågor kring arbetsmiljöarbete och rehabilitering. Det ställs också höga krav på ledningens förmåga att anpassa arbetet till de anställdas behov och förutsättningar. Samtidigt är kompetensen hos företagen som beställare av tjänster av stor betydelse för att insatserna skall få den rätta inriktningen och leda till avsedda förbättringar. De kunskaper och insikter på området som behövs kan kallas beställarkompetens.

För att en sådan beställarkompetens skall kunna utvecklas krävs bl a att drivkrafter för förbättringar är inbyggda i den ordinarie verksamheten. Arbetsmiljöpolicyn skall förmedlas, bearbetas och omvandlas till resultat. Det kräver att personal som har mandat att gripa in i verksamhetens organisation eller fysiska miljö också måste ha kompetens att efterfråga och rätt att utnyttja de insatser som görs. En god beställarkompetens bygger också på att arbetstagarna har ett inflytande när det gäller att identifiera behov och formulera krav på sådana insatser.

För att den efterfrågan på insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering, som genereras i ett efterfrågestyrt system, skall kunna få den önskade inriktningen fordras således att arbetsgivare och arbetstagare har tillräcklig kunskap om faktorer i arbetsmiljön som kan vålla skada. Det är också viktigt att de har förmåga att uppfatta tecken på att det kan vara problem i den fysiska arbetsmiljön eller att det kan finnas grupp- eller organisationsorienterade svårigheter av psykosocialt slag i företaget. Det gäller också att ta vara på de varningssignaler som kommer från statistik och bokföring, tex via den personalekonomiska redovisningen. Ökad frånvaro och personalomsättning på en enhet, liksom ett lågt arbetstempo, kan vara tecken på att vantrivsel och ohälsa, vilket bör utredas och åtgärdas.

Arbetsgivare och arbetstagare behöver också kunskap om vilken typ av hjälp man kan behöva och, inte minst, kunskap om att många problem kan avhjälpas eller minskas.

Kunskaptjänster kan behöva köpas in men är svåra att "inhandla". För att kunna köpa en expertkompetens behövs både kunskaper om problemet och kunskaper om vilken kompetens säljaren har. Företagaren måste alltså känna till vad en extern producent av tjänster inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdena kan erbjuda. Gör hon inte det kan det finnas anledning att ta hjälp av någon sakkunnig på området. En modell som beskriver en stegvis utveckling mot "behovsinsikt" är en trappa som består av stegen omedvetenhet, inser hot eller möjlighet, upplever brist, diagnos av problemet, idé till problemlösning, behovsinsikt och spontan efterfrågan. En arbetsgivare med god relation till en extern producent tar kontakt i steget "upplever brist" för att diskutera igenom de följande stegen fram till efterfrågan. På det sättet kunde klarläggas vilka tjänster från den externa producenten företaget har behov av eller om problemen går att lösa utan inblandning av producenten.

I samhället finns olika organ för styrning, tillsyn och utveckling i riktning mot de uppsatta målen. Dessa organ utgörs primärt av statsmakterna och organisationer inom förvaltningen men omfattar i vidare mening också parterna på arbetsmarknaden.

En huvuduppgift för styrningen av insatserna är att skapa förutsättningar för ett bättre resursutnyttjande, att få till stånd en högre effektivitet i verksamheten. Det gäller härvid att söka få det bästa möjliga utbytet av de resurser som sätts in.

9.5.1 Från budgetstyrning till marknadsstyrning

De svårigheter som berörts i kapitel 7 och som är förknippade med de traditionella styrformerna har lett till att man inom den offentliga förvaltningen successivt tenderar att övergå från en budgetorienterad styrning, där medlen i förväg tilldelas olika enheter, till en resultatorienterad styrning, där ersättning ges i förhållande till utförda prestationer. Härigenom vill man underlätta effektivitetsbedömningen, skapa större flexibilitet och ge utrymme för valfrihet och konkurrens.

En sådan styrmodell, som brukar benämnas *beställare/utföraremodellen*, är nu under införande bl a inom olika delar av den primärkommunala verksamheten, t. ex. inom barnomsorgen, samt i många områden inom hälso- och sjukvården. På den statliga sidan har en liknande styrmodell använts vid uppbyggnaden av den nya AMU-organisationen. Den styrform för områdena arbetsmiljö och rehabilitering, som i detta betänkande aktualiseras som en följd av statsbidragens avskaffande, kan i vissa avseenden ses som ett försök att tillämpa ett sådant marknadsorienterat synsätt på företagshälsovårdens förändrade situation.

Ett system av här aktuellt slag förutsätter att man gör en tydlig boskillnad mellan de enheter som representerar "efterfrågan" på tjänster — *beställarna* — och dem som skall svara för själva tjänsteproduktionen — *utförarna*. För dessa senare är det på sikt ett överlevnadskrav att de får sina kostnader täckta genom den ersättning som de får för sina tjänster.

Tillämpningen av ett sådant efterfrågestyrt system aktualiserar olika problem på beställarsidan. Hur skall, för insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering, efterfrågan på tjänster inom detta område från företagets sida kunna bli tillräckligt stor? Vilka är förutsättningarna för att denna efterfrågan skall kunna ges en inriktning, som får positiva och tillräckliga effekter för arbetslivet i enlighet med de angivna samhällsambitionerna? Det efterfrågestyrda systemet väcker också frågor på utföraresidan. Hur skall tex de olika tjänstegivarna kunna få och vidmakthålla en tillräcklig kompetens och variationsrikedom i utbudet samt ges möjlighet till kontinuitet och uthållighet i sin verksamhet?

Det blir också viktigt att kunna hantera de övergångsproblem, som är förknippade med en sådan grundläggande förändring av styrformerna. Detta ställer bl. a. krav på uppbyggnad av en tillräcklig mottagarkapacitet hos beställarna — företagen — och på skapandet av en solid finansiell och

kompetensmässig grund för utvecklingsarbete hos de tjänstegivande organisationerna.

Tillämpningen av en efterfrågestyrning kan skapa problem inte minst på utföraresidan. Genom den tidigare påtalade snedvridning i efterfrågan som kan komma att ske, t.ex. i riktning mot kortsiktiga och konkreta förändringsinsatser, varigenom de mer långsiktiga behoven eftersätts, kan de utförande organens djupare och mer allsidiga kompetens komma att urholkas. Man möter här det klassiska problemet hos sådana ”gränsorganisationer”, som har att orientera sig mellan flera olika, stundom motstridiga mål – i det aktuella fallet för de stödjande organens del mellan kraven på kostnadstäckning och på vidmakthållandet av en bred och långsiktigt inriktad kompetens i tjänsteutbudet.

Sammanfattningsvis kan hävdas att en väl fungerande tillämpning inom ett givet samhällsområde av en sådan styrform som ovan beskrivits bl. a. ställer krav på att:

- de relationer och styrimpulser mellan olika aktörer som bildas och tillämpas måste rymmas inom gällande lagar och internationella överenskommelser,
- statsmakterna genom systemet förmår uttrycka, styra och följa upp en klar och för berörda aktörer tydlig målinriktning, när det gäller de avsedda effekterna av de åtgärder som vidtas,
- styrsignalerna ger klara och operativa mål för företagen i deras agerande och att man har system och metoder för att uppskatta i vad mån dessa mål har nåtts,
- möjligheter skapas för att till företagen kunna tillhandahålla de stödjande resurser och att också ge dem utrymme för den kompetensvidgning, som är en förutsättning för att de avsedda effekterna skall kunna nås,
- kommunikationskanaler, kontaktvägar och kontrollmekanismer som erfordras för styrningen är enkla och lätta att utnyttja och att de styrimpulser som förmedlas längs olika kanaler är konsistenta och kompletterar varandra samt att
- systemet på ett tillfredsställande sätt är kopplat till andra samhällssystem, för arbetsmiljö och rehabiliteringsområdet t. ex. hälso- och sjukvården, så att dessa system ömsesidigt kan stödja varandra.

9.5.2 Medel för styrningen

Förändringsarbetet vad avser styrningen av insatser inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering syftar till att möjliggöra de förändringar i arbetsmiljön som anses erforderliga och möjliggöra en spridning av sådana insatser till en vidare krets av företag. Det skall ske genom en kombination av tvingande lagar och andra regler och en ökad insikt och kunskap hos företagen om deras egenintresse av en god arbetsmiljö. Betoningen av dels det offentliga krav, dels företagets eget intresse för med sig att en blandning av ”hårda” styrimpulser – regler, sanktioner, incitament etc – och ”mjuka” sådana – utbildning, rådgivning, service etc – behöver användas.

Arbetsgivarnas förutsättningar att kunna erbjuda en god arbetsmiljö kan påverkas dels genom tillgången till externa stödresurser, som utvecklar företagens egen kompetens, dels genom att initiera och stimulera den kunskaps- och systemutveckling som i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering sker inom företagen, tex i form av en utbyggd internkontroll och genom tillämpningen av personalekonomiska redovisningsmetoder.

9.6 Särskilt om småföretag

Som framgått anger lagstiftningen generella krav på arbetsgivaren i fråga om arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet. Förutsättningarna för att uppfylla dessa är dock olika.

I stora företag behövs administrativa rutiner för att styra och kontrollera all verksamhet i organisationen. På arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet behövs ett hänsynstagande till att kunskaperna ofta är fördelade på många enheter och personer inom företaget.

De största företagen har ofta en inbyggd organisation för arbetsmiljöarbete och rehabilitering. I mindre företag måste externa resurser och konsulter i större utsträckning anlitas för uppgifterna inom området. De stora företagen har därför i allmänhet lättare än de mindre att på egen hand klara av arbetsmiljö- och rehabiliteringsproblemen.

9.6.1 Småföretagen, en heterogen företagsgrupp

De små företagen – både de riktigt små och de något större – har traditionellt spelat och spelar fortfarande – särskilt inom industrin – en mycket viktig roll för vårt näringslivs uppbyggnad och utveckling. Den stora majoriteten av företag i Sveriges näringsliv är små. De minsta företagen med upp till 20 anställda utgjorde vid årsskiftet 1990/91 drygt 96 procent av företagssektorn. Gruppen av företag med mindre än 50 anställda utgjorde närmare 99 procent av samtliga företag. De riktigt små företagen återfinns i stor utsträckning inom tjänste- och serviceområdet.

Gruppen av små och mindre företag är ständigt utsatt för förändringar. En del av dessa företag försvinner ganska snabbt från marknaden. Andra går upp i större företagssammanslutningar, och ytterligare andra växer själva till stora företag. Småföretagen spelar många olika roller inom det totala näringslivsmönstret – bl. a. som innovatörer, servicegivare och underleverantörer. Både i fråga om teknologi, roller och storleksförhållanden skiljer de sig starkt åt. De är sinsemellan mycket olikartade, vilket gör att man för att lösa deras problem bör undvika standardiserade planer och metoder och i stället söka finna lösningar som är individualiserade och situationsanpassade – och gärna okonventionella – för det enskilda företaget.

De små företagen skiljer sig i många viktiga avseenden från de stora företagen. Detta gäller inte minst inom arbetsmiljöområdet, både när det gäller egenskaperna hos den arbetsmiljö som man arbetar i och med avseende på de olika slag av åtgärder i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering som det är lämpligt och möjligt att vidta. Det är därför väsentligt att

man vid diskussionen av insatser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet ägnar dessa företag särskild uppmärksamhet.

En särskild behandling av dessa företag motiveras också av att det är denna kategori av företag som visar den lägsta anknytningen till företagshälsovården och det lägsta utnyttjandet av dess tjänster. Drygt 80 procent av företag med mindre än 20 anställda saknar tillgång till företagshälsovård.

Det finns många faktorer som förklarar de små företagens ringa utnyttjande av företagshälsovården. Otillräcklig information till företagaren om arbetsmiljöns betydelse och de faktorer som kan påverka en god arbetsmiljö, de bristande resurserna, det låga fackliga engagemanget och, inte minst, den tidspress företagaren arbetar under försvårar en systematisk planering för insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering. Härtill kommer erfarenheterna av de problem som företagarna i många fall upplever sig ha i samarbetet med företagshälsovården.

På grund av den speciella teknologi som man har inom dessa företag, blir också arbetsmiljöproblemen ofta annorlunda än de man finner i de stora företagen. Många problem i dessa företag hänger samman med lokalernas och den maskinella utrustningens egenskaper. Det fysiska arbetsmiljöklimatet – luft, ventilation etc – är av stor betydelse. De insatser som företagen själva efterfrågar är i hög grad direkta sjukvårdsinsatser och insatser för rehabilitering, åtgärder för förhindrande av belastningsskador samt hanteringen av psykosociala problem.

En annan viktig förklaring till det ringa utnyttjandet av företagshälsovården för småföretagens del är dock deras litenhet i sig. Varken företagshälsovårdens resurser för förebyggande insatser eller yrkesinspektionens tillgängliga kapacitet för tillsynsuppgifter räcker till för att möjliggöra mer omfattande service till eller ofta återkommande besök i dessa företag.

Det är viktigt att uppmärksamma att även inom gruppen av små företag med upp till 50 anställda varierar förutsättningarna för insatser inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdet starkt. Problemen är i hög grad branschanknutna. Det är också viktigt att man beaktar de skillnader som finns i fråga om de existerande arbetsmiljöproblemen och i fråga om behovet av och förutsättningarna för insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering, mellan de riktigt små företagen med högst några få anställda och de något större. Dessa senare företag med cirka 10–50 anställda, vanligen kallade "mindreföretag", kännetecknas av att de – i jämförelse med de riktigt små företagen – vanligen har en tydlig organisation med viss genomförd arbetsfördelning samt att formaliserade metoder för planering, kalkylering och redovisning regelbundet används. Såväl behoven av insatser för arbetsmiljö och rehabilitering som de faktiska möjligheterna att utnyttja externa specialistresurser skiljer sig starkt åt mellan dessa huvudkategorier av företag.

9.7 Det typiska mindreföretaget

De små företagen har inte samma förutsättningar och bör inte använda samma strategier och metoder som de stora företagen: "De små är inte

som de stora, fast mindre". Det gäller därför att beakta småföretagandets speciella särart och möjligheter. Likaväl som det finns speciella småföretagsproblem, t. ex. när det gäller tillgång till kompetens, stödresurser, planeringssystem, finansiell styrka och marknadskontakter, finns det i många företag utpräglade "smådriftsfördelar", som är att hänföra till mindre byråkrati, större förutsättningar för ett kreativt och obundet agerande, större flexibilitet och kundanpassning och — vanligen — en bättre anda och gemenskap mellan ledning och anställda. Den följande diskussionen koncentreras främst på de något större företagsenheterna inom småföretagskategorin — mindreföretagen, men resonemanget är också i många fall tillämpligt på de riktigt små företagen.

Man kan peka på några gemensamma drag hos det typiska mindreföretaget, som är av särskild relevans när det gäller bedömningar av insatser för arbetsmiljö och rehabilitering. Dessa karakteristika återges kortfattat nedan. Det skall dock också sägas att denna traditionella bild av småföretagandet får allt större konkurrens av bilden av "det nya småföretaget", som i fråga om kompetens, teknologi, inte minst genom utnyttjande av ADB i administration och produktion, planeringsmetoder samt lednings- och ägareförhållanden m. m. visar betydande likheter med det stora företaget.

Det typiska mindreföretaget kännetecknas oftast av följande.

- Företaget både ägs och leds av företagaren (och dennes familj) — familjeföretaget.
- Företaget är tillräckligt stort för att möjlig- och nödvändiggöra användningen av formaliserade metoder för redovisning, kalkylering, arbetsledning etc men är tillräckligt litet för att företagaren själv direkt skall kunna leda arbetet och fungera inom företagets samtliga olika delfunktioner. Detta gör att verksamhetens olika delar blir starkt integrerade med varandra — företaget leds utifrån ett helhetsperspektiv. Tillväxtproblem uppstår, när man måste införa fler nivåer, formaliserade styr- och kontrollsystem etc. Företagarna är därför i många fall tveksamma till att låta utvidga sin verksamhet. De vill inte "tappa kontrollen" över verksamheten.
- En del av de mindre företagen fungerar som självständiga innovationsföretag men många — och allt fler — spelar rollen av underleverantörer till storföretagen.
- Företaget fungerar med ett minimum av administrativa resurser vid sidan av företagaren (och dennes familj). Man saknar oftast specialisteresurser för ekonomi, teknik m. m. Företagaren själv har vanligen en låg formell utbildning och har endast i begränsad omfattning vidareutbildat sig inom det företagsekonomiska området. Detsamma gäller i än högre grad kompetensutveckling inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Någon uppdelning på olika specialistfunktioner inom företaget finns vanligen inte, och man förfogar inte över några särskilda centrala planerings- och stabsfunktioner. Men omvänt gäller att företagarens nära kontakt med det dagliga arbetet och den fortlöpande kommunikationen mellan henne och de anställda ger företagaren en viktig "vardagskunskap", som bl. a. kan användas för åtgärder i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering.

- Den personliga kontakten mellan företagaren och de anställda är vanligen god, även om det fackliga samarbetet ofta är dåligt utbyggt och särskilda former för gemensamt beslutsfattande saknas. Det är företagaren som dominerar företaget och dess utveckling.
- Personalen är en viktig resurs för företagaren – verksamheten är mycket sårbar för frånvaro, hög personalomsättning och felaktig rekrytering. Detta gör att företagaren känner ett stort ansvar för sin personal, vilket också – i den ”familjekänsla” som kan utvecklas i ett sådant företag – i många fall utgör ett egenvärde.
- Företaget tvingas – och finner vanligen med rätta att det är lämpligt – att utnyttja enkla metoder för planering och kontroll. Man strävar efter att reducera pappersarbetet och undvika formaliserade planerings- och uppföljningsmetoder.
- Företaget arbetar ofta med en kort planeringshorisont, där kraven på kortsiktig överlevnad står i fokus. Likviditets- och finansieringsproblemen spelar en framträdande roll. Även om företagaren söker se framåt och anpassa verksamheten till utvecklingen på lång sikt, gör bl. a. tidspressen och de bristande resurserna att den mer långsiktiga planeringen ofta blir lidande.
- Den ständiga tidspress som företagaren arbetar under, liksom ryckigheten i hennes arbetsuppgifter, bidrar också till att omvärldskontakterna blir starkt begränsade. Företagaren hinner ej vara med på konferenser, längre utbildningar m m. Tillgång på kontakter och stöd på det lokala planet blir viktig.
- Företagsmiljön på orten – relationerna till samhället i dess helhet och till företagskollegor – spelar en stor roll för företagarens motivation, omvärldsorientering och kompetensutveckling. De nätverk som byggs upp genom fortlöpande kontakter och genom möten i olika slags lokala grupperingar, typ företagareföreningar och Rotary, är viktiga arenor för denna kunskapsspridning.
- Företagaren anser sig vanligen inte ha råd att utnyttja konsultinsatser och man känner ofta en olust vid mötet med vad man upplever som ”främmande kulturer”. För företagaren är det viktigt att ha ett fåtal personer och organ att vända sig till och som kan fungera som ”kontaktgrossister”, när det gäller att förmedla och slussa kontakterna vidare. Som exempel på sådana ”företagens vänner” kan nämnas revisorn, banken och styrelseordföranden. I många fall är det den regionala utvecklingsfonden, som man har denna närkontakt med. Den befattningshavare man där har kontakt med har möjlighet att översiktligt studera och diagnostisera företaget och dess problem och kan också erbjuda experthjälp och slussa problemen vidare.

Sammanfattningsvis kan man säga, att en viktig förutsättning för ett väl fungerande mindreföretag är att företaget ges möjlighet att på ett enkelt, tidsbesparande och billigt sätt kompensera de brister som företaget har inom olika specialistfunktioner. De krav på internkontroll som åläggs det mindre företaget måste beakta svårigheterna med komplicerade och formaliserade processer. Det är också viktigt att finna vägar att vidga företagarens och dennes personals kunskaper och färdigheter vad gäller behovet

av och förutsättningarna för insatser i arbetsmiljö och rehabilitering. Insatserna måste inriktas på att förstärka företagarens — och naturligtvis också de anställdas — mottagarkapacitet.

9.8 Vägar och former för insatser för arbetsmiljö och rehabilitering i småföretagen

Olika studier har visat att sjukfrånvaron vanligen är lägre i de mindre företagen än i de stora. Den psykosociala miljön är ofta god, medan det i den fysiska miljön ofta finns brister, inte minst vad gäller lokaler och teknisk utrustning. Yrkesinspektionen har i sin tillsynsfunktion givetvis här en viktig uppgift att fylla, men av praktiska skäl blir dess insatser i de mindre företagen ofta starkt begränsad. För att skapa en god arbetsmiljö och effektiva rehabiliteringsinsatser i dessa företag blir det därför särskilt viktigt att påverka företagen så att de i eget intresse skapar goda arbetsbetingelser.

I synnerhet i de mindre företagen är det viktigt att man anlägger ett helhetsperspektiv på arbetsmiljöfrågorna, där tekniska, sociala och medicinska aspekter behandlas integrerat. En god behandling av rehabiliteringsproblemen spelar en viktig roll för företaget. Det mindre företaget har därför särskilda behov av en fortlöpande kontakt med något extern specialistresurs, som kan täcka in dessa olika aspekter på insats- och åtgärdsbehov och som också i förekommande fall i kan ge anvisning på och slussa problemen vidare till någon annan lämplig specialistresurs.

Det kan också vara viktigt för det lilla företaget att ha tillgång till extern hjälp, när det gäller planeringen inom ramen för internkontrollen av vilka problem i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering som man har och vilka insatser som måste göras. Inte minst torde det vara viktigt att företagaren får vägledning och utbildning för användning av personalekonomiska kalkyler och redovisningsmetoder, som på ett påtagligt sätt illustrerar de kostnader som är förknippade med en dålig arbetsmiljö och de vinster som kan göras genom relevanta insatser inom dessa områden.

En sådan valfrihet behöver inte, och kommer troligen i de flesta fallen inte heller att innebära, att de enskilda företagen väljer att fritt "shoppa" mellan många olika tjänstegivare med täta byten som följd. I stället visar erfarenheten att företagen värdesätter och strävar efter att bygga upp fasta och långvariga relationer till ett fåtal partners i detta tjänsteutbyte. Ändå är valfriheten i sig, och möjligheten att kunna utnyttja just den specialistresurs som man i sin speciella situation har behov av, av stor betydelse. Ett sådant friare val av möjliga tjänstegivare inom området för arbetsmiljö och rehabilitering underlättar att man för skilda slag av behov vänder sig till olika tjänstegivare. När det gäller rehabiliteringen är den fortlöpande kontakten med en läkare, som väl känner till företagets situation och de som är anställda där, av stor betydelse. Möjligheter till sådant samarbete med primärvårdens resurser, inom ramen för det beställare/utföraresystem, som nu införs i många landsting, torde i många fall vara en lämplig väg att beträda.

Det är viktigt att man för de olika slagen av företag sätter upp adekvata

och realistiska mål för de insatser som kan komma att krävas inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena, och vilket utnyttjande av externa resurser som därvid kan komma att te sig möjligt och befogat. För de riktigt små företagen är möjligheterna till ett sådant externt utnyttjande av stödresurser starkt begränsade, liksom tillsynen i hög grad måste baseras på dessa företags egenkontroll.

En analys av hur arbetet med arbetsmiljö och rehabiliteringsfrågorna skall utformas i dessa företag kräver att man bl. a. tar ställning till följande frågor

- a) vilka olika slags insatser behövs?
- b) vilka resurser skall finnas tillgängliga?
- c) vilka kanaler och samarbetsmönster skall väljas vid utnyttjandet av externa resurser?
- d) på vad sätt skall dessa insatser finansieras — av företagen själva eller på annat sätt?

De olika slag av insatser som kan göras kan beskrivas utifrån en stegvis klassificering av de olika slag av "mobiliseringsåtgärder" som krävs för att skapa ett aktivt arbete med arbetsmiljö och rehabiliteringsfrågor i företagen, en "handlingstrappa".

Grundläggande är att företagarnas intresse och motivation för denna viktiga men ofta negligerade aspekt på företagets verksamhet väcks, och att de får insikt om arbetsmiljö, och rehabiliteringsfrågornas betydelse såväl utifrån ett lagstiftningsperspektiv som med beaktande av företagets egenintresse. För detta ändamål kan olika slag av publikationer och lokalt anordnade konferenser och andra mötesformer spela en viktig roll. En sådan spridningsform är vanligen lämplig även för de riktigt små företagen.

Möjligheterna till kompetensutveckling, t. ex. i form av — kortare — utbildning och gemensamma företagsträffar på lokal nivå, leder företagen vidare på arbetet inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Ej minst viktigt är det härvid att söka utnyttja de gemensamma erfarenheter som företagarna på orten har, för att den enskilde företagaren på så sätt skall kunna dra nytta av tips och möjligheter till samarbete, t. ex. vad avser utnyttjandet av en gemensam extern specialistresurs.

En sådan kompetensutveckling kan i många fall med fördel ske med hjälp av framtagande av någon enkel handbok eller "manual" i form av checklistor, typ "Se om Din arbetsmiljö" (jämför "Se om Ditt företag"), som kombineras med kortare direkta utbildningsinsatser.

Ett viktigt inslag i det externa resurstödet utgör möjligheterna till rådfrågning och hänvisning till specifika specialistresurser, t. ex. i form av en telefonjour eller regelbundet återkommande samlingar med en krets företagare för aktuell information och tillfälle till frågor. Även detta är en tjänst som torde te sig realistisk för de flesta riktigt små företag.

För mer kraftfulla insatser inom arbets- och rehabiliteringsområdena kan det, sedan grunden för företagarens engagemang, insikt och problemförståelse lagts, finnas behov av tillgång till kompetenta specialistresurser för konsult- och utvecklingsinsatser, som direkt engageras i det enskilda företagets problem. Utnyttjandet av sådana tjänster kan naturligtvis i vissa fall te sig rationellt även för det riktigt lilla företaget. Erbjudandet av

sådana tjänster kan, såsom sker i vissa delar av landet, tillhandahållas inom ramen för ett "småföretagspaket", baserat på ett avtal mellan företaget och den enskilde tjänstegivaren.

En viktig förutsättning för att en sådan tjänstemarknad skall fungera på ett tillfredsställande sätt är att den enskilde företagaren har kunskap om vilka olika alternativa tjänstegivare som finns och att hon har möjlighet att värdera deras kvalitet och bedöma deras speciella kompetensinriktning. Vi möter här behovet av en "kontaktgrossist" för dessa små företag, som kan ge hjälp med kontakterna med och valet av en sådan med tanke på företagets speciella situation och lämplig tjänstegivare.

Ett i många fall rationellt sätt för de mindre företagen att få sina behov av externa specialistresurser inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdena tillgodosedda är att dessa mindre enheter i ökad omfattning utnyttjar de resurser av detta slag som finns tillgängliga i närbelägna storföretag. Användningen av en sådan "satellitorganisation" för att lösa de små företagets behov av insatser för arbetsmiljö och rehabilitering ter sig särskilt ändamålsenlig i de fall där det mindre företaget har en fast och varaktig kontakt med det stora företaget, t. ex. i form av en underleverantörsrelation.

Inom landet pågår på många håll ett livligt och differentierat utvecklingsarbete, i form av experiment och försöksverksamhet, när det gäller att skapa bättre förutsättningar för småföretagen att utnyttja externa resurser för arbetsmiljö och rehabilitering. Så kan t ex i detta sammanhang nämnas de insatser som görs i Örebro län att, delvis med stöd från Arbetsmiljöfonden, på olika vägar såsom en "akutservice" för småföretagen och samarbete med Yrkesmedicinska kliniken i Örebro kommun erbjuda småföretagen för deras specifika behov särskilt anpassade tjänster.

Till frågan om hur ett särskilt stöd till småföretagen, mot här angiven bakgrund, bäst kan utformas återkommer utredningen i kapitel 13.

10. Krav på de resurser som används för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet. Organisation

10.1 Allmänna utgångspunkter och mål. Behov av ett förändrat synsätt på resurserna.

Målet för arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten i sin helhet har redovisats i kapitel 9. Här nedan följer en redogörelse för de utgångspunkter och mål som speciellt gäller resurserna för arbetet.

I utredningen Företagshälsovård för alla (SOU 1983: 32) redovisades utgångspunkter och riktlinjer för företagshälsovården, som resurs för företagen. Ett inriktningsmål formulerades i termer av andel till företagshälsovård anslutna arbetstagare. I den på grundval av utredningen framlagda propositionen (1984/85: 89) anslöt sig departementschefen till det av utredningen uppsatta målet. Detta innebar att alla anställda inom en 10-årsperiod skulle omfattas av företagshälsovård. Utbyggnaden skulle emellertid ske bla med hänsyn till i vilken takt resurser kunde ställas till förfogande. I det i propositionen framlagda förslaget om nytt ersättnings-system gjordes beräkningen att andelen anslutna vid 90-talets början skulle uppgå till 75 procent.

Den senare s. k. översynsutredningen, Företagshälsovård i omvandling (Ds 1990: 42), kunde konstatera att över 80 procent av de anställda redan år 1988 fått tillgång till företagshälsovård. Den specifikt på andelen anslutna inriktade målsättningen för företagshälsovården fram till 90-talets början var således uppnådd.

Översynsutredningen angav som ytterligare ett inriktningsmål för företagshälsovård *bästa möjliga hälsa och välbefinnande för dem som arbetar*. Häri skulle innefattas hälsa och välbefinnande i *arbetsmiljön*. Företagshälsovårdstjänsterna skulle inte bara inriktas på individer utan framför allt på företaget och arbetsgruppen och i hög grad ägna sig åt arbetsorganisation, verktyg, ämnen och andra faktorer i arbetsmiljön. Detta övergripande mål stämmer väl överens med det i avtalet om statlig företagshälsovård (FHVA) 1991-11-21 angivna målet för företagshälsovården som är "att bidra till att åstadkomma bästa möjliga hälsa och välbefinnande för arbetstagarna och därmed bidra till goda produktionsförutsättningar".

Översynsutredningen angav också som "operationella delmål" för företagshälsovård

- att förhindra olycksfall
- att skapa hälsobefrämjande inslag i arbetsmiljön
- att envar får komma till sin rätt utifrån sina särskilda förutsättningar
- att arbetet bidrar till god livskvalitet för den enskilde samt
- att man får utvecklas som yrkesman och som individ.

Som ett aktuellt "delmål" för företagshälsovården angavs i utredningen förhinderande av uppkomsten av arbetsskador, bl. a. förslitningsskador, och att motverka utslagning från arbetslivet. I utredningen talades också om behovet av en helhetssyn i företagshälsovårdens arbete.

Slutligen har i gällande statsbidragsförordning (se avsnitt 6.3) som

villkor för bidrag angivits vissa krav. Till dessa hör att verksamheten skall ha en förebyggande inriktning och att företagshälsovården skall vara en rådgivande expertfunktion. I det senare kravet ligger att verksamheten skall vara opartisk i den meningen att de fakta och förslag som presenteras skall vara baserade på "vetenskap och beprövad erfarenhet".

De här redovisade målformuleringarna för företagshälsovården är goda exempel på hur krav som gäller resultatet av arbetsmiljöarbete och rehabilitering knutits till en viss organisatorisk företeelse. I det föregående har från olika utgångspunkter diskuterats hur dessa krav växt fram och kommit att knytas till begreppet företagshälsovård. Problem och spänningar förknippade med inbördes konflikter i företagshälsovårdens olika roller har påtalats.

Nu finns anledning att pröva frågan om behovet av ett förändrat synsätt. Först skall då konstateras, att vissa krav på det aktuella arbetets organisation finns i berörda lagar.

Bland dem som har skyddsansvar enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ansvaret. Ansvaret för arbetsmiljö och för rehabilitering innebär skyldighet att se till att viss verksamhet bedrivs för att göra det möjligt att uppnå de i lagstiftningen angivna målen. Arbetsgivaren har en skyldighet att systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att arbetsmiljön uppfyller kraven.

Detta innebär att arbetsgivaren fortlöpande måste bevaka arbetsmiljö och rehabiliteringsfrågorna inom företaget och ansvara för att verksamheten har tillgång till de resurser som krävs. Det förutsätter en planering med beaktande både av företagets egna resurser och de externa resurser som kan behövas. Arbetsgivaren har vidare att se till att det finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Detta gör det i princip obligatoriskt att i alla företag kunna identifiera ansvarstagan- det för arbetsmiljö och rehabilitering. Detta kan ofta och säkert med fördel ingå i personaladministrationen. I små företag ingår detta ansvar som en av många uppgifter som företagsledare/ägare själva får sköta. Även i större företag är företagsledningen ansvarig.

Den operativa verksamheten bör i princip bedrivas inom linjeorganisationen. Det är en förutsättning för en helhetssyn på problemen på arbets- stället och därigenom även för bästa möjliga effekt av åtgärderna.

Externa resurser kan stödja arbetsgivaren när det gäller ansvarstagandet för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet. Om den lösningen skall väljas, eller någon annan, är en fråga att avgöra i det enskilda fallet. Någon knytning till ett företagshälsovårdsbegrepp bör enligt utredningens mening inte finnas. Tvärtom, om det till det begreppet knyts uppgiften att agera partsneutralt, är närmast motsatsen det naturliga.

Bakom formuleringen om att en företagshälsovårdsenhet skall fungera *partsneutralt* torde ligga ett flertal, var för sig starka och välmotiverade krav.

Ett är att den enskilde arbetstagaren, direkt eller under medverkan av sina fackliga företrädare, skall få sina intressen i hithörande frågor uppmärksammade.

Ett annat är att den enskilde arbetstagaren har rätt att kräva att hans ofta

känsliga förhållanden blir behandlade med sekretess och även i övrigt med beaktande av hans integritet, samt att metoder som används i förekommande fall svarar mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ett ytterligare motiv är att en effektiv samverkan mellan parterna är en mycket viktig drivkraft för arbetsmiljöarbetets utveckling och för förtroendet för dess bedrivande. Härigenom kan man befästa arbetstagarnas inflytande och påtryckningsmöjligheter vid dåliga arbetsmiljöer och arbetsförhållanden som innebär risker för deras hälsa. Det är angeläget att söka efter metoder att effektivisera arbetstagarsidans deltagande i arbetsmiljöarbetet. Att ett sådant arbete torde ha stöd av facket bevisas av att arbetsmiljön enligt en under våren 1992 genomförd undersökning bland LO:s medlemmar anses vara en mycket viktig fråga för facket att arbeta för, tillsammans med frågorna om löner, anställningstrygghet och skydd mot inkomstförluster vid sjukdom och arbetslöshet.

Till företagshälsovården har som nämnts också knutits kravet på *helhetsyn*. Motivet härför är helt enkelt att det anses att resultatet av arbetet därmed blir bäst.

När det nu konstaterats att den uppsättning krav på företagshälsovårdens roll som formulerats svårligen låter sig förenas, finns det anledning att diskutera varje krav för sig och söka bättre alternativ.

- Utredningen tar upp sekretess och integritetsfrågorna (avsnitt 12.3).
- Utredningen föreslår en komplettering av arbetsmiljölagen i avsikt att säkerställa att erforderliga resurser avsätts för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering.
- Samverkan föreslås få ytterligare stöd (avsnitt 12.7 nedan, 6 kap 1 § AML). Detta motiveras utöver vad som redan anförts av de åtaganden Sverige gjort enligt ILO-konventionen (kapitel 19 nedan).
- Vad gäller helhetssynen i arbetet och andra frågor som sammanhänger med effektivitet och måluppfyllelse är det utredningens uppfattning att det inte finns anledning för statsmakterna att närmare reglera detta. Genom en breddad och effektiviserad tillsyn (avsnitt 12.2) en effektivare satsning på kompetensutveckling (avsnitt 12.5) bör statsmakterna förtydliga och följa upp kraven på arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete och förbättra förutsättningarna för deras uppfyllande.

Utredningen föreslår i kapitel 14 att parterna på arbetsmarknaden genom avtal på olika nivåer stödjer och stimulerar utvecklingen mot ett effektivt arbete med att förbättra arbetsmiljön och rehabiliteringen. De bör därvid också uppmärksamma behovet av stöd för utvecklingen av en effektiv och flexibel resursstruktur.

I följande avsnitt diskuteras kraven på resurser för arbetsmiljöarbete och rehabilitering med utgångspunkt i det synsätt som här redovisats.

10.2 Företagens linjeressurser

I första hand skall arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering bedrivas av företagen själva och med iakttagande av de förhandlings- och samrådsregler som är föreskrivna genom lagar och avtal.

De resurser som här avses är alla resurser för arbetsmiljö och rehabilite-

ring (personella och ekonomiska resurser) i företagsledningen, linjeorganisationen och i stabsfunktioner. De särskilda expertfunktioner som också behövs tas upp i följande avsnitt.

10.2.1 Arbetsmiljön, en central ledningsuppgift

”Personalen är företagets viktigaste resurs” är ett ofta använt slagord, som dock inte alltid har täckning i det praktiska agerandet. Reellt utgör givetvis personalen en resurs av avgörande betydelse för företagets framtid, dels genom de möjligheter till utveckling och kompetensförstärkning som ligger i ett rätt utnyttjande av den, dels genom personalkostnadernas — i synnerhet i tjänsteföretagens — ofta helt avgörande betydelse.

Det är därför riktigt och väsentligt att utformningen av personalpolitiken och vidtagandet av de konkreta, strategiska åtgärder som krävs för dess förverkligande, är en central uppgift för företagsledningen. I praktiken finner man dock att även dessa frågor — och ej bara handläggningen av löpande personalärenden — delegerats till lägre nivåer i företaget. Denna utveckling för bla med sig att många beslut rörande arbetsmiljöns utformning och insatser för rehabilitering, som tidigare legat centralt i företaget, nu handläggs på en lägre nivå i detta. De resurser, som man inom dessa olika enheter i företaget förfogar över för personalinsatser, är ofta begränsade, vilket försvårar mer konsekventa och långsiktiga satsningar.

Arbetsmiljöfrågorna får inte hanteras vid sidan av den normala ledningen och beslutsprocessen. De är inte något avskilt utan en effektivitets- och kvalitetsaspekt av hela produktionen. Utredningen vill framhålla vikten av att arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsfrågorna integreras i företagets planering och ledning.

Resonemanget här gäller naturligtvis alla företag, förvaltningar och organisationer: Kraven på arbetsmiljön och på ett systematiskt arbetsmiljöarbete är generella och omfattar alla arbetsgivare. I små företag blir av naturliga skäl den formella organisationen, arbetsfördelningen, dokumentationen osv. av mindre omfattning än inom större verksamheter. I det mindre företaget svarar arbetsgivaren själv för det mesta av planeringen och utgör kanske själv en väsentlig del av personalresursen.

Arbetsledare och anställda har viktiga roller att spela i verksamheten för arbetsmiljö och rehabilitering inom linjeorganisationen. De anställda utsätts för riskerna i arbetsmiljön men är samtidigt medarbetare och påverkar härigenom i hög grad själva de arbetsförhållanden som råder. De anställda och deras fackliga företrädare har både rätt att påverka och skyldighet att medverka i arbetsmiljöarbetet.

10.3 Företagens expertresurser

De senaste förändringarna i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring har inneburit att arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering förtydligats och förstärkts. Krav ställs på arbetsgivaren att bl. a. ha en organiserad verksamhet för att kunna fullgöra sina uppgifter inom dessa

områden. Flertalet arbetsgivare kan inte ta detta ansvar eller fullgöra uppgifterna på ett optimalt sätt utan tillgång till särskild kompetens inom eller utanför företaget.

De producenter utanför företaget som anlitas bör besitta såväl professionell kompetens som företagarkompetens. Deras verksamhet kan vara baserad på uppdragsstyrning och uppdragsredovisning. Ett uppdrag kan utformas både som totalabonnemang av nuvarande typ och som beställning av separat tjänst. Utbudet av externa tjänster bör inte vara statistiskt utan bör anpassas till utvecklingen och ändrad efterfrågan.

10.3.1 Organisationsform

Utredningen förutsätter, att experttjänster skall kunna finnas att tillgå inom företaget eller genom köp av tjänster från en organisation med ett samlat utbud, eller från flera olika producenter och specialister. Detta innebär, att arbetsgivaren för egen del måste klarlägga behov och önskemål. Samtidigt måste producenterna tydliggöra sitt utbud och anpassa sig till uppdragsgivarnas behov. Utvärderingen av de producerade tjänsterna sker vid de beställande företagen. Resultatet av det arbetet som utförts på uppdrag av företagen bör bedömas genom kontroll av arbetsmiljön på de berörda arbetsplatserna. Det är således inte den externa producentens verksamhet över huvud taget som skall kontrolleras och värderas utan dess effekter på arbetsplatsen.

10.3.2 Innehåll

Vilka tjänster som levereras av externa producenter måste avgöras av företagets efterfrågan. Två arbetsområden har särskilt framhållits av översynsutredningen, vars förslag riksdagen ställt sig bakom: förebyggande arbete samt rehabilitering och anpassning. Utredningen delar uppfattningen att dessa uppgifter måste beredas stort utrymme. I detta arbete måste särskilt uppmärksammas arbetsorganisationens, arbetsinnehållets och de psykosociala förhållandenas betydelse för arbetsmiljön.

Olika utredningsarbeten har visat att just arbetsorganisatoriska frågor och de anställdas möjlighet till inflytande och utveckling är viktiga i framtiden. Den av Svenska Arbetsgivareföreningen nyligen genomförda enkäten framhåller särskilt de psykosociala frågorna, belastningsskador och tekniska eller kemiska arbetsmiljöproblem. På dessa områden, liksom när det gäller rehabilitering, är det angeläget med en utveckling av kunskaper och metoder.

De tjänster som externa producenter har att tillhandahålla kan vara inriktade på den enskilde arbetstagaren, gruppen eller organisationen som helhet. Insatserna kan också delas upp beroende på de olika kompetenser som behövs i verksamheten. Självfallet måste arbetsgivaren ta ett ansvar så att han totalt sett åstadkommer ett offensivt arbetsplatsinriktat arbete.

Den inbyggda arbetsmiljöverksamheten fungerar ofta bra när det gäller problem nära förknippade med den enskildes arbetsplats. För en extern producent kan det finnas svårigheter, bl. a. beroende på avståndet till

arbetsplatsen. Av den nyss nämnda SAF-enkäten framgår att problemen med dagens system till största delen beror på bristande kommunikation mellan uppdragsgivare och producent. Så mycket mer angeläget är det då att undanröja hinder för den externa resursen att få kontakt och ett fruktbarande samarbete med arbetsplatserna. Kontaktvägarna bör vara korta och informella. En samverkan mellan de berörda parterna bör kunna ske under den fortlöpande process som arbetsmiljöarbetet innebär, t. ex. när det gäller att utvärdera uppnådda resultat.

10.4 Kompetensbehov

Behov av kompetens har både den personal i företag som i olika funktioner har betydelse för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering och de externa resurser som används. God kompetens karaktäriseras av goda kunskaper, erfarenhet och förmåga att omsätta kunskaperna i praktiskt arbete.

10.4.1 Arbetslivets krav på de anställda

Arbetslivet präglas av snabba förändringar. Detta ställer stora krav på de anställda som skall anpassa sig till ny teknik, nya arbetsformer och nytt förhållningssätt i arbetet t. ex. från regelstyrt arbete där den anställde utför sina arbetsuppgifter enligt givna order eller enligt regelboken till ett målinriktat arbetssätt där det förväntas att de anställda tar egna initiativ och beslut. Generellt gäller också ökade krav på kunskap och på att lära nytt. De snabba förändringarna och de ökade kraven kan sätta sina spår bland personalen i form av psykiska problem som stressymtom och dålig självkänsla, psykosomatiska besvär och konflikter i arbetsgrupperna. De ökade kraven på de anställda kan också medföra att rehabiliteringen av enskilda blir svårare. Arbetsledare och arbetskamrater är mindre villiga att ta emot och acceptera en person som efter en omplacering kommer till arbetsplatsen eftersom alla måste vara högrepresterande.

Arbetsmiljöproblemen är komplexa och kräver kompetens inom ett brett område hos dem som skall åtgärda problemen, dvs i första hand arbetsgivarna och arbetsledarna. Inte minst kräver hanteringen av den enskildes skiftande problem på arbetsplatsen engagemang och kompetens. Situationen idag präglas av att kraven på arbetsgivarna, när det gäller arbetet för att skapa en god arbetsmiljö och kraven på att rehabilitera sina anställda har skärpts i lagstiftningen, samtidigt som kraven på den producerande verksamheten och därmed på de anställda har ökat. För att åtgärder som syftar till att skapa god fysisk och psykosocial arbetsmiljö och goda rehabiliteringsmöjligheter skall vara intressanta krävs kunskap om att åtgärderna lönar sig och metoder för att mäta effekterna av åtgärderna, både på lång och kort sikt.

Av SAF:s studie av företagens krav och förväntningar på företagshälsovården framgår att de problemområden som företagen upplevde som störst var psykosociala frågor, belastningsskador och frågor rörande arbetsorganisation. Inom dessa områden används företagshälsovården i liten utsträckning. En förklaring till detta kan vara att psykosociala frågor ofta har en tabustämpel över sig och upplevs alltför besvärliga av skyddsombud,

chefer och arbetsledare. En annan förklaring kan vara företagshälsovårdens ibland skeptiska inställning till beteendevetare och att man inom företagshälsovården visat liten förståelse för behovet av specialiserad beteendevetenskaplig personal vilket medfört att man inte kan erbjuda kvalificerad hjälp inom detta område. Företagen ansåg inte heller att företagshälsovården kunde hjälpa till med analys av frånvarons storlek och orsaker.

Ovanstående studie pekar på områden inom vilka arbetsgivarna behöver kunskap och kompetens både inom verksamheten och i form av extern experthjälp.

Kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena krävs alltså av såväl arbetsgivare, arbetsledare, fackliga företrädare som av de anställda. Utbildning av en expertresurs är inte tillräckligt.

10.4.2 Kompetenskrav till följd av lagändringar

Till följd av lagändringar ställs ökade krav på arbetsgivarna, arbetsledarna och också på de anställda för att nå målet att arbetsmiljöarbetet skall integreras med den producerande verksamheten. Arbetsmiljölagens krav på ett systematiskt arbetsmiljöarbete har införts i 3 kap 2 a §, där kraven på internkontroll syftar till att säkerställa arbetsgivarnas egenaktivitet i syfte att förbättra arbetsmiljön och att arbetet med arbetsmiljön samordnas med verksamheten i övrigt. Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Arbetsgivaren skall också se till att det finns en organiserad rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen och skall planera, leda och följa upp denna. Både arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten skall präglas av en helhetssyn.

Enligt lagen om allmän försäkring, skall arbetsgivaren, i samråd med den anställde, svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Det primära målet för rehabiliteringen är att den anställde skall kunna återgå i arbete på sin gamla arbetsplats. Arbetsgivaren är också skyldig att göra en rehabiliteringsutredning när vissa kriterier är uppfyllda, när den anställde varit sjukskriven i fyra veckor, haft många korta sjukfall eller när den anställde själv begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall ligga till grund för en planering av rehabiliteringsåtgärder och ge en allsidig belysning av den anställdes problem. Förutom arbetsrelaterade problem kan det förekomma sociala och psykologiska problem, vilket ställer krav på kompetens hos utredaren och en förtroendefull relation.

I rehabiliteringsarbetet fordras också ofta att arbetsgivaren, eller den som representerar henne, i samråd med den enskilde samarbetar med fack, myndigheter och andra organ som försäkringskassan, socialförvaltningen och arbetsförmedlingen, vilket fordrar kunskaper om de olika aktörernas ansvarsområden och regler.

Att ta fram personalekonomiska redovisningar ställer krav på utbildning bl. a. i vilka ekonomiska konsekvenser dålig arbetsmiljö och sjukfrånvaro för med sig. Denna kunskap kan också motivera att även lägga arbetsmil-

jöspekter till diskussioner om den producerande verksamheten och är angelägen för den verkställande ledningen i företagen.

10.4.3 Specialistresursernas kompetens

Arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten kommer i framtiden sannolikt att kräva en annan kunskapsprofil än vad dagens företagshälsovård i allmänhet har. Helhetssyn och ett tvärvetenskapligt angreppssätt bör, liksom flexibilitet, vara viktiga utgångspunkter i arbetet med arbetsmiljön och i rehabiliteringsverksamheten. Det innebär, jämfört med hur många företagshälsovårdsenheter arbetar idag, bl. a. en förskjutning av tyngdpunkten från de mera traditionella arbetsområdena till medverkan till förändring av arbetsorganisation, arbetsinnehåll och arbetsklimat. Det innebär också krav på att arbeta mer resultatinkänt och samordnat med linjeorganisationen. Inriktningen kan sammanfattas som en strävan mot ett offensivt arbetsplatsorienterat arbete i frågor som rör arbetsmiljö och rehabilitering.

Nedan anges översiktligt exempel på kompetens som bör finnas hos expertresurserna. Kunskaps- och kompetensbehoven kommer att förändras till följd av förändringar i arbetslivet och de anställdas villkor.

För att klara uppgifterna inom rehabiliteringsområdet behövs ökade *kunskaper om och samarbete med olika rehabiliteringsaktörer* i samhället, som t. ex. försäkringskassorna och arbetsförmedlingen. Det krävs också *samhällskunskap*, t. ex. kunskap om de lagar och regler som gäller i arbetslivet och vilka resurser samhället har i form av ekonomiskt bistånd, hjälp och behandling. Vidgade *beteendevetenskapliga* kunskaper krävs i rehabiliteringsarbetet och även i arbetsmiljöarbetet eftersom lösningar på problemen i allt högre grad måste sökas i arbetsorganisatoriska förändringar, människa – maskinanpassningar m m. Det behövs också kunskaper om organisatoriska system och gruppdynamik liksom om hur organisationsförändringar kan genomföras så att både organisationen och den enskilde arbetstagaren berikas.

Det är också angeläget att det finns kunskaper i psykosomatik dvs. hur människor reagerar med fysiska symtom på psykiska påfrestningar.

Medicinsk kompetens behövs bl. a. för arbetsmedicinsk rådgivning, rehabiliteringsinsatser och yrkesmedicinska utredningar i samarbete med den yrkesmedicinska verksamheten inom hälso- och sjukvården.

Inom det *tekniska* området kan ny kunskap behöva tillföras avseende produktionsteknik, riskanalys och insatser för att skydda den yttre miljön.

Kraven på kunskap och kompetens styrs av arbetsgivarnas och de anställdas behov. Som tidigare har angivits skiftar villkoren på arbetsmarknaden snabbt vilket påverkar både arbetsgivare och anställda. Detta förhållande har som konsekvens att de grundläggande krav som kan ställas på experter inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena är, förutom hög kunskaps- och kompetensnivå inom aktuella områden, ett konsultativt förhållningssätt, lyhörddhet och intresse för arbetsgivarnas och de anställdas behov samt hög beredskap för förändrat arbetssätt och krav på ny kunskap.

11. Hälso- och sjukvårdsservice för anställda

11.1 Individuella vård- och behandlingsinsatser för anställda

De höga krav som ställs på arbetsgivarna i fråga om att erbjuda sina anställda en god arbetsmiljö och goda rehabiliteringsmöjligheter skapar behov av experthjälp, där personalen har medicinsk eller beteendevetenskaplig grundutbildning. Det finns också, både hos arbetsgivare och hos anställda, önskemål om tillgång till främst den medicinska, men också den beteendevetenskapliga, expertisen för individuell rådgivning, vård och behandling. Särskilt uttalad är denna efterfrågan på platser där det är svårt att få tillgång till dessa resurser inom den öppna sjukvården. Efterfrågan på medicinska insatser har också ökat efter införandet av sjuklöneperiod.

Det har angetts skäl som talar för att specialister inom arbetsmiljö och rehabilitering, som har medicinsk grundutbildning, också bör arbeta med individuell vård och behandling. Ett sådant skäl är att läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster behöver arbeta med individuell vård och behandling för att hålla sin medicinska grundkompetens aktuell. På motsvarande sätt behöver psykologerna och socionomerna bibehålla sitt kunnande inom det individualpsykologiska området om de normalt arbetar med organisations- och grupputveckling eftersom organisations-teori och gruppdynamik handlar om enskilda människor och deras reaktioner.

Vidare har i debatten hävdats att sjukvården är en viktig del av företags-hälsovården genom att den ger signaler om missförhållanden i arbetet och att den är ett nödvändigt inslag i rehabiliteringsarbetet. Det finns även uppfattningar i den motsatta riktningen som vill tona ner behovet av sjukvårdande insatser som inslag i arbetsmiljöarbetet.

Utredningen ställer sig i princip bakom synsättet att arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering skall vara det primära. Vikten av att ett förtroendefullt samarbete etableras med primärvården och övriga berörda vårdgivare bör därvid betonas. Om ett företag anser sig vilja bereda sjukvård för sina anställda är det enligt utredningen angeläget att detta ordnas så att det ej inkräktar på eller ersätter arbetet med arbetsmiljön och rehabiliteringen. Men utredningen menar också att medicinsk kompetens behövs i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Lösningar bör därför sökas, som onödiggör den ofta artificiella gränsdragning som idag försvårar företagshälsovårdens arbete och hindrar dess utveckling mot effektiva insatser i förebyggande arbete och rehabilitering.

11.2 Arbetsgivarnas önskemål om medicinska insatser för de anställda

Att kunna erbjuda medicinsk rådgivning, vård och behandling i anslutning till arbetsplatsen kan vara en förmån som arbetsgivare vill erbjuda sina anställda. Detta är särskilt fallet i områden där de anställda reser från sin bostadsort till arbetet och det är långt till närmaste vårdcentral. Målet är

att den sjukskrivne snabbt skall kunna få läkarkontakt och hjälp som kan förkorta sjukdomstiden. Anställda skall också lätt kunna få kontakt med sjukvårdskunnig och psykologiskt kunnig personal för att få råd och hjälp som kan förhindra att symtom och problem utvecklas till allvarliga tillstånd.

Arbetsgivarna efterfrågar också hälsoundersökningar, dels som en service till de anställda, dels på grund av lagstadgade krav inom vissa branscher i form av nyanställningsundersökningar. Ett annat skäl är kravet enligt arbetsmiljölagen att arbetsgivarna skall kunna erbjuda sina anställda en god arbetsmiljö och anpassade arbetsuppgifter för att förhindra sjukdom och skador.

Arbetsgivarnas ökade rehabiliteringsansvar enligt lagen om allmän försäkring påverkar sannolikt också önskan att ha tillgång till en läkare som känner arbetsplatsen och som kan vara samarbetspartner i arbetet med att rehabilitera enskilda anställda. Läkaren kan, i diskussionerna med den enskilde individen, arbetsgivaren och andra berörda i rehabiliteringsprocessen, diskutera konkreta förslag till rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen. En läkare som har god kännedom om arbetsplatsen kan också sjukskriva på ett flexibelt sätt med utnyttjande av de fyra sjukskrivningsnivåerna, hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels sjukpenning, som anpassas till den enskildes hälsotillstånd i relation till de arbetsuppgifter han har. Det kan också vara en trygghet för den som varit sjukskriven och är tveksam till att försöka återgå i arbete att ha tillgång till läkare och annan sjukvårdspersonal om det skulle uppstå problem.

Företagshälsovård är sedan 1 januari 1992 en medicinsk specialitet. Här nedan redovisas kort för socialstyrelsens målbeskrivning som innehåller föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som skall gälla för specialiteten.

11.3 Specialistkompetens inom företagshälsovård

I målbeskrivningen anges att företagshälsovård syftar till att hindra och bota sjukdom hos människor som förvärvsarbetar, att inom det enskilda företaget skapa respekt för personal och arbetsmiljö samt att tillsammans med företaget skapa utvecklande arbetsmiljöer för alla. Målgruppen är den enskilde individen eller gruppen med framför allt det enskilda företaget som ram. Detta förhållande ställer stora krav på specialitetens bredd. I målbeskrivningen anges vidare "En komplett företagshälsovård bedrivs inom tre kompetensområden – medicinskt, tekniskt och psykosocialt. Läkaren är ansvarig för det medicinska området."

Läkarens målgrupp är, enligt målbeskrivningen, individen och individer i arbete, tonvikten skall enligt arbetsmiljöviolet (som har upphört sedan den 1 juli 1992) läggas på förebyggande hälsovård och arbetsformen utgörs ofta av teamarbete. Specialistutbildningen i företagshälsovård bygger på tidigare förvärvad specialistkompetens inom näraliggande ämnesområden, t. ex. allmänmedicin eller yrkes- och miljömedicin.

Den specialistkompetente läkaren skall

- ha en allmän klinisk kompetens som i rent medicinskt avseende väl liknar allmänmedicinarens,
- i sin verksamhet kunna fungera som yrkesmedicinens primärkontakt,
- vara väl förtrogen med FHV-teamets möjligheter som arbetsinstrument,
- vara väl förtrogen med de enskilda företagens och arbetsmarknadens organisation samt
- vara väl förtrogen med handläggningen av rehabiliterings- och/eller anpassningsärenden i samråd med individen, arbetsgivaren, personalorganisationerna, försäkringskassan, Yrkesinspektionen, länsarbetsnämnden osv.

11.4 Kommentrar till målbeskrivningen för specialiteten företagshälsovård

I samband med redogörelsen för socialstyrelsens målbeskrivning för specialkompetens inom företagshälsovård finns det anledning att peka på att denna kunskap om hur arbetsmiljö och arbetsuppgifter påverkar människors hälsa är ett krav som ställs på alla läkare. Läkarna ska i sjukskrivningssituationen kunna sätta patientens besvär i relation till hans arbetsuppgifter för att kunna sjukskriva på relevant sjukskrivningsnivå och med lämplig sjukskrivningstid. Läkaren skall också senast efter fyra veckors sjukskrivning kunna skriva ett fördjupat läkarutlåtande där han anger de rehabiliteringsåtgärder han har tagit initiativ till eller planerar, föreslår lämpliga rehabiliteringsåtgärder och, om möjligt, anger beräknad återstående sjukdomstid. Läkarna spelar en avgörande roll när det gäller arbetet med att rehabilitera människor tillbaka till arbete och deras bedömningar och förslag till rehabiliteringsåtgärder är viktiga signaler till arbetsgivare och försäkringskassor, som har ansvaret att se till att enskilda människor får den rehabilitering de behöver. En förutsättning är att alla sjukskrivande läkare har god kännedom om sina patienters arbetsförhållanden och arbetsplats.

11.5 Sjukvårdshuvudmännens ansvar

Landstingen och de landstingsfria kommunerna har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för att planera hälso- och sjukvården inom sina respektive sjukvårdsområden. Sjukvårdshuvudmännen har inom ramen för detta ansvar att bedöma behovet av de tjänster som företagsläkarna och övriga specialister inom rehabiliterings- och arbetsmiljöområdena kan erbjuda i fråga om sjukvårdstjänster och har möjlighet att träffa vårdavtal som leder till att dessa resurser utnyttjas i deras verksamhet i den utsträckning som är lämpligt med hänsyn till lokala behov och förutsättningar. Det kan i många fall vara praktiskt med ett samarbete mellan den offentliga sjukvården och företagshälsovården.

Det i en departementspromemoria (Ds 1992:41) framlagda förslaget till utformning av ett husläkarsystem har presenterats i avsnitt 6.6. Enligt detta förslag skall husläkaren ansvara för att hans patienter får den vård och hjälp de behöver genom att husläkaren samarbetar med andra service- och vårdgivare såväl inom som utom hälso- och sjukvården. I förslaget anges också att det är viktigt att former för kommunikation och samverkan mellan husläkaren och företagsläkaren m. fl. utvecklas.

Husläkaren skall ha en helhetssyn på sin patient som innebär att läkaren väl känner patientens hälsotillstånd, sociala situation och arbetssituation.

I förslaget till ett husläkarsystem anges att husläkaren skall remittera de patienter som han bedömer har behov av specialistvård. Remissväng generellt föreslås dock inte. Söker en person på eget initiativ hjälp hos specialist bör enligt förslaget högre patientavgift tas ut jämfört med om patienten blivit remitterad. Människor med ett behov av kontakt med medicinska specialister på grund av en kronisk sjukdom, liksom kvinnor som har kontakt med gynekolog och barn som har kontakt med barnläkare, skulle kunna få en långremiss av husläkaren. I de senare fallen kan det enligt förslaget övervägas om inte husläkaren skall avstå en del av sin kapiteringsersättning till specialisten, då merparten av de aktuella undersökningarna och behandlingarna normalt torde ingå i husläkaråtgandet.

I detta sammanhang kan det övervägas om inte husläkaren också skulle kunna utfärda en långremiss till en företagsläkare, som under en rehabiliteringsperiod kan ha det medicinska ansvaret för en patient som är anställd på ett företag som företagsläkaren samarbetar med. En del av husläkarens kapiteringsersättning för patienten skulle kunna överföras till företagsläkaren och den företagshälsa han ingår i. Bland 2 000–3 000 patienter kommer sannolikt alltid ett antal vara inne i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsperiod. Husläkaren får under en sådan period en avlastning vilket möjliggör att han kan åta sig patienter utöver det överenskomna antalet eller kan åta sig andra arbetsuppgifter.

Med utgångspunkt från att de flesta förvärvsarbetande troligen väljer en husläkare på hemorten bör det övervägas om anställda, som genom sitt arbete har tillgång till en företagsläkare och som arbetar långt från bostadsorten, skall kunna välja att företagsläkaren är den läkare som han vänder sig till under arbetstid. Det kan gälla hjälp med t. ex. medicinsk rådgivning och akut insjuknande eller skada. Detta skulle kunna ske i överenskommelse mellan individen, husläkaren och företagsläkaren. Husläkarens kapiteringsersättning för den anställde skulle minska eftersom en annan läkare har tagit över en del av det medicinska ansvar som husläkaren har åtagit sig och motsvarande ersättning skulle kunna betalas ut till företagsläkaren. Företagsläkaren och husläkaren skulle ömsesidigt informera varandra om åtgärder som rör deras gemensamma patient och med patientens samtycke.

Skälen till detta övervägande är att den anställde måste, om han insjuknar under arbetstid eller önskar medicinsk rådgivning, ta ledigt från arbetet

ett par till flera timmar för att resa till hemorten och sin husläkare om han behöver läkarkontakt utan att vara allvarligt sjuk. Många gör inte detta vilket kan leda till att symtom och besvär utvecklas till allvarligare tillstånd, som hade kunnat förhindras genom tidiga insatser och rådgivning. Att förvärvsarbetande personer skulle välja husläkare där arbetsplatsen ligger, om denna är lokaliserad långt från hemmet, är osannolikt. Vid allvarligare sjukdom som föranlett sjukskrivning vistas människor vanligtvis i sina hem och vill ha nära till sin husläkare.

11.7 Dispensmöjlighet för företagsläkare att få arbeta som husläkare

I departementspromemorian med förslag till ett husläkarsystem anges att kravet på specialistkompetens i allmänmedicin för husläkare kommer att, i ett kortare tidsperspektiv, kräva ett tillskott av allmänläkare. Enligt förslaget talar detta för att det under ett övergångsskede bör finnas möjligheter att ge dispens för läkare inom närliggande specialiteter att vara verksamma som husläkare och ge dem möjligheter att komplettera sin utbildning för att få specialistkompetens också i allmänmedicin.

Enligt utredningens uppfattning är företagsläkarna en väl kvalificerad grupp inom läkarkåren, som bör få denna dispens. Den specialistkompetens företagsläkarna har, enligt Socialstyrelsens målbeskrivning, är "en allmän klinisk kompetens, som i rent medicinskt avseende väl liknar allmänmedicinarens". De har alltså den medicinska kompetens som krävs enligt husläkarförslaget.

Företagsläkare med erfarenhet från företagshälsovård har insikter om hur människors hälsa påverkas av faktorer i arbetslivet och kunskap inom området rehabilitering. Med tanke på det övergripande ansvar husläkaren skall ha för sina patienter kan företagsläkarens kunskaper inom dessa områden vara av stor betydelse. Det är också naturligt att den person, som har en långvarig och förtroendefull relation till en företagsläkare, skall ha möjlighet att utse denne till sin husläkare. Därför bör även företagsläkare som inte har den formella medicinska kompetensen i allmänmedicin, utan har en annan medicinsk specialitet, enligt utredningens mening, kunna komma i fråga för dispens för att arbeta som husläkare.

Enligt uppgift från företagsläkarföreningen fanns i början av 1992 1 286 yrkesverksamma företagsläkare och av dessa var 964 specialistutbildade. De dominerande specialiteterna var allmänmedicin (426 läkare) och allmän internmedicin (231 läkare). Andra specialistkompetenser var allmän kirurgi (63), psykiatri (51), ortopedi (39), kvinnosjukdomar (33), anestesi (34) och medicinsk rehabilitering (22) m fl.

Ungefär hälften av de yrkesverksamma företagsläkarna hade alltså medicinsk specialistutbildning som motsvarar kraven för etablering som husläkare. Förutom sin medicinska utbildning har företagsläkarna en nio veckors utbildning i företagshälsovård på Arbetsmiljöinstitutet.

Vid utredningens analys av nuläget och genomgång av behov av åtgärder, aktualiserades i avsnitt 8.1.4 frågorna om patientavgifter, högkostnads-skydd, remissmöjligheter, resekostnadsersättningar och ersättningar för utfärdande av intyg m m. Flertalet av dessa frågor berör hälso- och sjukvårdsservicen för anställda. Behovet av ändrade bestämmelser på ifrågakvarande områden behandlas i avsnitt 12.11, Vissa övriga åtgärder.

12. Förslag till generella åtgärder

Så här kan arbetsmiljöarbetet utvecklas:

- Styrning mot mål och resultat i stället för av resurser. Breddning och fördjupning av Arbetarskyddsverkets insatser
- Utbildning och kompetensutveckling i många former och med förstärkta resurser
- Lagstöd för krav på att arbetsgivarna avsätter erforderliga resurser
- Lagstöd för samverkan mellan parterna
- Praktiska samarbetsformer mellan företagshälsovård och sjukvårdshuvudmän på regionalt och lokalt plan
- Samverkan mellan företagshälsovård och försäkringskassa
- Differentiering av arbetsgivaravgifterna
- Stärkt sekretess och ansvar för Socialstyrelsen, att tillse att individens intressen bevakas

Detta kapitel innehåller förslag som syftar till att lösa de problem som påtalas i detta betänkande genom att etablera ett nytt synsätt på styrningen och ge det synsättet erforderligt stöd i lagar och förordningar och genom andra åtgärder. Förslagen har som en viktig utgångspunkt de överväganden rörande utvecklingen av nya styrformer för arbetsmiljö och rehabilitering som tidigare redovisats i detta betänkande.

En förutsättning för de framlagda förslagen är också en situation, då den helt övervägande delen av arbetsmarknaden omfattas av avtal på arbetsmiljöområdet mellan arbetsmarknadens parter. Om sådana avtal inte kommer till stånd gäller de förslag utredningen redovisar i kapitel 19.

12.1 System för styrning av arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet

I kapitel 7 har beskrivits de olika principiella styrformer som kan tillämpas för styrningen av insatserna inom ett givet samhällsområde: Normerande styrning, incitamentsstyrning och kunskapsstyrning. Där diskuteras övergången från en strikt regelstyrning mot ökade inslag av målstyrning och en övergång från en på anslag grundad budgetstyrning till en efterfrågestyrning. De som skall utnyttja tjänsterna — beställarna — gör sina val mellan olika tjänstegivare — utförare. Behovet av förändringar motiveras bl. a. av

önskan att få en bättre situationsanpassning i utbudet av tjänster och att genom valfrihet och konkurrens åstadkomma en större effektivitet och anpassningsförmåga, både hos beställare och hos utförare.

I kapitel 8 behandlas hur den önskade styrningen av arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering skall kunna utformas. Det där och i kapitel 7 presenterade synsättet konkretiseras och utvecklas i avsnitt 9.5 till arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Statsmakternas och myndigheternas i lagar och förordningar uttryckta krav på insatser för arbetsmiljö och rehabilitering förenas med tillvaratagande av företagens egenintresse, som är ett led i deras strävan att skapa mer effektiva och långsiktigt uthålliga verksamheter. Den normerande styrningen förenas med en incitamentsstyrning. De externa resurserna styrs enligt en sk beställar/utförarmodell.

Både när det gäller företagen och de olika specialistresurserna är det viktigt att satsa på rekrytering, utbildning och annan kompetensutveckling – kompetensstyrning. De samlade effekterna av styrningen av arbetet inom arbetsmiljö och rehabilitering åstadkoms sålunda genom en kombination av ”hårda” – regler, incitament – och ”mjuka” – utbildning, motivationsskapande insatser etc – styrimpulser. Dessa bägge huvudlinjer behöver hållas aktuella parallellt. Det är genom ett effektivt samspel dem emellan som bästa resultatet nås.

Utredningen konstaterar, att ekonomiska drivkrafter, motivation, kompetens, kunskap och goda exempel m m är mycket viktiga faktorer för att åstadkomma goda resultat. Med regler och normer kan ett visst önskat resultat anvisas. Reglernas genomslagskraft, sedda isolerade, är dock begränsade.

Nedan tas upp olika styrmedel, för vilka det enligt utredningens uppfattning är särskilt viktigt att särskilda åtgärder sätts in. Konkreta förslag till sådana åtgärder redovisas. De speciella, mot de små företagen riktade insatserna, som utredningen föreslår tas upp i kapitel 13. I kapitel 17 lämnas, som en sammanfattning av den tidigare genomgången, en kortfattad beskrivning av de olika aktörer som finns inom området för arbetsmiljö och rehabilitering.

12.2 Tillsyn och kontroll avseende arbetsmiljö och rehabilitering

12.2.1 Utgångspunkter

Arbetsgivarnas ansvar för och intresse av att skapa en god arbetsmiljö och goda rehabiliteringsmöjligheter för sina anställda är en avgörande förutsättning för att resultat skall nås. I den utsträckning det behövs förväntas arbetsgivarna engagera specialistresurser i arbetet. Om resurserna finns internt inom verksamheten eller externt bör enligt utredningens mening från lagstiftningens utgångspunkt vara en sekundär fråga. Det väsentliga är att avsedda resultat åstadkoms. I detta avsnitt tas upp frågor om tillsynen som sammanhänger direkt med att företagshälsovården får en förändrad ställning. Någon heltäckande beskrivning av tillsynen är sålunda inte motiverad.

Förskjutningen från regelstyrning till målstyrning innebär att insatserna för styrning och kontroll av hur arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering fortskrider och utvecklas, förskjuts från detaljerade bestämmelser om vilka åtgärder som skall vidtagas inom det enskilda företaget och hur de resurser som därvid utnyttjas skall vara organiserade och sammansatta, till ett fastställande av mål och en granskning av hur de uppnås. Målen behöver konkretiseras, indikatorer på en god arbetsmiljö etableras, liksom mätmetoder för hur effekterna av olika insatser på arbetsmiljön och rehabiliteringen skall kunna uppskattas. Det behöver också anges vilka korrigerande åtgärder, belöningar och sanktioner, som kan vidtas för att stimulera fortsatta insatser. Korrigerande åtgärder behöver vidtas om utvecklingen ej blir den avsedda.

Inom områden som arbetsmiljö och rehabilitering är behovet av konkretisering av mål och medel stort. I lagstiftningen uppställda mål och krav är abstrakta, till sin form mycket långtgående men, bl. a. därför, svåra att precisera i det enskilda fallet. De regler och mål som anges av tillsynsorganen bör vara enkla och kommuniceras till och förstås av mottagaren – arbetsgivaren. Stora insatser måste därför läggas ner på att finna de mått och kriterier – indikatorer, som skall ligga till grund för tillsynsorganens bedömningar.

Tillsynen kan i princip dels inriktas på företagen och på hur deras arbetsmiljö och rehabiliteringsinsatser utvecklas, dels fokuseras på insatta stödresurser. Tillsynen bör inriktas på resultaten i form av god arbetsmiljö och ett effektivt rehabiliteringsarbete.

Tillsynen över specialistresurserna inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena sker indirekt via granskning av arbetsplatserna och det arbete som har utförts där. Tillsynen beträffande resurser bör därvid avse i vad mån arbetsgivaren ställer adekvata resurser till förfogande. Det kan inte ankomma på offentliga organ att i detalj föreskriva hur insatserna skall se ut.

12.2.2 Arbetarskyddsverket

Arbetarskyddsverket har det samlade ansvaret för tillsyn av de lagar och regler som berör arbetsmiljön i företagen. Det förutsätts att *Arbetarskyddsstyrelsen* är den myndighet som har det samlade offentliga ansvaret för hur arbetsmiljöarbetet i dess helhet inom samhället fungerar och utvecklas. Dess ansvar omfattar hela det fält av åtgärder som kan sättas in för att nå resultat i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete, och som anges i avsnitt 12.1 här ovan. Här förtjänar särskilt nämnas insatser inom områden som kompetensutveckling, forskning och allmänt motivationsskapande och attitydpåverkande insatser. Utredningen vill i detta sammanhang *dels* framhäva behovet av en samlad syn på hithörande frågor mot bakgrund av de mål som arbetsmiljölagen anger, *dels* i vissa särskilt angivna avseenden, till vilka utredningen återkommer i det följande, ge Arbetarskyddsstyrelsen en konkret roll vid sidan av andra aktörer, *dels* påtala behovet av resurser

för dessa ändamål. Utredningen avser däremot inte att lägga fram förslag om att till Arbetskyddsstyrelsen överföra arbetsuppgifter som i dag utförs av andra myndigheter och organ.

Det faktum att Yrkesinspektionen avses mer konsekvent än tidigare koncentrera sina insatser på en rent kontrollerande verksamhet bör sålunda inte hindra, att Arbetskyddsstyrelsen för sin del, utöver att ta fram underlag och riktlinjer för Yrkesinspektionens kontroll- och inspektionsverksamhet, också engagerar sig i övriga möjliga aktiviteter för att totalt sett åstadkomma ett effektivt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete.

Arbetskyddsstyrelsen har också att utveckla nya former av underlag och strategier för Yrkesinspektionens arbete. Dessa insatser bör omfatta utvärderings- och utvecklingsarbete, som gör det möjligt för Yrkesinspektionen att i det enskilda fallet avläsa arbetsmiljöns beskaffenhet och risker, rehabiliteringens resultat och, mot den bakgrunden, vilka åtgärder som bör vidtas, vilka organisatoriska åtgärder som behövs och vilken typ av resurser som bör sättas in och deras inriktning. Detta är ett mycket omfattande och komplicerat utvecklingsarbete, som redan startat och som ställer stora krav på rekrytering och kompetensutveckling. Det är ett nödvändigt steg om arbetsmiljölagens allmänna ambitioner skall kunna konkretiseras och hävdas i det enskilda fallet. Ytterligare krav i detta avseende uppstår nu till följd av utredningens i avsnitt 12.7 redovisade förslag om, att lydelsen av 3 kap 2 a § AML ändras så att paragrafen uttryckligen innehåller krav på att arbetsgivaren tillhandahåller "erforderliga resurser", samtidigt som bestämmelsen i kapitlets andra paragraf om företagshälsvård, "om arbetsförhållandena påkallar det", föreslås utgå.

För det här i detta avsnitt avsedda arbetet behöver Arbetskyddsstyrelsen ges möjlighet att avsätta stor kompetens och stora resurser. Det är utredningens mening att det inom varje given ekonomisk ram för stöd åt utvecklingen av arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering bör avsättas medel för att Arbetskyddsverket skall kunna bredda och effektivisera sina insatser inom detta fält. Till den frågan återkommer utredningen i kapitel 16.

Den tillsyn som utövas av *Yrkesinspektionen* avser efterlevnaden av lag och andra regler som utfärdats för arbetsmiljön. I det ligger också en kontroll av arbetsbetingelserna inom företaget i stort och på hur de angivna reglerna för planering och organisation av arbetsmiljöarbetet följs och tillämpas, t. ex. vad gäller bestämmelserna om internkontroll.

Yrkesinspektionens verksamhet har tidigare, inte minst vad gäller de mindre företagen, till stor del fått karaktären av rådgivning och konsultinsatser. Arbetet har nu mer konsekvent inriktats på den traditionella tillsynsfunktionen genom en starkare betoning av den kontrollerande verksamheten.

Genom den internkontroll, som arbetsgivarna enligt arbetsmiljölagen och Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter är skyldiga att göra, förutsätts att arbetsgivarna själva följer upp organisationen av och arbetet med arbetsmiljön och rehabiliteringen. Detta ställer krav på att arbetsgivaren planerar, leder och följer upp verksamheten för att säkerställa att kraven i arbetsmiljölagen och föreskrifter med stöd av lagen är uppfyllda.

Enligt föreskrifterna om internkontroll av arbetsmiljön skall arbetsgivaren se till att internkontrollen genomförs i samarbete med arbetstagarna. Genom sin tillsyn skall Yrkesinspektionen kontrollera att arbetsgivarna har rutiner, resurser, åtgärdsplaner, ansvarsfördelning och organisation för sitt arbete med arbetsmiljön och rehabiliteringen. Om arbetsgivarna inte fullgör sina skyldigheter skall Yrkesinspektionen reagera med ett skriftligt krav, vilket i sin tur kan leda till föreläggande eller förbud som kan sanktioneras med vite eller straff.

Utredningens uppfattning är att det ställs stora krav på Yrkesinspektionens förmåga och kompetens att genom sin tillsyn medverka till att intentionerna i arbetsmiljölagen uppfylls, dvs. att arbetsgivarna uppfyller kraven på en god arbetsmiljö och en organisation för rehabilitering av sina anställda. Arbetarskyddstyrelsen måste spela en aktiv roll i detta arbete genom att utveckla sin beskrivning av indikationer – mått – på arbetsmiljöns tillstånd och utveckling samt rehabiliteringsarbetets resultat. Det skall också ske genom att, där det är möjligt, utfärda konkreta föreskrifter till hjälp för yrkesinspektörerna och genom att följa upp Yrkesinspektionens arbete och effekterna av detta arbete på arbetsplatserna, samt genom satsningar på rekrytering, kompetensutveckling och attitydpåverkan.

I första hand bör Yrkesinspektionens granskning ske genom en bedömning av vilka effekter för arbetsmiljö och rehabilitering, som åstadkoms genom gjorda insatser. Det är genom att granska hur arbetsgivarna handskas med sina arbetsmiljöfrågor och sitt rehabiliteringsarbete samt vilket resultat detta arbete ger, som en bedömning kan ske om adekvata resurser och åtgärder satts in. Vilka resurser som de enskilda arbetsgivarna behöver och vilka åtgärder som skall sättas in måste i första hand preciseras av arbetsgivarna själva och deras anställda eftersom behoven varierar mellan olika branscher och arbetsplatser. Ytterst behöver emellertid Yrkesinspektionen ha något korrektiv vid sidan av föreläggande och förbud. I nu gällande bestämmelser finns möjligheten till åläggande att ansluta till företagshälsovård. Utredningen lägger, som redan nämnts, i avsnitt 12.7 fram ett förslag om möjlighet till ett mer nyanserat och problemorienterat angreppssätt.

Inom Arbetarskyddsverket pågår sedan slutet av 1980-talet ett utvecklingsarbete i syfte att modernisera tillsynsmetoderna. Programmet för utvecklingsarbetet är indelat i fyra delprogram, vilka är systemtillsyn, riskanalys, ergonomi samt organisatoriska och sociala tillsynsfrågor. Syftet är att utveckla en helhetssyn i tillsynen och samtidigt finna arbetsformer för en ökad täckningsgrad i tillsynsverksamheten samt att stimulera en ökad egenaktivitet ute i företagen.

Ett hjälpmedel för arbetsgivarna, liksom för Yrkesinspektionen i deras tillsyn, är utnyttjandet av *personalekonomiska kalkyler* och redovisningar. I dessa skall t.ex. sjukfrånvaro och personalomsättning redovisas och omsättas i kostnadstermer. Att så påtagligt koppla samman frånvaro med kostnader ger ett incitament för arbetsgivarna att väga in arbetsmiljöaspekter i planeringen av den samlade verksamheten. Onormalt höga frånvarosiffror och personalkostnader kan tjäna som tecken på att det finns problem på arbetsplatsen eller arbetsstället. De förändringar över tiden som fram-

kommer i den personalekonomiska redovisningen kan också användas som mått på effekter av vidtagna åtgärder i arbetsmiljön och i rutinerna när det gäller rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen. Enligt vad utredningen erfarit ingår nu frågan om lagreglering av personalekonomisk redovisning i den inledda översynen av lagstiftningen om redovisning.

Sammanfattningsvis kan beträffande Arbetarskyddsverkets insatser sägas, att behovet av sådana ökar när företagshälsovården inte längre ges en roll i övervägandena om hur den offentliga styrningen av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete skall utformas. Utredningens uppfattning angående hur behovet av tillsyn och kontroll påverkas av detta är, att Arbetarskyddsstyrelsen nu måste engagera sig i alla olika aktiviteter som kan bidra till att åstadkomma ett effektivt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete. Det gäller bland annat insatser för motivation, kompetensutveckling, forskning, metodutveckling m m.

Vidare måste Arbetarskyddsstyrelsen utveckla underlaget för Yrkesinspektionens arbete. Yrkesinspektörerna bör i det enskilda fallet kunna avläsa arbetsmiljöns beskaffenhet och risker och mot den bakgrunden, när andra åtgärder visat sig inte ha effekt, också kunna ha en uppfattning om vilka åtgärder som bör vidtas och vilka interna och externa resurser som kan behöva sättas in. Annorlunda uttryckt innebär utredningens synsätt, att ett aktivt och i det enskilda fallet situationsanpassat arbetssätt ersätter det schablonartade; att som ett centralt mål ha att åstadkomma anslutning till en viss typ av standardiserad resurs.

För det här avsedda arbetet bör Arbetarskyddsstyrelsen ges möjlighet att avsätta stor kompetens och stora resurser.

12.2.3 Riksförsäkringsverket och försäkringskassan

Enligt 22 kap, lagen om allmän försäkring, är det försäkringskassorna som samordnar och utövar tillsyn över de insatser som görs inom rehabiliteringsområdet.

Försäkringskassan skall samverka med arbetsgivaren, när det gäller insatser för yrkesinriktad rehabilitering och vid behov upprätta en rehabiliteringsplan för den enskilde arbetstagaren. Kassan har ansvaret att vara den enskildes ombud och se till att han eller hon får den rehabilitering som behövs för att kunna återgå i arbete och skall också, om särskilda skäl föreligger, ta över arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredningen.

Eftersom frågor kring arbetsmiljö och rehabilitering hänger nära samman, erfordras ett nära samarbete mellan Yrkesinspektionen och försäkringskassan, liksom mellan Arbetarskyddsstyrelsen och Riksförsäkringsverket. På samma sätt gäller att den yrkesinriktade rehabiliteringen ofta är nära förknippad med den sociala och medicinska rehabiliteringen och på motsvarande sätt krävs härvid ett nära samarbete mellan de organ som har huvudansvaret för dessa rehabiliteringsinsatser. Även de insatser som bedrivs av arbetsmarknadsinstitutet inom Arbetsmarknadsverket måste beaktas i detta sammanhang.

Försäkringskassan har sålunda, primärt inom rehabiliteringsområdet, en tillsynsroll, dock inte förenad med några direkta sanktionsmöjligheter.

Kassan kan emellertid utgöra en viktig källa för information och rådgivning till företagen och till Yrkesinspektionen.

Innehållet i, eller frånvaron av, de rehabiliteringsutredningar som arbetsgivarna är skyldiga att lämna till försäkringskassan efter att en anställd varit sjukskriven längre tid än fyra veckor, haft många korta sjukfall eller själv begärt utredning, kan också ge information om att det finns problem på en arbetsplats. Försäkringskassans information om detta kan vara en impuls för Yrkesinspektionen att göra ett inspektionsbesök.

12.3 Sekretess

Av redogörelsen i avsnitt 5.13 framgår vilka bestämmelser i fråga om skyddet för sekretess som berör företagshälsovården. I avsnitt 8.1.5 konstateras behovet av en översyn för att åstadkomma klarare regler inom området. Utredningen bedömer från sina utgångspunkter behov föreligga av en särskild reglering i arbetsmiljölagen.

En reglering ter sig särskilt motiverad med beaktande av de uppsagda avtalen inom arbetsmiljöområdet. I avtalen har, som redovisats i avsnitt 5.13, tidigare funnits vissa uttalanden rörande sekretessfrågor.

Även om arbetsmiljöavtal kommer att finnas också fortsättningsvis föreligger skäl att i arbetsmiljölagen tydliggöra kravet på sekretess för anställda och till skapa en bestämmelse för både enskild och allmän verksamhet inom verksamhetsområden som berör arbetsmiljö och rehabilitering. Genom en sådan reglering bör det tydligt framgå att sekretessbestämmelserna omfattar såväl arbetsgivarens verksamhet inom företaget som den externa resurs hon eventuellt anlitar. Utredningen återkommer i avsnitt 12.7 till utformningen av ifrågavarande bestämmelse.

12.4 Tillsyn och kontroll avseende specialistresurserna

12.4.1 Allmänt

I det föregående, avsnitt 12.2 har angivits, att tillsynen av efterlevnaden av lagstiftningen på arbetsmiljöområdet i första hand bör inriktas på arbetsmiljöns beskaffenhet och insatta åtgärders effekter och den primära, direkt mot företagen riktade tillsynsverksamheten har behandlats. Frågan om behov av offentlig tillsyn av insatta specialistresurser som sådana återstår dock att behandla. Det gäller i princip både interna och externa resurser.

Redan idag är många olika och inbördes differentierade resurser vid sidan om företagshälsovården engagerade i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Som exempel kan nämnas ett flertal privata och offentliga institutioner inom området yrkesinriktad rehabilitering, stora delar av den konsultmarknad som sysslar med individ- och organisationsutveckling, relationsbearbetning mm, många tekniska konsulter m fl. Vissa av dessa är underkastade särskild offentlig tillsyn såsom läkare m fl. Att man följer en mer eller mindre uttalad yrkesetik innebär också en form av kvalitetssäkring, både för dem som står under offentlig tillsyn och för dem som inte gör det.

Så länge det finns frihet för en mångfald olika producenter att engagera sig i arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet och för arbetsgivarna att göra sitt val mellan dem — en frihet som är självklar — finns det enligt utredningens mening inte någon anledning att speciellt reglera någon av dem. Att arbetsgivarna bedriver ett tillfredsställande arbete för god arbetsmiljö och har bra rutiner för rehabilitering skall enligt det föregående kontrolleras direkt, utan omvägen över använda resurser. Frågan om kvalitetssäkring på annat sätt än genom offentlig tillsyn tas upp i avsnitt 12.6.

Någon särskild offentlig tillsyn för resurserna, i deras egenskap just av resurser för arbetsmiljöarbete och rehabilitering, föreslås alltså inte.

Slutligen finns då anledning att helt kort beröra behovet av tillsyn utgående från individens krav. Utredningens övervägande i dessa avseenden redovisas i det här följande avsnittet 12.4.2.

12.4.2 Tillsyn över använda specialistresurser utgående från individens krav

Krav kan behöva resas på specialistresurserna mot bakgrund av den individinriktade verksamhet som bedrivs och de ofta känsliga uppgifter om individers förhållanden som behandlas. Där behandlingsinsatser av ena eller andra arten förekommer har individer rätt att förvänta, att en offentlig tillsyn garanterar, att insatta åtgärder sker med all den sakkunskap och insikt som situationen kräver och med beaktande av individens rätt till sekretess och integritet. Att denna fråga får en tillfredsställande lösning är en förutsättning för att verksamheten skall kunna åtnjuta förtroende från arbetstagarna.

För närvarande ges garantier för att individens intresse beaktas dels av den tillsyn som socialstyrelsen utövar avseende vissa gruppers yrkesutövning, dels via avtal om företagshälsovårdens bedrivande. De senare är emellertid i många fall uppsagda.

Utredningen finner det, som berörs i avsnitt 12.3, motiverat att det i arbetsmiljölagen införs bestämmelser beträffande sekretess, innebärande hänvisning till de olika bestämmelser som finns och avsedda att vidga deras omfattning till att gälla alla specialistresurser. Frågan behandlas närmare i avsnitt 12.7.

Frågan om tillsynen från här aktuell utgångspunkt är emellertid mer vidsträckt än enbart sekretessfrågan och har starka beröringspunkter med de nya tillsynsuppgifter som uppkommer när beställar/utförarkoncept introduceras i andra verksamheter, såsom inom sjukvården. Generellt har frågan också nära samband med de förhållanden som aktualiseras när en resultatstyrning introduceras inom en offentlig vårdverksamhet. Helt nya förutsättningar uppstår då för utövande av den professionella kompetensen.

Med det anförda vill utredningen peka på, *dels* att särskilda tillsynsbehov är knutna till den individinriktade verksamheten, *dels* att dessa inte är speciellt knutna till specialistresurser för arbete med arbetsmiljö och rehabilitering. Behovet finns på många andra håll och möter också där nya

förutsättningar i form av nya tankar om hur verksamheten skall styras. Resultatstyrning, beställar/utförarmodeller och privatisering är begrepp som är aktuella.

Enligt utredningens mening bör ansvaret för en tillsyn från här aktuella utgångspunkter åvila Socialstyrelsen och gälla generellt, oberoende av huvudmannaskap för den verksamhet det gäller.

12.5 Utbildning och kompetensutveckling

12.5.1 Utbildning och kompetensutveckling för olika grupper inom företagen

● Arbetstagarna

Både arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring ställer krav på de enskilda arbetstagarna, vilket medför behov av kunskap.

I arbetsmiljölagen anges i 3 kap 4 §, att arbetstagaren skall medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Därav följer att arbetstagarna behöver ha kunskap om vad god arbetsmiljö, både avseende den fysiska och den psykosociala miljön, innebär för att kunna delta i arbetsmiljöarbetet och föra fram arbetsmiljöaspekter i diskussioner rörande verksamheten. De behöver också kunskap om hur man kan hantera problem som uppstår och vart de kan vända sig för att få råd och hjälp.

I lagen om allmän försäkring anges i 22 kap 4 § att den försäkrade skall lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans behov av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen. Diskussionerna rörande lämpliga rehabiliteringsåtgärder underlättas om den enskilde har kunskap om vilka möjligheter det finns att få hjälp på arbetsplatsen och i samhället.

Enligt arbetsmiljölagen skall arbetsgivare och arbetstagare svara gemensamt för att skyddsombud får erforderlig utbildning. Arbetsmiljöfonden ger bidrag till utbildningen. För att ge skyddsombuden fortlöpande information om ny kunskap och nya erfarenheter inom arbetsmiljöområdet betalar fonden prenumerationerna för tidningen Arbetsmiljö för alla skyddsombud.

De lokala och regionala skyddsombuden bör spela en aktiv roll när det gäller att öka de anställdas kunskaper om och intresse för arbetsmiljö och rehabiliteringsfrågor.

I detta sammanhang erinras om att Arbetsmiljöfondens målsättning för den utbildningsverksamhet fonden stöder ekonomiskt, är att alla anställda på arbetsplatsen skall besitta sådana kunskaper och ha sådan medvetenhet att de själva påverkar och ställer krav på sin arbetsmiljö.

● Ledningen

Ledningen för företag och förvaltningar är en viktig målgrupp för arbetsmiljö- och rehabiliteringsutbildning. För att dessa frågor skall tas på allvar fordras att ledningen anser att det är frågor av vikt för verksamheten.

Det är angeläget att informera om det ekonomiskt lönsamma i att satsa på goda arbetsförhållanden, effektiva rehabiliteringsåtgärder och ett bra omhändertagande av anställda som blir sjukskrivna för att förhindra långvarig frånvaro. Dessa frågor bör tas med i chefs- och managementutbildning. Arbetsgivarorganisationerna bör enligt utredningens mening verka för att arbetsmiljöaspekterna på produktionen tillmäts den betydelse de förtjänar.

● **Möjligheter till kompetensutveckling**

Arbetsgivarna och de lokala arbetstagarorganisationerna har ett gemensamt ansvar för och intresse av att informera om och öka kompetensen inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Dagens företagshälsovård och andra experter inom de aktuella områdena kan vara lämpliga föreläsare och anordnare av utbildningar och informationsinsatser. Företagshälsovårdens Utvecklingsråd bör enligt utredningens mening ta initiativ till regionala och lokala utbildningar och konferenser i samarbete med högskolor, de yrkesmedicinska klinikerna och andra experter inom områdena.

Kompetensutveckling är en investering som lönar sig. En ledning och en personal som har kunskap inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena klarar själva av många av sina problem och kan förhindra att problem uppstår och blir också bra beställare av externa resurser. De har kompetensen att beställa de tjänster de behöver och att använda dem på ett konstruktivt sätt. De har också kompetens att beställa hjälp innan problemen har uppstått eftersom de kan definiera situationer och arbetsförhållanden som är i riskzonen. Denna externa hjälp kan vara allt från utbildning och information i förebyggande syfte till direkt ingripande i en krissituation.

Det finns, som framgår av avsnitt 5.5.3, stora resurser för utbildning och kompetensutveckling inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Initiativen måste nu inriktas på att öka intresset för dessa frågor.

12.5.2 Utbildning av expertresurserna

Som har angetts i avsnitt 10.4.3 ställs det stora krav på specialistresurserna inom arbetsmiljö och rehabilitering i form av utbildning och kompetens, lyhördhet för marknadens behov och konsultativt förhållningssätt. Dessutom ställs krav på de externa resurserna att de skall vara ekonomiskt självbärande kunskapsföretag.

Specialistresursernas behov av kunskap för att kunna anpassa sig till den nya situationen avspeglas i den enkät (se 5.15) som Företagshälsovårdens Utvecklingsråd gjorde under våren 1992, bl a för att få veta inom vilka områden företagshälsovården önskade utbildning. De 361 företagshälsovårdsenheter, som besvarade enkäten av totalt cirka 1000 enheter, angav som främsta önskemål utbildning inom området "Hur man driver ett företag". För styrorganens ledamöter angavs företagshälsovårdens affärsidé och förutsättningar för företagshälsovården, ekonomi och marknadsföring som främsta önskemål. Beträffande den verkställande ledningen

angavs främst marknadsföring, ekonomi och ledarskap. När det gällde personalen önskades utbildning i marknadsanpassning och marknadsföring, ekonomi, allmän fortbildning och konsultativt arbetssätt.

För samtliga i enkäten angivna målgrupper (styrorganen, den verkställande ledningen respektive personalen) dominerade önskemålen om korta, regionalt eller lokalt förlagda utbildningar.

Arbetslivet präglas av snabba och stora förändringar vilket kräver flexibilitet, anpassningsförmåga och ny kunskap av både chefer och anställda. Motsvarande krav måste ställas på expertresurserna inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena för att dessa skall kunna fungera som ett stöd anpassat till de förändrade behov som blir följden. Förändringar i arbetslivet genererar behov av insatser inom nya kunskapsområden. En expertresurs inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena som har förutsättningar att anpassa sig till dessa förändringar karaktäriseras dels av god teoretisk utbildning samt kunskap om forskningsresultat och projektverksamhet inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena dels av förmåga att omsätta kunskaperna i praktiskt arbete.

De krav som enligt utredningens mening bör ställas på utbildningen är sammanfattningsvis följande.

- Allmänna krav på utbildningen

Utbildning inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena bör ske utifrån kunskap om forskningsresultat och goda praktiska exempel på hur arbetsmiljö- och rehabiliteringsproblem har lösts och de skall kunna erbjudas både på central, regional och lokal nivå. Gemensamma utbildningsavsnitt för olika yrkesgrupper inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena bör erbjudas för att ge en enhetlig kunskapsgrund och inriktning av arbetet samt för att underlätta det viktiga samarbetet mellan olika specialister. Varje specialist skall ha så stor kunskap om de övriga specialisternas områden att han eller hon kan bedöma när någon annan bör kopplas in i det aktuella uppdraget eller i arbetet med att rehabilitera en enskild anställd.

- Angelägna utbildningsområden

Den beteendevetenskapliga kompetensen är viktig eftersom arbetsmiljöproblemen hos många arbetsgivare anges vara av psykosocial natur. Kompetens inom områdena organisationsteori och gruppdynamik efterfrågas, liksom kompetens för att ta hand om samarbetsproblem, mobbning och missbruksproblem.

Den snabba utvecklingen inom arbetslivet sker också inom det tekniska området vilket medför krav på kunskaper om ny teknik och dess påverkan på människor, liksom när det gäller nya ämnen och kemikalier där risker kan finnas för både den inre och den yttre miljön.

Möjlighet till utbildning inom området "Hur man driver ett kunskapsföretag" är angelägen och efterfrågad av företagshälsovårdens personal. Området inkluderar tex marknadsföring och konsultativt arbetssätt.

Kvalitetsuppföljning och kvalitetssäkring av företagshälsovårdens verksamhet efterfrågas i dag, vilket framgår av en del av de promemorior som tillställts utredningen. För en extern expertresurs inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena torde det vara nödvändigt att kunna visa att man kan erbjuda hög kompetens och ändamålsenliga tjänster som ger goda resultat, för att kunna sälja sina tjänster.

● **Utbildningsanordnarna**

Enligt utredningens mening bör utbildning kunna erbjudas av många utbildningsanordnare i konkurrens för att öka intresset för att ordna utbildning inom nya områden utöver de traditionella "företagshälsovårdsområdena". För att utbildningarna skall kunna anpassas till lokala förhållanden och behov bör de kunna erbjudas på lokal och regional nivå. Utbildningarna bör innehålla såväl kunskap som bygger på nya forskningsresultat som praktiska exempel på hur man löst arbetsmiljöproblem och arbetar med rehabilitering på ett effektivt och bra sätt på olika arbetsplatser.

12.5.3 Statligt stöd till utbildningsanordnare

Det är ett offentligt intresse att utbildningen inom områdena arbetsmiljöarbete och rehabilitering ligger på hög kvalitativ nivå. För att arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringen skall fungera bra fordras goda kunskaper såväl hos arbetsgivarna och arbetstagarna som hos expertresurserna, som skall fungera som konsulter i detta arbete. Utbildningarna bör till en del finansieras med statliga medel för att inte kursavgifterna skall bli så stora att ekonomiska skäl hindrar deltagande. En statlig delfinansiering kan också ge möjlighet till viss styrning av utbildningarna vilket är befogat med tanke på det stora intresse det offentliga har av att ett effektivt och välfungerande stöd för arbetsgivare och arbetstagare finns i arbetet med arbetsmiljön och i rehabiliteringsarbetet.

De statliga instanserna för utbildning inom arbetsmiljö och rehabilitering är, som framgår av avsnitt 5.3, följande

- Arbetsmiljöinstitutet, inom vars ansvar ligger utbildning av bl a företagshälsovårdens personal
- Arbetsmiljöfonden, som bl. a. ger statligt bidrag till utbildning av skyddsombud och skyddskommittéledamöter
- Arbetslivsfonden, som ger bidrag till arbetsmiljö- och rehabiliteringsprojekt på arbetsplatserna. Projekten innehåller ofta utbildning och information
- Arbetslivscentrum, som anordnar konferenser och temadagar för vissa målgrupper, t. ex. forskare
- Högskolorna, som anordnar behovsanpassade utbildningar till olika grupper.

Arbetsmiljöinstitutet bedriver forskning och forskarutbildning inom arbetsmiljöområdet och tillhandahåller utbildning för bl a företagshälsovårdspersonal. Av sitt förvaltningsanslag avsätter institutet cirka 10 mil-

joner kronor per år för ändamålet. Enligt vad utredningen erfar planerar institutet att vidga målgrupperna för sin utbildningsverksamhet och vända sig såväl till personal inom företagshälsovården som till helt nya målgrupper som t. ex. personal med arbetsmiljöansvar i företagens linjeorganisationer, primärvårdspersonal och försäkringskassans personal. Institutet ämnar också intensifiera kontakterna med de regionala högskolorna och därigenom kan regionala utbildningar erbjudas. Enligt utredningens mening bör Arbetsmiljöinstitutet även i fortsättningen erhålla statligt bidrag till sin verksamhet som utbildare inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Det bör, enligt utredningens mening, i direktiv till institutet föreskrivas visst samråd i utbildningsplaneringen. Till den frågan återkommer utredningen i kapitel 16.

Arbetsarkyddstyrelsen bör också ges statliga medel att användas till stöd för regional utbildning inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena och till egna utbildningsinsatser.

Företagshälsovårdens Utvecklingsråd bör utifrån sin kunskap om arbetsgivarnas och de anställdas behov kunna bidra till att skapa en efterfrågestyrning av de utbildningar som erbjuds inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. FUR bör därför, under förutsättning att dess verksamhetsinriktning orienteras mot sådana arbetsuppgifter och att parterna ger samarbetet erforderlig stadga och erforderliga basresurser, enligt utredningens mening också ges möjlighet att initiera och ekonomiskt stödja utbildningsinsatser.

Utredningen föreslår att ett samrådsorgan för utbildningsfrågor bildas vid Arbetsarkyddstyrelsen med representanter från Arbetsmiljöinstitutet, FUR och andra intressenter som t. ex. Föreningen Svensk företagshälsovård, som representerar en stor del av den nuvarande företagshälsovården, Företagarnas Riksorganisation och Riksförsäkringsverket mot bakgrund av försäkringskassornas ansvar inom rehabiliteringsområdet.

Till frågan om fördelning av medel återkommer utredningen i kapitel 16.

12.5.4 Fackets roll i arbetsmiljöutbildningen på arbetsplatserna

Utöver den professionella utbildning, som bedrivs inom företagen bör också särskilda insatser göras för att sprida intresse och förståelse för vikten av god arbetsmiljö och rehabilitering. I det arbetet bör både lokala och regionala skyddsombud liksom skyddskommittéernas ledamöter kunna delta. Sådana insatser är särskilt angelägna i mindre företag där intresset för arbetsmiljöfrågor är litet eller obefintligt. De fackliga organisationerna har här ett ansvar för att se till att de förtroendevalda får utbildning och information om forskningsresultat och projektverksamhet så att de kan hävda arbetsmiljöaspekter på den ordinarie verksamheten.

12.6 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling behövs både för kontroll av kvaliteten i företagens arbete för arbetsmiljö och rehabilitering och för kontroll

av att specialistinsatserna görs på ett effektivt och adekvat sätt. Kontrollen vid företagen är nödvändig med hänsyn dels till deras eget intresse av att erbjuda god arbetsmiljö, dels till de skyldigheter de har att uppfylla enligt lagstiftningen på området. Företaget skall bl. a. bedriva internkontroll, dvs. systematisk planering, ledning och kontroll av arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet. Den offentliga kontrollen av företagens arbetsmiljöverksamhet sker genom Yrkesinspektionens tillsynsverksamhet.

Kvaliteten på de tjänster externa producenter erbjuder förväntas öka vid förbättrade möjligheter till konkurrens mellan dessa producenter. Utvecklingen går framåt när man inom olika verksamheter finner nya sätt att möta konkurrens från andra och får utrymme att utveckla sina egna idéer. I avsnitt 12.4.2 diskuteras behovet av tillsyn över använda specialistresurser utgående från individens krav. Externa producenter bör därutöver själva ha ansvar för säkringen av kvaliteten på de tjänster de erbjuder. Uppdragsgivaren saknar oftast kunskaper för att kunna bedöma de metoder som producenten använder sig av. Detta är emellertid inget unikt för denna verksamhet. Sedan de krav som kan ställas utifrån individens intressen tillgodosetts bör det ankomma på arbetsgivarna att, enskilt eller i samverkan, ta fulla ansvaret för de resurser som engageras. Hur denna kvalitets-säkring skall utformas kan självfallet också bli föremål för avtal mellan parterna på arbetsmarknaden.

Förutom den kontroll av producenterna, som enligt föregående avsnitt kan utövas, har aktualiserats ytterligare en möjlighet till kontroll genom någon form av offentlig auktorisation för att garantera en kvalitetsmässig minimistandard. Enligt utredningens mening vore emellertid en sådan reglering inte till gagn för en effektiv och flexibel produktionsstruktur. Sveriges åtagande enligt ILO-konventionen kan eventuellt tvinga fram sådana åtgärder. Frågan behandlas vidare i kapitel 19 om Sveriges åtaganden enligt ILO-konventionen.

12.7 Lagstöd i arbetsmiljölagen

Frågan om lagreglering för anslutning av företag till företagshälsovård behandlades bl. a. i regeringens proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering. Föredragande statsrådet framhöll därvid att lagstiftning inte är den rätta vägen för att öka anslutningen av företag. En lagreglering skulle, enligt statsrådets uppfattning, bli verkningslös om den inte också innebar en motsvarande skyldighet för någon eller några att tillhandahålla företagshälsovård. I propositionen anfördes också, att en lagreglering skulle kunna uppfattas som ett hinder för parternas inflytande på utformningen av företagshälsovården och därmed minska deras intresse och engagemang.

Utredningen delar den i propositionen redovisade uppfattningen. Inte heller sedan statsbidraget dragits in är det önskvärt att införa en lagreglerad och i princip obligatorisk företagshälsovård. Erforderlig stadga och stimulans för en flexibel och effektiv resursstruktur bör i stället kunna åstadkommas genom avtal på lämpliga nivåer mellan arbetsmarknadens parter.

Utredningen föreslår ändringar i arbetsmiljölagen, avsedda att tydliggöra

företagens behov av resurser för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet, och vidare en ändring avsedd att stödja inrättande av för arbetsgivaren och arbetstagarna gemensamma, rådgivande expertresurser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena.

12.7.1 Arbetsmiljölagen, en ramlag

Arbetsmiljölagen är en ramlag som kompletteras genom föreskrifter som meddelats med stöd av lagen. Till lagen ansluter den av regeringen utfärdade arbetsmiljöförordningen, som innehåller bemyndiganden för Arbetskyddsstyrelsen att meddela föreskrifter om arbetsmiljölagens tillämpning. I förordningen finns också bestämmelser om den lokala arbetsmiljöverksamhetens och tillsynens utövande. Avsikten är således att arbetsmiljölagens allmänna bestämmelser skall preciseras genom föreskrifter från Arbetskyddsstyrelsen eller kunna åberopas i enskilda fall vid ingripanden av Yrkesinspektionen.

Arbetsgivarens skyldigheter enligt arbetsmiljölagen är inte inskränkt till omedelbara, konkreta skyddsåtgärder. Lagen innebär också krav på att verksamheten organiseras och drivs på ett sätt som gör det möjligt att åstadkomma en tillfredsställande arbetsmiljö.

Arbetsmiljölagens karaktär av ramlag innebär att lagen i princip anger målen för arbetsmiljöns beskaffenhet och allmänna skyldigheter för de skyddsansvariga. Det är däremot i princip inte förenligt med ramlagstanken att i lagen också ange medel och metoder för att uppnå målen.

12.7.2 Förslag till ändringar i arbetsmiljölagen

Förslagen till ändrad lagtext i berörda delar av arbetsmiljölagen, med angivande dels av arbetsmiljölagens nuvarande lydelse, dels av den föreslagna lydelsen, redovisas här nedan. Motiveringen till föreslagna ändringar redovisas i anslutning till varje berörd paragraf.

Först diskuteras nuvarande bestämmelse om skyldighet för arbetsgivaren att i vissa fall föranstalta om företagshälsovård.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 Kap

2 §

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

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

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

Paragrafens nuvarande lydelse innebär således att arbetsgivaren om arbetsförhållandena det påkallar skall föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver det.

Bestämmelsen har ansetts ha liten praktisk betydelse. Den kan också ge intryck av att behov av experthjälp i arbetet för arbetsmiljö och rehabilitering föreligger endast under speciella omständigheter. Detta är olyckligt. Enligt utredningens mening är de krav, som följer av de allmänna stadgandena i AML och 22 kap AFL av sådan art och räckvidd, att företagen i gemen har behov av tillgång till särskilda inbyggda och/eller externa expertresurser för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering.

Utredningen föreslår därför att 2 § 2 st utgår. Dessutom föreslås att 3 kap 2 a § AML får den ändrade lydelse som framgår nedan:

3 Kap

2 a §

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

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

Arbetsgivaren skall systematisk planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att arbetsmiljön uppfyller kraven i denna lag och i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Han skall utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds därav. *Erforderliga resurser skall avsättas för ändamålet.* Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidsplaneras.

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

Nuvarande lydelse

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

Föreslagen lydelse

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

I paragrafens första stycke anges skyldigheter för arbetsgivaren, som sammantagna innebär krav på en på lämpligt sätt organiserad arbetsmiljöverksamhet.

För att uppfylla kraven enligt denna paragraf förutsätts att arbetsgivaren fastställer en arbetsmiljöpolicy, som anger mål och medel för det långsiktiga arbetet med verksamhetens arbetsmiljö. För att nå målet kan arbetsgivaren – enligt Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om internkontroll av arbetsmiljön – till exempel behöva avsätta pengar, ändra fördelningen av arbetsuppgifter, befogenheter och resurser samt ge de anställda ytterligare kunskaper.

Arbetsgivarens ansvar enligt denna paragraf har kunnat uppfattas så att arbetsgivaren med sina inom företaget tillgängliga resurser skall svara för att kraven blir uppfyllda. Tolkningen att krav på insatser av externa resurser i princip inte skulle få förekomma på annat sätt än med tillgripande av åläggande om anslutning till företagshälsovård med stöd av 3 kap 2 § andra stycket förekommer också.

Arbetsgivaransvaret enligt föreliggande lagrum kan också tolkas så, att arbetsgivaren skall se till att ekonomiska resurser avdelas för ändamålet, att det finns en lämplig organisation för arbetet och en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan berörda aktörer, d v s att det *inte* är nödvändigt att med interna resurser kartlägga, bedöma behov av och genomföra alla åtgärder som skall ingå i ett systematiskt arbetsmiljöarbete. I detta ansvar ligger en frihet att bedöma huruvida interna eller externa resurser skall användas. Den senare tolkningen ligger helt i linje med den målstyrning som alltmer börjat tillämpas och som utredningens förslag i övrigt också har som utgångspunkt.

Utredningen finner det angeläget att det föreligger klarhet om hur långt arbetsgivaransvaret och Yrkesinspektionens rätt att ställa krav sträcker sig. Det är särskilt viktigt då avvecklingen av statsbidragen till företagshälsovård kan komma att föra med sig ökad spridning av uppdrag till externa uppdragstagare. Utredningens här framförda förslag syftar till en komplettering av 3 kap 2 a § så att det tydligt framgår att arbetsgivaren svarar för att erforderliga resurser avsätts för arbetet med verksamhetens arbetsmiljö. Arbetsgivaren har därvid att välja huruvida resurserna skall finnas internt inom företaget eller köpas av externa stödorgan och konsulter. Någon permanent anslutning till den ena eller andra stödformen är det inte fråga om.

Yrkesinspektionen ges genom här föreslaget stadgande möjligheter att i de enskilda fallen, när andra åtgärder visat sig inte ha effekt, också kunna ställa krav på konkreta åtgärder som bör sättas in och utifrån detta vilka interna eller externa resurser som kan behövas. Yrkesinspektionen får då möjlighet att i samband med uppkomna problem på en arbetsplats hävda att de åtgärder som behöver vidtas för att lösa ett visst problem kräver vissa typer av resurser.

Arbeterskyddsstyrelsen skall för sin del verka för ett situationsanpassat arbetssätt. Styrelsen bör ha som uppgift att utveckla underlaget för Yrkesinspektionens arbete, bla i form av indikatorer för att kunna avläsa arbetsmiljöns beskaffenhet.

Vidare föreslås arbetsmiljölagen kompletteras med följande bestämmelse till skydd för sekretess.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 Kap

4 a §

Den som i arbetsgivarens verksamhet vid fullgörande av skyldigheter som avses i detta kapitel fått kännedom om en enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt får inte obehörigen röja det han fått veta.

Tystnadsplikt gäller också för den som arbetsgivaren anlitar till fullgörande av skyldigheterna enligt första stycket om den som anlitas fått kännedom om förhållanden som sägs i första stycket vid fullgörande av uppdraget.

I princip gäller för närvarande helt skilda system för enskild respektive allmän företagshälsovård vad beträffar tystnadsplikt och sekretess till skydd för uppgifter om arbetstagares hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Inom sådan företagshälsovård som drivs i offentlig regi, dvs. direkt av det allmänna (stat, landsting eller primärkommun) gäller bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100). Sekretesslagen gäller således endast för myndigheter, offentliga funktionärer och personer med anställning eller uppdrag hos myndigheten. Sekretesslagen omfattar bl. a. hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, myndighets personalsociala verksamhet och personaladministrativa verksamhet men inte annan rehabiliteringsverksamhet än sådan som ingår i nämnda verksamheter.

För den privata företagshälsovården – till vilken i detta sammanhang även skall räknas sådan företagshälsovård, som av stat, landsting eller primärkommun drivs i privaträttslig form (t. ex. Statshälsan), gäller bestämmelserna om tystnadsplikt i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (tillsynslagen), i arbetsmiljölagen (1977:1160) och i lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder. Ifrågava-

rande bestämmelser i tillsynslagen avser den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen.

Bestämmelserna i arbetsmiljölagen finns i 7 kap 13 § och reglerar tystnadsplikten för skyddsombud, skyddskommittéledamöter och för den som deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Skyddsingenjörer m. fl. yrkeskategorier har normalt inte ansetts tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen och omfattas därför inte av tillsynslagen. Av anställningsförhållandet får dock anses följa att även dessa grupper kan vara underkastade tystnadsplikt i fråga om uppgifter om arbetstagarens hälsotillstånd och personliga förhållanden. Det rör sig i detta fall dock inte om någon straffsanktionerad tystnadsplikt och ett ingripande kan endast ske genom civilrättsliga åtgärder. Då omfattningen av en sådan oreglerad tystnadsplikt i viss mån är oklar, har ansetts lämpligt att denna arbetsrättsliga tystnadsplikt regleras genom avtal. I avsnitt 12.3 i betänkandet har återgetts vissa delar av i tidigare avtal förekommande uttalanden rörande sekretessfrågor.

Syftet med den i 3 kap 4 a § föreslagna nya bestämmelsen i arbetsmiljölagen är att samlat reglera skyddet för den enskilde arbetstagarens personliga förhållanden i enskild verksamhet. Bestämmelsen skall gälla den verksamhet som arbetsgivaren bedriver vid fullgörande av de skyldigheter som avses i 3 kap arbetsmiljölagen. Paragrafen har utformats så att den kan omfatta såväl arbetsgivarens verksamhet inom företaget som de externa resurser han kan anlita. Med de senare avses t. ex. konsulter, uppdragstagare, entreprenörer och andra som inte omfattas av tillsynslagens bestämmelser.

Utredningen har inte närmare analyserat behovet av att i paragrafen hänvisa till gällande bestämmelser i annan lagstiftning.

För att bestämmelser motsvarande vad här föreslagits skall gälla också i allmän verksamhet föreslår utredningen att komplettering sker av bestämmelserna i sekretesslagen.

I fråga om straffsanktioner som kan drabba den som begår brott mot tystnadsplikten gäller bestämmelserna i brottsbalken. Brottsbalkens regler kan åberopas först efter det att brottet begåtts. En preventiv effekt kan däremot uppnås genom att i avtal upplysa om sekretessreglerna och om sanktioner vid brott mot tystnadsplikten.

Utredningen föreslår vidare följande kompletterande bestämmelse angående samverkan i syfte att åstadkomma för arbetsgivare och arbetstagare gemensamma arbetsmiljöresurser.

6 kap
1 §

Arbetsgivare och arbetstagare skall bedriva en på lämpligt sätt organiserad *arbetsmiljö*verksamhet.

Arbetsgivare och arbetstagare skall bedriva en på lämpligt sätt organiserad verksamhet *för arbete med arbetsmiljön och på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Därvid skall arbetsgivaren och arbetstagarerna, om det inte är uppenbart onödigt, verka för att gemensamma, rådgivande resurser för arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten finns att tillgå.*

Förslaget till ändring av denna paragraf i första meningen innebär att ett tillägg gjorts för att bestämmelsen även skall omfatta krav på en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

I paragrafen föreslås också ett tillägg med innebörden att parterna skall verka för att gemensamma, rådgivande resurser för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet finns att tillgå. Bestämmelsen ovan tar sikte på just gemensamma resurser. Härmed avses inte gemensamt ägda eller drivna resurser utan resurser som båda parter har ett inflytande över. Huruvida dessa skall vara desamma som arbetsgivaren använder för att uppfylla de åligganden som hon i övrigt har enligt arbetsmiljölagen eller om de skall organiseras särskilt, skall enligt förslaget inte regleras.

Om behov föreligger av ifrågavarande resurser men där arbetsgivaren likväl inte föranstaltat härom, är det i första hand en uppgift för den fackliga organisationen att verka för att en överenskommelse om sådana resurser träffas. Enligt vad som t. ex. påpekats i arbetsmiljökommisionens betänkande Arbete och hälsa är det arbetsmarknadsparternas skyldighet att tillämpa lagen och fylla ut ramen med t. ex. avtal.

Som framgår av proposition 1976/77:149 har Yrkesinspektionen inte befogenhet att ingripa med tvångsmedel för att trygga efterlevnaden av samverkansreglerna i 6 kap AML. Om någon av parterna undandrar sig medverkan till att skapa de resurser som avses genom förslaget tillägg till 6 kap 1 § AML kan Yrkesinspektionen således inte ingripa på annat sätt än inom ramen för sin allmänna skyldighet att se till att det finns en fungerande partsamverkan. Lagen om rättegången i arbetstvister (1974:371) äger tillämpning på tvister om kollektivavtal och andra tvister rörande förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare (arbetstvist). Denna lag åberopas i 6 kap 13 § AML, som i sin tur syftar på mål om tillämpningen av 10 och 11 §§, som avser förutsättningarna för skyddsombudens verksamhet. Talan förs i sådana fall direkt vid arbetsdomstolen i tvister som väckts av arbetsgivarorganisation, arbetstagarorganisation eller arbetsgivare, som själv slutit kollektivavtal, om det finns kollektivavtal mellan parterna. Andra arbetstvister prövas av tingsrätt i första instans och om det finns kollektivavtal av arbetsdomstolen om målet fullföljs.

Slutligen föreslås följande ändring av 6 kap 9 § AML.

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

1. företagshälsovård,

2. handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §,

3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,

4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,

5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön,

6. arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället.

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

1. organisation och resurser för arbetet med arbetsmiljön och för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten

2. dokumentering av arbetsmiljön och arbetet med denna samt handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §.

3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,

4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,

5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.

Förslaget innebär en utveckling av skyddskommitténs uppgifter på vissa punkter och därmed också en anpassning till det synsätt på hanteringen i lagsammanhang av resurser för arbetsmiljö och rehabilitering, som utredningen förordar.

I den första punkten, vid uppräknningen av uppgifter, har ordet "företagshälsovård", som konsekvens av ändringarna i övrigt, ersatts av "organisation och resurser för arbetet med arbetsmiljön och för anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten". Den andra punkten som för närvarande bara anger handlingsplaner lyder enligt förslaget "dokumentering av arbetsmiljön och arbetet med denna samt handlingsplaner". En förutsättning för att kunna diskutera organisation och resurser för arbetsmiljö och rehabilitering är tillgång till dokumentation om arbetsmiljöns beskaffenhet och om hur arbetet därmed bedrivs.

Enligt förslaget utgår punkt 6 i paragrafen i dess nu gällande lydelse, som en konsekvens av i övrigt föreslagna ändringar.

12.7.3 Konsekvensändringar till följd av ändringar i arbetsmiljölagen

De föreslagna ändringarna i regleringen av företagshälsovården föranleder ändringar i ett flertal författningar och regler. Exempel på bestämmelser

som berörs finns i

- Arbetsmiljöförordningen (SFS 1977:1166 med ändringar)
- Lagen (1962:381) om allmän försäkring (2 kap 6 § om resekostnader)
- Lag (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader
- Läkarvårdstaxan (SFS 1974:699)
- Förordning med instruktion för Arbetarskyddsverket (SFS 1988:730, ändrad genom SFS 1991:174)
- Förordning med instruktion för Arbetsmiljöinstitutet (SFS 1988:732)
- Förordning med instruktion för Arbetslivsfonden (SFS 1990:130)
- Lagen (SFS 1928:370) om ändring i kommunalskattelagen.

Många av de ändringar som aktualiseras är av mera formell natur och sammanhänger med användningen av begreppet företagshälsovård i olika författningar.

Behovet av ändring av bestämmelserna i lagen om ändring i kommunalskattelagen behandlas i avsnitt 12.10.

Härutöver vill utredningen något beröra behovet av ändring av instruktionerna för Arbetarskyddsverket och Arbetsmiljöinstitutet.

Arbetarskyddsverket

Arbetarskyddsstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för arbetsmiljöfrågor och därmed den myndighet som har ett samlat offentligt ansvar för hur arbetsmiljöarbetet i dess helhet inom samhället fungerar och utvecklas. Som anförts i avsnitt 12.2.2 ställer detta stora krav på initiativ och på att styrelsen engagerar sig i alla olika aktiviteter som kan bidra till att åstadkomma ett effektivt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete. Utredningen har också den uppfattningen att Arbetarskyddsstyrelsen skall ha till uppgift att fördela vissa medel för stöd till småföretagen, i syfte att utveckla kunskaper och medvetenhet i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering liksom en konkret roll i utbildning och kompetensutveckling. Förslag härom redovisas i avsnitten 12.5.3 och 13.2. I inget av här angivna avseenden torde någon ändring av Arbetarskyddsstyrelsens instruktion vara erforderlig. Uppgifterna ligger väl i linje med instruktionen så som den nu är formulerad. Vad som erfordras är resurser. Förslag om resurstillskott redovisas i kapitel 16.

Enligt instruktionen för Arbetarskyddsverket skall både Arbetarskyddsstyrelsens och Yrkesinspektionen bl a främja företagshälsovårdens utveckling. Dessa regler bör ändras. Det är med utredningens synsätt angeläget att genom en ändring särskilt betona Arbetarskyddsstyrelsens och Yrkesinspektionens roll i utvecklingen av och tillgång till arbetsmiljö- och rehabiliteringsresurser. Lämpligen stadgas i 5 § punkt 9 instruktionen att *Arbetarskyddsstyrelsen i samverkan med berörda myndigheter skall följa utvecklingen av resurser för arbetsmiljö och rehabilitering och verka för en effektiv och flexibel resursstruktur*. Motsvarande bör beträffande Yrkesinspektionen stadgas i 30 § punkt 6.

Omständigheter som motiverar en motsvarande översyn av instruktionen för Arbetsmiljöinstitutet är behovet av omformulering av institutets uppgifter till att också omfatta uppgifter inom rehabiliteringsområdet liksom behovet av ett förtydligande av uppgifterna när det gäller en för företagen och andra målgrupper behovsanpassad utbildning.

Utredningen anser också att av instruktionen bör framgå en skyldighet för institutet att vid uppläggningsen av forskningsverksamheten och i utbildningen ta till vara erfarenheterna av Arbetarskyddsverkets tillsyns- och kontrollverksamhet. Verksamheten bör således vara anpassad både till statsmakternas intentioner och till behovet av kompetenshöjande insatser m. m. vid företagen. *Utredningen föreslår* därför att Arbetsmiljöinstitutets instruktion ses över.

12.8 Differentierade arbetsgivaravgifter

Företagens villighet att göra insatser för arbetsmiljö och rehabilitering kan påverkas genom direkta åtgärder, som påverkar de enskilda företagens kostnadsbelastning. Vad som därvid har legat närmast till hands att diskutera är en differentiering av arbetsgivaravgifterna.

Även andra former för en sådan påverkan av incitamentstrukturen är möjliga, såsom t. ex. en nedsättning av avgiftsbördan baserad på de konkreta insatser som företaget har gjort för arbetsmiljö och rehabilitering. Det är också möjligt att ge incitamenten karaktären av lån, som erbjuds företagen för dokumenterade insatser av detta slag.

Vid en bedömning av hur sådana incitament kan påverka företagens beteende är det viktigt att beakta att det enskilda företaget måste kunna uppleva en direkt och tydlig och i tiden nära liggande koppling mellan de incitament som erhålls och de insatser för arbetsmiljö och rehabilitering som görs. Det är viktigt att de förbättringar i lönsamhet och likviditet som incitamenten erbjuder kan göra sig märkbara på relativt kort tid.

Överväganden bör också göras om hur en lämplig klassificering av företagen kan göras efter graden av hälsorisker. Andra överväganden gäller om incitamenten skall baseras på den absoluta nivån för hälsoläget i frånvaro, om det är det relativa läget i förhållande till andra "motsvarande" företag som bedömningen skall baseras på eller om det är graden av förändring som sådan som bör premieras.

Utredningen har låtit utarbeta en idé-PM för att illustrera en tänkbar väg att utveckla ett system för differentierade arbetsgivaravgifter. Den bifogas som *bilaga 4*. Den modell som där presenteras kombinerar ett system på förmånssidan som är offentligt reglerat, och som bibehåller ett offentligt ansvar för samordning av den enskildes rehabilitering med en differentiering av avgifterna som lyder under privaträttsliga regler och som kan följa rent försäkringsmässiga principer. En koppling till resurser för och stöd i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering åstadkoms i denna modell.

Det faller utanför ramen för denna utredning att närmare värdera denna eller andra modeller för hur ett system för differentierade arbetsgivaravgif-

ter till slut skall utformas. Utredningen har i denna del velat tillföra övervägandena ytterligare en intressant modell och föreslår, att frågan om differentierade arbetsgivaravgifter nu av statsmakterna tas upp till en bred belysning. **Det är utredningens mening att fördelarna med att införa differentierade arbetsgivaravgifter överstiger nackdelarna, och att de senare bör kunna bemästras.**

12.9 Vissa frågor angående finansiering av arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet

Nya finansieringskällor har tillkommit, och kan tillkomma, till följd av nya regler och beslut av statsmakterna. Ett exempel är skapandet av Arbetslivsfonden och fondens möjlighet att erbjuda arbetsgivarna ekonomisk hjälp till arbetsmiljöutveckling och utveckling av rehabiliteringsarbetet. Detta har ökat arbetsgivarnas intresse av att få hjälp med arbetsplatsprogram för ansökan om medel från fonden och intresse av externt deltagande i projekt på arbetsplatserna. De arbetsgivare som idag inte gör personalekonomiska redovisningar kan komma att få behov av hjälp med att arbeta fram rutiner för att göra dessa.

Försäkringskassornas möjlighet att köpa yrkesinriktade rehabiliteringstjänster till sjukskrivna är också en företeelse, som påverkar de finansiella förutsättningarna. Försäkringskassorna har, inom en fastställd budgetram, möjlighet att köpa yrkesinriktade rehabiliteringstjänster till sjukskrivna personer. Dessa köp får emellertid inte avse insatser som arbetsgivarna är skyldiga att bekosta. Rehabiliteringstjänsternas innehåll kan vara av olika slag, t ex utredning av vilken typ av arbetsuppgifter den sjukskrivne klarar av, fysisk träning, information av olika slag, yrkesrådgivning samt social och psykologisk utredning, stöd och hjälp. När nu det särskilda statsbidraget till företagshälsovården upphör, kan försäkringskassan betrakta de producenter, som vänder sig till arbetsgivarna med insatser för arbetsmiljö och rehabilitering, på samma sätt som andra producenter. Insatser som inte är sådana som arbetsgivarna skall betala kan sålunda komma i fråga för köp från försäkringskassan. Enligt vad utredningen erfarit avser Riksförsäkringsverket att göra försäkringskassorna uppmärksamma på de ändrade förutsättningarna i detta avseende.

Försäkringskassans krav på arbetsgivarna att göra rehabiliteringsutredningar är ett annat exempel som närmare beskrivs i avsnitt 10.4.2. För närvarande åligger det i vissa fall försäkringskassan att utan ersättning genomföra rehabiliteringsutredningen om företaget självt inte gör den eller anlitar företagshälsovården. Detta ger ett felaktigt incitament till arbetsgivaren. För denna bör det framstå som naturligt att i den mån hon inte själv kan genomföra utredningen anlita konsulttjänster och då också betala för dessa. Detta bör gälla också i det fall försäkringskassan övertar rehabiliteringsutredningen. Försäkringskassan bör därför kunna debitera arbetsgivarna en avgift i de fall kassan övertar ansvaret för en rehabiliteringsutredning.

Om arbetsgivaren inte anser sig kunna göra en rehabiliteringsutredning och behöver hjälp, skall hon i första hand vända sig till en extern speciali-

stresurs för att få denna hjälp. Det kan t. ex. röra sig om en anställd med omfattande och komplex problematik, som innefattar såväl medicinska och arbetsrelaterade problem, som psykiska och sociala. Om arbetsgivaren inte gör utredningen och inte anlitar extern hjälp, bör, enligt utredningens mening, försäkringskassan göra utredningen och debitera arbetsgivaren för arbetsinsatsen. Det kan t. ex. gälla den situationen att arbetsgivaren, trots påminnelser från kassan, inte gör någon utredning vilket har till följd att den sjukskrivnes rehabilitering fördröjs och försvåras.

Avgiften som arbetsgivaren betalar för försäkringskassans arbetsinsats bör enligt utredningens mening tillfalla statskassan. Försäkringskassan har därigenom inte något ekonomiskt intresse av att göra rehabiliteringsutredningar och blir inte någon konkurrent till de externa specialistkonsulterna inom rehabiliteringsområdet.

Utredningen föreslår i enlighet med ovanstående en ändring i lagen om allmän försäkring.

12.10 Förslag till ändring i lagen om allmän försäkring

Bestämmelsen i 22 kap 3 §, sista stycket, lagen om allmän försäkring, har för närvarande följande lydelse. "Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl för det."

Utredningen föreslår att stycket får följande ändrade lydelse. "I det fall arbetsgivaren inte gör rehabiliteringsutredning, och det inte bedömts obehövt, skall försäkringskassan överta ansvaret för utredningen. Om så sker skall arbetsgivaren till staten betala för kostnaden i enlighet med av regeringen meddelade föreskrifter."

Paragrafens utformning i sin helhet enligt förslaget framgår här nedan:

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

22 Kap

3 §

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Nuvarande lydelse
 Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det. Lag 1991:1040.

Föreslagen lydelse
 I det fall arbetsgivaren inte gör rehabiliteringsutredning, och det inte bedömts obehövt, skall försäkringskassan överta ansvaret för utredningen. Om så sker skall arbetsgivaren till staten betala för kostnaden i enlighet med av regeringen meddelade föreskrifter.

Utredningen anser att en arbetsgivare som själv inte kan, eller inte vill, göra en rehabiliteringsutredning bör anlita konsulttjänst och betala för denna. Samma förhållande bör gälla om försäkringskassan gör rehabiliteringsutredningen.

Det kan tilläggas att Riksförsäkringsverket i sitt yttrande över Arbetsmiljööfondens betänkande Arbete och hälsa (SOU 1990:49), framför åsikten att försäkringskassan skall ha möjlighet att ta betalt av arbetsgivaren i de fall kassan gör rehabiliteringsutredning. Socialförsäkringsutskottet delade verkets åsikt i denna fråga. I sitt betänkande 1991/92:SfU 5, anges att en sådan form av åläggande skulle motverka risken för att arbetsgivare lastar över utredningskostnaden på försäkringskassan.

12.11 Vissa övriga åtgärder

12.11.1 Skatteregler

I det föregående, i avsnitt 5.14, har en redogörelse lämnats för gällande skatteregler.

Utredningen konstaterar att de förutsättningar för företagens rätt till avdrag för företagshälsovård som anges i kommunalskattelagen (SFS 1928:370) kommer att förändras. Förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård väntas — även om formellt beslut ännu ej föreligger — upphöra att gälla och riktlinjerna avseende företagshälsovård i avtalet mellan SAF och LO/PTK upphörde att gälla från och med juli 1992. Två av förutsättningarna för skattefrihet kommer därmed att falla bort. Detta innebär att arbetsgivaren enligt nuvarande bestämmelser i kommunalskattelagen (SFS 1928:370) från och med den 1 januari 1993 inte längre skulle ha rätt till avdrag för kostnader för sjukvård för anställda som meddelas genom arbetsgivarens försorg. I anvisningar till kommunalskattelagen (SFS 1987:1303) 20 § stadgas nämligen bl. a. följande.

”Till kostnader för hälsovård, sjukvård samt företagshälsovård, för vilka avdrag inte medges enligt denna paragraf, räknas

- kostnader för hälso- och sjukvård för vilken ersättning inte utges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i den mån kostnaderna inte avser antingen sjuk- och tandvårdskostnader som uppkommer vid insjuknande i samband med tjänsteförrättning utomlands eller sjuk- och tandvårdskostnader för anställd som inte är försäkrad enligt lagen om allmän försäkring,
- kostnader för företagshälsovård som inte uppfyller villkoren för bidrag enligt förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård samt

- kostnader för sådan verksamhet som avser rehabilitering eller liknande och som inte bedrivs efter grunder som fastställs i kollektivavtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer.”

Utredningen lägger fram olika förslag som är avsedda att tydliggöra företagets behov av resurser för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet. Utredningen föreslår också en ändring i arbetsmiljölagen, avsedd att stödja inrättande av för arbetsgivaren och arbetstagarna gemensamma rådgivande expertresurser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Denna resurs är inte en motsvarighet till dagens företagshälsovård, utan syftar specifikt på behovet av just gemensamma resurser.

Att insatser för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete är avdragsgilla torde vara uppenbart. De fordrar inte någon särskild reglering. I sammanhanget är därför av särskilt intresse endast frågan om avdragsrätt för sjukvårdande insatser. Enligt gällande bestämmelser är sjukvårdsförmåner ej skattepliktiga hos den anställde.

Utredningens uppfattning är att arbetsgivarna behöver ha tillgång till medicinsk kompetens i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering. Den direkta sjukvården för anställda bör dock inte ingå i detta arbete. Härvid bortses från viss akutsjukvård på arbetsplatsen.

Samtidigt kan konstateras att gränserna mellan den direkta sjukvårdande verksamheten och arbetet med rehabiliteringen är oprecisa och inte medger en klar avgränsning. Utredningen anser att kostnader för medicinska resurser i arbetsmiljö och rehabilitering även i fortsättningen bör utgöra kostnader för vilka företag skall kunna få avdrag. I fråga om de direkta individuella medicinska vårdinsatserna bör dock *följande kriterier för skattefrihet* ställas upp.

Möjligheterna att erhålla vård som anordnas av arbetsgivaren skall gälla på lika villkor för samtliga arbetstagare och vara av rimlig omfattning. Omfattningen av vad som skall anses rimligt bör vara beroende av bl. a. verksamhetens art. Betydande skillnader i fråga om det faktiska behovet kan förekomma mellan olika branscher. Avdrag för kostnader motsvarande vad som är brukligt i branschen bör godtas. Om ett företag tex av konkurrensskäl utökar omfattningen av sjukvårdsförmåner för sina anställda utöver vad som är normalt för branschen bör avvikelser innebära att rätt till avdrag inte föreligger.

Med det formulerade förslaget uppnås, att erbjudande om sjukvård för de anställda inte kan ske med åtnjutande av avdragsrätt för arbetsgivaren om det används som förmån för viss eller vissa anställda hos en arbetsgivare eller om det utgör konkurrensmedel mellan företag i en bransch. Återstår frågan om erbjudande av sådana förmåner av betydande omfattning skulle bli en allmän företeelse i en bransch eller inom arbetslivet som helhet. En sådan utveckling förefaller inte sannolik. Inte desto mindre finns det, mot bakgrund av de syften som tidigare formulerats och som det inte finns anledning för utredningen att ifrågasätta, anledning att ytterligare stadga, att kostnader för sjukvårdsförmåner som får en omfattning och inriktning som uppenbart avviker från vad som kan vara motiverat med hänsyn till arbetslivets behov och krav inte skall vara avdragsgilla. *Utred-*

12.11.2 Remiss, avgifter, högkostnadsskydd m.m.

Fram till utgången av år 1990 fastställdes patientavgifter avseende öppen vård av regeringen efter s. k. Dagmaröverläggningar.

Patientavgifterna innefattade även remisser för röntgen- och laboratorieundersökningar eller -behandlingar samt för det första läkarbesök som sker med anledning av remiss. Ingen avgift fick tas ut av patient som remitterats från privatpraktiserande läkare som är ansluten till försäkringen. Inte heller från läkare vid företagshälsovårdsmottagning som uppfyllde villkoren för bidrag enligt förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård, förutsatt att patienten betalat avgift vid besöket hos den remitterande läkaren eller genom högkostnadsskyddet varit befriad från avgift. Om dessa villkor inte uppfyllts fick avgift tas ut som vid annat läkarbesök.

Från och med den 1 januari 1991 får sjukvårdshuvudmännen själv besluta om avgifter i öppen vård. Fem huvudmän har infört patientavgift för röntgen- och laboratorieundersökningar och hälften av huvudmännen har infört avgift för första remissbesök hos specialistläkare.

För remisser till röntgen- och laboratorieundersökningar från privatpraktiserande läkare som inte är anslutna till försäkringen, har sjukvårdshuvudmännen kunnat ta ut avgift som i princip motsvarat hela kostnaden för undersökningen.

Enligt gällande ordning kan remisser från företagshälsovård från den 1 januari 1993 jämföras med remisser från privatläkare som inte är anslutna till försäkringen. En ordning där sjukvårdshuvudmän har möjlighet att ta ut full kostnadstäckning för remisser från läkare som företagen anlitar för sin arbetsmiljö- och rehabiliteringsverksamhet skulle i och för sig kunna utgöra skäl för att ta fram formella regler för remissrätt med åtföljande regelsystem för registrering av vårdgivare m.m.

Det synes utredningen rimligt att man på fråga om företagsläkares remissrätt bör anlägga ett mer praktiskt synsätt. Följande exempel avses belysa detta.

En företagsläkare finner att den anställde på grund av sjukdom är i behov av en röntgenundersökning. Två vägar står i nuläget öppna för honom:

- han kan remittera patienten direkt till röntgen och riskera att patienten får betala full kostnad för undersökningen
- han kan remittera patienten till huvudmannens läkarmottagning, där patienten erlägger fastställd patientavgift. Den senare läkaren remitterar förhoppningsvis patienten till röntgen där patienten hos vissa sjukvårdshuvudmän får erlägga ytterligare en patientavgift.

Även med bortseende av alla medicinska ansvarsfrågor som den senare remissordningen innebär är förfarandet ur olika synpunkter mindre rationellt.

Utredningen förordar ett praktiskt tillvägagångssätt där patienten vid

ifrågavarande remiss erlägger av sjukvårdshuvudmannen fastställd patientavgift. Fördelen med förslaget är bl. a. att patienten då blir berättigad till övriga förmåner i regelsystemet, nämligen ersättning för resekostnader och högkostnadsskydd. Detta leder i sin tur till smidigare administrativa rutiner och förbättrade förutsättningar för företagsläkaren att arbeta på samma villkor som andra läkare.

Ovanstående aktualiserar frågan om en mera genomgripande översyn av de privata vårdgivarnas anslutning till försäkrings- och vårdssystemet. Denna fråga ligger emellertid utanför utredningens uppdrag. Emellertid pågår för närvarande två statliga utredningar som berör hithörande frågor – nämligen utredningen om översyn av läkarvårdstaxan (Dir 1992:29) och utredningen avseende hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (Dir 1992:30). I avvaktan på resultatet av dessa utgår denna utredning ifrån att dagens praktiska tillämpning i fråga om patientavgifter skall bestå tills vidare. Detta innebär att vid remiss från företagsläkare erlägger patienten endast av sjukvårdshuvudmannen fastställd patientavgift.

Det statliga bidraget till företagshälsovården avses innefatta ersättning för vissa vårdåtgärder m m. I nu gällande förordning (1985:326) om bidrag till företagshälsovården stadgas att patientavgift inte får tas ut för läkarvård eller sjukvård till följd av godkänd arbetsskada.

Efter upphörande av nämnda förordning gäller reglerna enligt lag (1976:380, omtryckt 1977:264) om arbetsskadeförsäkring vid reglering av berörda kostnader. Ersättning utgår för bla nödvändiga kostnader för läkarvård och sjukvårdande behandling efter samordningstidens utgång. Ersättningen betalas ut av försäkringskassan.

Det statliga bidraget till företagshälsovården avser enligt förordningen om bidrag till företagshälsovård också utfärdande av de intyg som den allmänna försäkringskassan behöver för tillämpningen av lagen (1962:381) om allmän försäkring och lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring. Ersättning för kostnader för sådana intyg betalas för närvarande alltså inte av försäkringskassan i annan ordning.

Upphörande av nämnda förordning innebär att förordning (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m m och Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1977:27, omtryckt 1986:18) blir tillämpliga för läkarutlåtanden som utfärdas av företagsläkare.

I förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård stadgas vidare att patientavgift inte får tas ut för anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet med stöd av arbetsmiljölagen (1977:1160).

Utredningen anser att i den mån det uppstår kostnader för den enskilde när det gäller anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, som arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen ansvarar för, skall dessa bestridas av arbetsgivaren.

Beträffande sjukresor gäller enligt lagen om resekostnadsersättning (1992:419) att sjukvårdshuvudmannen skall lämna ersättning för resekostnader i samband med besök, med anledning av sjukdom, hos läkare eller sjukgymnast hos bidragsberättigad företagshälsovård. Resekostnadsersättning beräknas enligt de grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer.

Ett upphörande av bidragsförordningen innebär att sjukvårdshuvud-

mannens skyldighet att lämna ersättning för ovannämnda resekostnader upphör.

Utredningen har tidigare noterat att efterfrågan på medicinska tjänster har varit stor både från de anställdas och arbetsgivarnas sida. Utredningen har därvid redovisat som sin uppfattning att medicinsk kompetens behövs i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering, den direkta sjukvården bör dock inte ingå i detta arbete. Även avgränsningsproblemet mellan direkt sjukvård och åtgärder för rehabilitering har berörts tidigare. Utredningen redovisar under avsnitt 18.4. Samarbete med hälso- och sjukvården, modeller för att tillgodose olika behov hos de anställda och deras arbetsgivare bl. a. att på ett smidigt sätt erbjuda direkta sjukvårdstjänster. Detta bör ske genom att vårdgivare inom företagshälsovårdens sektorer erbjuder sina tjänster till vårdansvariga sjukvårdshuvudmän och träffar vårdavtal med dessa.

Förutom att den finansiella sidan därigenom får en rationell lösning medför nämnda vårdavtal att planering och samordning av resurserna möjliggörs. Samtidigt bör eftersträvas att ingångna vårdavtal utformas så att vården inordnas i gällande regelsystem ifråga om patientavgifter, remisser till specialist, remisser till röntgen och laboratorieundersökningar, ersättning för den anställdes resekostnader till och från läkare och sjukgymnast och högkostnadsskydd.

Utredningen vill förorda denna modell för den direkta sjukvårdsverksamhet som inte faller inom ramen för arbetsgivarens ansvar för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering.

Enligt utrednings mening bör en sådan praktisk ordning som här förordas ligga väl i linje med vad statsrådet anför i proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering och som refererats under avsnitt 5.7 och i bilaga 3. Statsrådet framhåller bl a att hon ser positivt på att ett samarbete formaliseras, exempelvis i avtal mellan företagshälsovårdsenheter och respektive landsting. Sådan samverkan kan t. ex. gälla ömsesidig hänvisning av patienter, ömsesidiga konsultationer, gemensam bedömning av anpassnings- och rehabiliteringsbehov, utbyte av kunskap och träffar för ömsesidig orientering om varandras verksamheter m m.

- Små företag har ofta bra arbetsmiljö, men kan behöva hjälp att göra den bättre
- Särskilt ekonomiskt stöd bör införas för att öka småföretagens intresse av insatser för arbetsmiljö och rehabilitering
- Medlen bör användas för regionala och lokala satsningar i former, som är anpassade till småföretagens normala kontaktmönster

Sedan nu frågan om behov av generella åtgärder behandlats i kapitel 12 finns anledning att återkomma till frågan om särskilda stödinsatser för småföretagen.

13.1 Utgångspunkter

Den i avsnitt 9.6 förda diskussionen visar på behovet av ett till de små företagen särskilt riktat stöd för möjliggörande av ändamålsenliga insatser för arbetsmiljö och rehabilitering i dessa företag. Att utreda behovet av ett sådant stöd är också en av de uppgifter utredningen fått i sina direktiv. Ett sådant till denna kategori av företag speciellt riktat stöd motiveras dels av det ringa utnyttjandet av tjänster för arbetsmiljö och rehabilitering hos dessa företag, dels av de speciella förutsättningar för sådana insatser som gäller för dessa företag samt av de brister i resurser och mottagarkapacitet som i många fall finns hos dem. Dessa senare faktorer förklarar givetvis åtminstone delvis den ovan påtalade låga anslutningen till företagshälsovården.

De förslag till dimensionering, inriktning och former för ett sådant stöd som lämnas nedan bygger på att stödet skall ge en frihet för företagen att välja mellan olika specialistresurser och att det ej skall destinerats till viss given kategori av servicegivare.

Stödet skall ej spridas jämnt ut till alla företag. Insatserna skall i stället vara strategiskt riktade och initialt skapa förutsättningar för "förändringsstöt", som aktiverar företagen till egna fortsatta insatser för arbetsmiljö och rehabilitering. Stödet skall däremot ej, annat än i undantagsfall, utgå i form av direkta bidrag till företagen. Floran av stödformer, riktade mot de mindre företagen, är redan omfattande och svåröverskådlig och riskerar att leda bort arbetsgivarnas intresse från själva verksamheten till fokusering på olika "stödstrategier".

Stödinsatserna skall i stället så mycket som möjligt koncentreras till offentliga organ och företagarorganisationer, som kan använda dessa resurser, eventuellt med hjälp av externa servicegivare för riktade insatser mot de företag som ligger inom dessa organs handlingssfär. Finansieringen, planeringen och ledningen av olika stödinsatser skall i så hög grad som möjligt placeras nära företagen, genom hantering på regional/lokal nivå.

De lösningar som väljs för administrationen och planeringen av det

regional/lokala stödet skall vara situationsanpassade och väljas med hänsyn till de specifika karakteristika som gäller för de berörda företagen, gemenskapen dem emellan samt företagsmiljön på orten. Lösningarna skall stimulera till samverkan mellan företagen och till utnyttjandet av befintliga och nya nätverk. I görligaste mån skall redan etablerade kontaktvägar och kanaler för samspelet mellan det offentliga och företagen väljas för det nu aktuella stödet.

Med hänsyn till det stora antalet småföretag och deras starkt skiftande behov och förutsättningar bör enligt utredningens uppfattning insatserna för arbetsmiljö och rehabilitering inom dessa företag framför allt inriktas på att väcka och stimulera företagets intresse för dessa frågor. De skall också avse att ge företagarna kunskap och insikt om vilken betydelse arbetsmiljön och rehabiliteringen har såväl för den enskilde individen som för hela företaget. De stödsatser som aktualiseras förväntas kunna ge något av en ”tändhattseffekt”, som resulterar i kraftfullare åtgärder för arbetsmiljö och rehabilitering från arbetsgivarens sida.

Åtgärderna syftar till:

- Insatser för att ge företagen möjligheter till kompetensutveckling, t. ex. i form av – kortare – utbildning och gemensamma arbetsgivarträffar på lokal nivå, som berör problem och möjligheter inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet. Ej minst viktigt är det härvid att söka utnyttja de gemensamma erfarenheter som arbetsgivarna på orten har. På så sätt kan den enskilde arbetsgivaren kunna dra nytta av tips och möjligheter till samarbete, t. ex. vad avser utnyttjandet av gemensamma externa specialistresurser.
- Framtagande och spridning av en enkel handbok eller ”manual” i form av checklistor, typ ”Se om Din arbetsmiljö” (jämför ”Se om Ditt företag”), som kombineras med kortare direkta utbildningsinsatser.
- Upprättande av register och rådgivningscentraler för upplysningar och vägledning om samt kontakter till för den aktuella situationen lämpliga externa specialistresurser.
- Tillskapande av möjligheter till rådfrågning rörande konkreta arbetsmiljöproblem, t. ex. i form av en telefonjour eller regelbundet återkommande samlingar med en krets företagare för aktuell information och tillfälle till frågor.

En åtgärd som i hög grad berör de mindre företagen och kan öka deras incitament för att förbättra arbetsmiljön är införande av ett system med differentierade arbetsgivaravgifter. Frågan härom behandlas i avsnitt 12.8.

För ytterligare insatser inom arbets- och rehabiliteringsområdena finns det, sedan grunden för arbetsgivarnas engagemang, insikt och problemförståelse lagts, behov av tillgång till kompetenta specialistresurser för konsult- och utvecklingsinsatser, som direkt engageras i det enskilda företags problem. Erbjudandet av sådana tjänster kan, såsom sker i vissa delar av landet, tillhandahållas inom ramen för ett ”småföretagspaket”, baserat på ett avtal mellan företaget och den enskilde tjänstegivaren. Det förutsätts att det är det enskilda företaget som själv står för finansieringen av utnyttjandet av dessa tjänster. Det är – som ovan nämnts – angeläget att arbetsgivaren t. ex. via någon regionalt placerad rådgivningsresurs kan

13.2 Stödets utformning

Det är *utredningens uppfattning*, att ett årligt belopp bör avsättas för sådana generellt riktade insatser till småföretagen som ovan berörts, avsedda att befrämja deras intresse för samt kunskaper om åtgärder inom arbets- och rehabiliteringsområdena och dessas effekter för företaget. Till beloppets storlek återkommer utredningen i kapitel 16. Medlen skall användas för regionalt och lokalt gjorda satsningar, som utnyttjar de etablerade kanaler och kommunikationsvägar till småföretagen som byggts upp i olika delar av landet. Förutsättningarna och formen för en sådan spridning av medlen vidare till företagen och deras olika grupperingar varierar mellan landets olika delar och mellan företag i olika branscher.

De särskilt avsatta medlen för stöd till de små företagens egna satsningar för arbetsmiljö och rehabilitering bör primärt ställas till Arbetarskyddsstyrelsens disposition i dess egenskap av central förvaltningsmyndighet för bland annat arbetsmiljöfrågor.

I direktiv för utnyttjandet av sålunda avsatta medel bör stadgas om den vidare fördelningen på och dispositioner för olika ändamål.

En del av medlen bör av Arbetarskyddsstyrelsen fördelas till de små företagens egna regionalt och lokalt baserade grupperingar och organisationer, för en situationsanpassad användning inom ramen för de olika motivations- och kunskapshöjande insatser som ovan diskuterats. Vid överväganden om stödets inriktning och fördelning bör samverkan och samordning sökas med andra finansiärer, såsom t. ex. Arbetslivsfonden och Arbetsmiljöfonden, som är verksamma inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Samråd bör också ske med Företagarnas Riksorganisation. Vid dessa medels fördelning och utnyttjande gäller det att bygga på de olika slag av grupperingar och nätverk av företag, som finns i olika delar av landet. De valda lösningarna för fördelningen och utnyttjandet av dessa medel bör ta sin utgångspunkt i och stimulera till samverkan mellan företagen. Etablerade kanaler och kontaktvägar skall väljas för samspelet mellan företagen och det offentliga systemet samt för fördelningen och utnyttjandet av detta stöd.

I många fall torde företagens egna branschorganisationer vara en lämplig spridningskanal. Företagen har i allmänhet en god kontakt med och lojalitet till sina branschorganisationer. Som tidigare berörts är arbetsmiljöproblemen i dessa företag i hög grad branschanknutna och de aktuella företagarorganisationerna har en god erfarenhet av vilka problem som gör sig gällande just för företagen inom den aktuella branschen. Även andra lösningar bör kunna prövas vid förmedlingen av de tilldelade stödresurserna. I vissa fall kan det i regioner kännetecknade av en starkt och utvecklad företagsmiljö i stället vara lämpligt att medlen anförtros en lokalt baserad företagarorganisation – t. ex. ortens företagarförening, eller att i samarbete med ett storföretag i regionen en för företagen gemensam samlad resurs byggs upp, eventuellt delvis med utnyttjande av storfö-

retagets i förekommande fall inbyggda resurser för arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser.

En annan del av här aktuella medel bör av Arbetarskyddsstyrelsen fördelas till Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR), se avsnitt 5.15, och av FUR disponeras för vidare slussning av småföretagsstödet till arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser. Rådet är sammansatt av representanter för arbetsmarknadens parter. Det har som en huvuduppgift att bli genom utbildning och forskningskontakt utveckla kompetensen hos de specialistresurser som är verksamma inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena.

I dagens läge är FUR:s verksamhet helt koncentrerad på företagshälsovårdens arbete. Det förutsätts emellertid att, som en konsekvens av att det möjliga resursområdet för insatser inom arbetsmiljöområdet blir större, FUR:s verksamhetsområde vidgas till att avse utvecklingen för och överblicken av alla de olika slag av externa specialistresurser som är väsentliga för förbättringar i fråga om arbetsmiljö- och rehabiliteringsåtgärder. Vidare förutsätts att parterna ger samarbetet erforderlig stadga och ersätter erforderliga basresurser.

Arbetsmiljöfonden bör också ges en roll i nyttjandet av här avsedda medel. Fondens uppgift är främst att fördela medel för forsknings- och utvecklingsinsatser inom arbetsmiljöområdet och att följa upp användningen av dessa medel. Som ett led i dess utvecklingsstrategi arbetar Arbetsmiljöfonden i stor utsträckning med lokalt baserade förändringsinsatser, bl. a. avsedda utveckla företagets förmåga att kunna agera som en lärande organisation. Arbetsmiljöfondens insatser inom detta område skulle särskilt kunna inriktas på att möjliggöra satsningar på företag som kan tjäna som goda exempel inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena samt på att sprida erfarenheterna av ett sådant punktvis selekterat utvecklingsarbete vidare till andra företag.

Slutligen föreslås att ett belopp avsätts för riktade utbildningssatsningar, avsedda att förstärka och utveckla kompetensen hos de externa specialistresurser, som kan användas för utvecklingen av företagets insatser för arbetsmiljö och rehabilitering. Dessa medel fördelas på Arbetarskyddsstyrelsen och FUR. De bör kunna användas för förstärkning av utbildningsinsatserna generellt men ges en betoning på en förstärkning av kunskaperna om de små och mindre företagens särskilda förutsättningar och problem.

Arbetsmiljöinstitutet nyttjar för närvarande del av sitt förvaltningsanslag för utbildning av företagshälsovårdens personal. I direktiv till Arbetsmiljöinstitutet bör stadgas, att institutet i sin utbildningsplanering särskilt skall beakta de små företagens problem. Till den frågan återkommer utredningen i kapitel 16.

Utöver de här föreslagna satsningarna via Arbetarskyddsstyrelsen är det angeläget att även Arbetstidningsfondens återstående möjligheter tillvaratas. Inte minst de små och mindre företagen bör uppmärksamma möjligheten av att hos fonden ansöka om medel bli för utvecklingsinsatser som arbetsplatsprogrammen ger anledning till. Det kan här nämnas att enligt regeringens uppdrag till fonden våren 1992 småföretag, framför allt inom

tillverkningsindustrin, som inte har över 50 anställda, skall stimuleras att starta arbetsmiljöprojekt.

Utredningen föreslår slutligen att Arbetarskyddsstyrelsen får i uppdrag att följa effekterna av insatserna för småföretagen och avge rapport till regeringen angående dessa effekter.

Utredningens konkreta förslag till anslagsfördelning redovisas i kapitel 16.

- Arbetsmarknadens parter bör på lämpliga nivåer träffa avtal på arbetsmiljöområdet
- Avtal behövs också som stöd för en effektiv och flexibel resursstruktur för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering
- Insatser genom parternas gemensamma organ Företagshälsovårdens Utvecklingsråd, FUR, bör riktas både mot arbetsplatserna och de externa expertresurserna

14.1 Samverkan enligt lag och genom avtal

Sedan lång tid förekommer ett reglerat samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare i arbetarskyddsfrågor. Det har vuxit fram med stöd både i lagstiftningen och i centrala avtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer. Lagstiftningen har sedan 1912 års lag om arbetarskydd innehållit regler om formerna för samarbete. Ett komplement till lagstiftningen och närmare underlag för hur skyddsfrågor skulle hanteras i företagen skapades genom en central överenskommelse som träffades mellan SAF och LO 1942. Arbetstagarna fick genom sina fackliga ombud ökade möjligheter att påverka sin arbetssituation genom den år 1976 antagna lagen om medbestämmande i arbetslivet som stadgade en vidgad förhandlingsrätt och rätt till information. I arbetsmiljölagen, som trädde i kraft 1977, finns bl. a. regler för hur de lokala parterna skall samverka i arbetsmiljöfrågor genom skyddskommittéer, skyddsombud och regionala skyddsombud m m. Lagen förutsätter att mer detaljerade regler för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete utarbetas genom avtal mellan parterna.

Utvecklingen i arbetslivet har inneburit en decentralisering av verksamheterna med stort eget ansvar för de decentraliserade enheterna, både vad gäller verksamheten, arbetsförhållandena och ekonomin. Detta förhållande ställer krav på de enskilda anställdas och de lokala fackliga representanternas deltagande, engagemang och ansvarstagande och ger samtidigt möjligheter till inflytande. Centrala avtal som handlar om samverkansformer för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatserna präglas idag av en inriktning mot ett gemensamt synsätt till stöd för lokala avtal anpassade till lokala förhållanden.

Ett exempel är Utveckling 92, en överenskommelse träffad i mars 1992, mellan, å ena sidan Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet samt å andra sidan Svenska Kommunalarbetareförbundet, TCO-OFs förbundsområden allmän verksamhet, lärare respektive hälso- och sjukvård jämte i förbundsområdena ingående organisationer samt SACO-K och till SACO-K anslutna organisationer.

Svenska Kommunförbundet beskriver syftet med överenskommelsen på följande sätt. "Utveckling 92 uttrycker de centrala parternas gemensamma syn på samverkan. Det har formen av ett centralt kollektivavtal utan lokal

verkan och innebär inte att några lokala avtal upphör. Genom överenskommelsen har de centrala parterna påtagit sig att gemensamt arbeta för att stödja en utveckling i enlighet med den gemensamma synen." I protokollet anges att parterna skall arbeta för samverkan genom gemensamma informationsinsatser samt genom att parterna utarbetar utvecklingsmaterial. Parterna är också överens om att ta upp förhandlingar om företagshälsovårdsavtal.

Parterna hänvisar till en gemensam skrift, Samverkanssystem i kommuner och landsting, där det bl. a. anges att den anställde har rätt att medverka i förändringsarbete och skyldighet att verka för en god arbetsmiljö. Medbestämmande och arbetsmiljö måste bli naturliga delar av den löpande verksamheten, som inkluderar såväl personal och ekonomi som organisationsfrågor. Medbestämmandelagen och arbetsmiljölagen utgör den rättsliga grunden för samverkanssystemet.

Man poängterar också betydelsen av arbetsplatsträffar som ett forum för gemensamt arbete med utveckling, planering och uppföljning av arbetet samt att arbetsmiljöaspekterna skall integreras i verksamheten.

Det är enligt utredningens mening angeläget att arbetsmarknadens parter träffar avtal till stöd för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering på de enskilda arbetsplatserna och för en effektiv och flexibel resursstruktur. Genom överenskommelser på lämpliga nivåer kan de ange sin gemensamma syn på dessa frågor och peka på deras betydelse samt genom information i skriftlig form eller genom utbildningar och konferenser, ge aktivt stöd till de regionala och lokala fackliga organisationerna. De fackliga organisationerna har också en viktig roll när det gäller att verka för att de fackligt förtroendvalda på arbetsplatserna får den utbildning de behöver för att kunna bedöma behovet av experttjänster för att åstadkomma en god arbetsmiljö och ett effektivt rehabiliteringsarbete på arbetsplatsen.

14.2 Lokal arbetsmiljöverksamhet

Mycken kritik har riktats mot den nuvarande skyddsorganisationens, framför allt skyddskommitténs, sätt att arbeta. Den har ansetts vara för tung och oförmögen att i praktiken ge de anställda något stöd för att lösa de problem de har i sin arbetsmiljö. Det har också hävdats att företagshälsovårdens "misslyckande" i mångt och mycket är en funktion av dåligt fungerande skyddsverksamhet. Företagshälsovårdens kompetens har inte efterfrågats och tillvaratagits på grund av att vägen har måst gå via skyddsverksamheten i företaget.

Översynsutredningen framhöll att skyddskommittén genom sin ställning i företagen riskerar att bli en klagomur utan reella möjligheter att åstadkomma förändringar. Kommitténs uppgifter har enligt utredningen i huvudsak blivit att lösa problem som cheferna underlåtit att åtgärda. Utredningen föreslog därför att skyddskommitténs roll i det lokala arbetsmiljöarbetet skulle omprövas. Så skedde sedermera också. Genom de förslag som lades fram i regeringens proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering renodlades arbetsgivarens och skyddskommitténs uppgifter.

Skyddskommittén förutsätts även i fortsättningen behandla frågor om köp av externa tjänster för företaget. Utredningen vill dock betona att arbetsmiljöarbetet måste integreras med den producerande verksamheten i linjen varav följer att berörda arbetstagare bör få möjlighet att direkt påverka i dessa frågor.

Frågan om en samordning av arbetsmiljölagens samverkansregler med informations- och förhandlingsreglerna i medbestämmandelagen behandlas för närvarande inom utredningen för översyn av den arbetsrättsliga lagstiftningen.

14.3 Arbetsrättsutredningen

Den nyligen tillsatta arbetsrättsutredningens uppdrag är att föreslå förändringar av den arbetsrättsliga lagstiftningen så att arbetsmiljöfrågorna på ett naturligt sätt integreras i övrig verksamhet, dvs. ekonomi, teknik och organisation. Arbetsrättsutredningen skall se över både arbetsmiljölagen och medbestämmandelagen och översynen bör, enligt Arbetsmiljökommissionens förslag, slutdokument 1990-03-15, resultera i en integrerad ramlag med fastställda kriterier för skyldigheter och rättigheter, dock utan organisatoriska bindningar. Hur arbetsmiljöarbetet skall bedrivas rent organisatoriskt bör lösas av parterna. En förutsättning är dock att arbetstagarparten garanteras ett reellt inflytande.

I bakgrunden till uppdraget anges att den dagliga tillämpningen av arbetsmiljölagen och medbestämmandelagen försvårar helhetssynen i verksamheten. Skyddsombud och skyddskommitté tar upp frågor rörande den fysiska arbetsmiljön medan arbetsorganisation och arbetsinnehåll i huvudsak tas upp genom förhandlingar enligt medbestämmandelagen. Det anges också att formerna för inflytande enligt medbestämmandelagen på de flesta arbetsplatser är tämligen väl integrerade i linjeorganisationen medan samverkan enligt arbetsmiljölagen behandlas i skyddskommittéerna, som av många betraktas som en specialfunktion vid sidan av linjen. Ibland leder detta till besvärande dubbelarbete. Samma frågor som först hanteras i skyddskommittén tas upp till förhandling enligt medbestämmandelagen eller tvärt om. I andra fall har det lett till att arbetsmiljöfrågorna skiljts ut och fått en lägre prioritet.

Enligt utredningens mening är den här redovisade översynen av den arbetsrättsliga lagstiftningen ett viktigt led i arbetet med att föra in arbetsmiljöfrågorna som en naturlig del i samverkan på arbetsplatserna.

14.4 FUR:s roll och betydelse för samverkan i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering

Företagshälsovårdens Utvecklingsråd är som nämnts ett organ för samverkan mellan arbetsmarknadens parter i företagshälsovårdsfrågor och för utveckling av företagshälsovården.

FUR bör enligt utredningens mening även i fortsättningen kunna verka för en utveckling och behovsanpassning av de externa expertresurserna inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena, vilket inkluderar dagens

företagshälsovård. Med sin kännedom om arbetslivet och de behov av externa insatser i arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering som finns där, bör rådet kunna fylla en viktig funktion genom att informera och påverka de externa specialisterna inom dessa områden.

FUR bör också verka för att arbetsgivare, fackliga representanter och arbetsledare med arbetsmiljö och rehabiliteringsansvar får den information och den utbildning som behövs för att de på ett konstruktivt sätt skall kunna medverka i diskussioner rörande vilken extern hjälp som behövs i arbetsmiljö och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen.

I det föregående har utredningen föreslagit en roll för FUR både när det gäller fördelning av offentliga utbildningsmedel och när det gäller stödet till småföretag. En förutsättning är att parterna ger FUR erforderlig stadga och att de ger organisationen erforderliga basresurser. Endast därigenom kan en partsgemensam vilja komma till konkret uttryck. Vad gäller utformning av stödet till småföretagen förutsätter utredningen vidare, att FUR etablerar lämpliga samverkansformer med Företagarnas Riksorganisation.

Enligt utredningens mening bör FUR alltså vidga sitt intresse- och verksamhetsområde så att det omfattar informations-, utvecklings- och utbildningsinsatser riktade mot arbetsgivare, fackliga representanter och anställda, förutom mot producenterna av specialisttjänster inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Genom att verka för att arbetsgivare och arbetstagare får ökat intresse för och kunskap om arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor påverkas efterfrågan och kraven på producenterna och deras kompetens. Även andra producenter än de inom dagens företagshälsovård bör dessutom omfattas av FUR:s insatser.

15. Konsekvenser av utredningens förslag när det gäller målet angående anslutning till företagshälsovård

- Målinriktning och uppföljning av mål gör mätning av anslutningen till viss typ av resurs mindre intressant
- I den normala tillsyns- och kontrollverksamheten skall ingå att följa upp insatserna
- Arbetsarkivstyrelsen bör utveckla konkreta mått på arbetsmiljöns tillstånd och kvalitet och Riksförsäkringsverket bör utveckla konkreta mått på rehabiliteringsarbetets resultat

I både utredningar och propositioner på nationell nivå och i ILO-konventionen finns målsättningar om att företagshälsovård skall finnas för alla. I propositionen 1984/85:89 uttalade departementschefen att "målet för utbyggnaden bör vara att alla anställda skall ha tillgång till företagshälsovård". Till uttalandet fogades följande reservationer. "Det behövs emellertid tid att praktiskt planera och organisera verksamheten för att finna lämpliga vägar att bereda de många små företagen företagshälsovård. Utbyggnadstakten måste också anpassas till vilka resurser som kan ställas till förfogande." Enligt ILO-konventionen "åtar sig varje medlemsstat att steg för steg bygga ut företagshälsovården för alla arbetstagare". Dessa ambitioner borde kunna jämföras med andra välfärdsmål för att trygga allas rättigheter som samhällsmedborgare, såsom allas rätt till arbete, sjukvård för alla på lika villkor och rätten till bistånd o s v.

Det praktiska utfallet av det mål i fråga om anslutning till företagshälsovård som ställts upp har redovisats i utredningen. Resultatet är gott om man ser till andelen till företagshälsovård anslutna arbetstagare. Däremot har konstaterats att flertalet företag – och i många av dem är arbetsmiljön otillfredsställande – står utan företagshälsovård. Stora grupper arbetstagare saknar tillgång till denna vård. Kravet på jämlikhet när det gäller tillgång till företagshälsovård är således långt i från uppfyllt och torde under alla omständigheter förbli ett inriktningsmål.

Utredningens förslag är att göra det möjligt för arbetsgivarna att söka nya vägar och skapa utrymme för nya lösningar när det gäller att tillgodose behoven av olika tjänster. Avregleringen betyder att förutsättningar i fortsättningen inte kommer att finnas för den mätning och uppföljning av antalet anslutna arbetstagare, som hittills kunnat ske med hjälp av statistik över antal statsbidragsgrundande personer. Det synes också utredningen motsägelselfullt att samtidigt med en avreglering föreslå bibehållande av ett

system för att kunna följa utvecklingen av antalet arbetstagare, anslutna till viss typ av resurs.

Frågan blir då i stället huruvida arbetsgivarna kommer att ha tillgång till och använda sig av de resurser de behöver för ett effektivt arbete med arbetsmiljö och rehabilitering. Den frågan diskuterar utredningen i kapitel 18. Den bedömning som där görs rent allmänt är att det bör finnas en stor – och även i många avseenden växande – marknad för arbetsmiljö- och rehabiliteringstjänster.

Utredningen anser det väsentligt att utveckling sker av metoderna för och uppföljningen av arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering och att uppföljningsinsatser inordnas i den löpande tillsyns- och kontrollverksamheten. Som tidigare framhållits bör sådana uppföljningar vara inriktade på det faktiska utfallet av arbetet, inte på kartläggning av vilken typ av resurser arbetsgivaren använder.

Arbeterskyddsstyrelsen förutsätts i enlighet med detta resonemang utveckla konkreta indikatorer på arbetsmiljöns tillstånd och kvalitet i det förebyggande arbetet och Riksförsäkringsverket utveckla motsvarande när det gäller rehabiliteringsarbetets resultat. Till sådana indikatorer bör sedan resultatmål knytas.

Arbetskyddsstyrelsen bör få disponera en summa av 100 miljoner kronor per år

Beloppet bör av Arbetskyddsstyrelsen fördelas på följande sätt.

- Arbetskyddsstyrelsen tilldelas 40 miljoner kronor för stöd till småföretagens organisationer
- Arbetsmiljöfonden tilldelas 20 miljoner kronor för riktade stöd- och utvecklingsinsatser till de små företagen
- Företagshälsovårdens Utvecklingsråd tilldelas 20 miljoner kronor för motivations- och kompetensförstärkning hos småföretagen
- Sammanlagt 10 miljoner kronor utges som stöd till utbildning av externa expertresurser
- Arbetskyddsstyrelsen får 10 miljoner kronor per år för att bredda och fördjupa sina insatser för arbetsmiljö och rehabilitering

I avsnitt 12.2 har betonats kraven på att Arbetskyddsverket utvidgar och fördjupar sitt engagemang i alla de åtgärder som tillsammans erfordras för att åstadkomma ett effektivt arbete med arbetsmiljö och rehabilitering. Övergången från regel- till målstyrning inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena ökar kraven på kompetens- och metodutveckling samt på förstärkt forskningsanknytning. Det kravet förstärks om företagshälsovården, enligt utredningens förslag, avregleras och Arbetskyddsstyrelsens och Yrkesinspektionens engagemang förändras från att "främja företagshälsovårdens utveckling" till att "främja en effektiv och flexibel resursstruktur". På motsvarande sätt ställer det i 3 kap 2 a § AML formulerade förslaget att arbetsgivaren skall "avsätta erforderliga resurser för ändamålet" nya krav på kompetens och metodkunskap hos Yrkesinspektionen. *Utredningen föreslår* att Arbetskyddsverket tillförs 10 miljoner kronor per år för här avsett arbete.

Vidare diskuteras i kapitel 13 särskilda insatser för småföretagen. *Utredningen föreslår* att för vidare fördelning en summa av 90 miljoner kronor ställs till Arbetskyddsstyrelsens förfogande. Av detta belopp bör 20 miljoner kronor årligen fördelas till Arbetsmiljöfonden för riktade stöd- och utvecklingsinsatser till de små företagen inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering och likaså ett belopp på 20 miljoner kronor årligen fördelas till Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR) att användas för generellt verkande insatser för motivations- och kompetensförstärkning hos småföretagen. 40 miljoner kronor bör stå till Arbetskyddsstyrelsens förfogande för fördelning till de små företagens egna regionalt och lokalt baserade grupperingar och organisationer.

I avsnitt 12.5 har diskuterats behovet av förstärkta resurser för kompetensutveckling, riktade till de olika slag av externa specialistresurser, som arbetar med arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser gentemot företagen. I kapitel 13 diskuteras behovet av utbildningsinsatser i ett

småföretagsperspektiv. *Utredningen föreslår* att totalt 10 miljoner kronor årligen avsätts för gentemot specialistresurserna riktade satsningar, varav Arbetarskyddsstyrelsen fördelar 5 miljoner kronor på Företagshälsovårdens Utvecklingsråd och 5 miljoner kronor ställs till Arbetarskyddsstyrelsens disposition.

I avsnitt 12.5 redovisas, att för närvarande avsätter Arbetsmiljöinstitutet av sitt förvaltningsanslag cirka 10 miljoner kronor årligen för utbildningsinsatser. Utredningens förslag innebär sålunda en fördubbling av insatserna. För nyttjande av samtliga dessa medel *föreslår utredningen* att det i regleringsbrev föreskrivs, att behov av utbildning och kunskaper som berör småföretagens problem och möjligheter särskilt skall uppmärksammas och att Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetsmiljöinstitutet och FUR i sin utbildningsplanering bör samråda med varandra.

Sammanfattningsvis föreslår sålunda utredningen att för utvecklingen av insatserna inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena och för förstärkningen av företagets intresse för och kunskaper om behovet och betydelsen av insatser inom dessa områden årligen avsätts 100 miljoner kronor, att disponeras och fördelas av Arbetarskyddsstyrelsen.

Medlen föreslås fördelade enligt följande.

- 40 miljoner kronor avsätts till Arbetarskyddsstyrelsen, för utvecklingsstöd till *småföretagens organisationer*.
- 40 miljoner kronor ställs till Arbetarskyddsstyrelsens förfogande för att årligen fördelas med 20 miljoner kronor till *Arbetsmiljöfonden* för riktade stöd- och utvecklingsinsatser till de små företagen inom områdena för arbetsmiljö och rehabilitering och 20 miljoner kronor till *Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR)* att användas för selektiva kompetens- och motivationshöjande stödinsatser till småföretagen.
- 10 miljoner kronor årligen används för stöd till utbildningen av externa specialistresurser, varav 5 miljoner kronor skall gå till *Företagshälsovårdens Utvecklingsråd* och 5 miljoner kronor disponeras av *Arbetarskyddsstyrelsen*.
- 10 miljoner kronor årligen tillförs *Arbetarskyddsstyrelsen* för att möjliggöra en breddning och intensifiering av dess arbete med arbetsmiljö och rehabilitering.

- Arbetskyddsstyrelsen har det samlade offentliga ansvaret för hur arbetet fungerar och hur arbetsmiljön utvecklas
- Yrkesinspektionen skall kontrollera att arbetsgivaren följer de konkreta regler som finns
- Försäkringskassan samordnar och har tillsyn över rehabiliteringsverksamheten och samarbetar med arbetsgivaren i frågor som rör den enskilde arbetstagaren
- Expertresurser, anpassade till arbetsgivarnas efterfrågan, behövs för att stödja och utveckla insatserna inom berörda områden
- FUR har en viktig roll när det gäller styrning av utvecklingen inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdena
- Många andra organisationer har viktiga funktioner, t. ex. Arbetslivscentrum, Arbetsmiljöinstitutet, Arbetsmiljöfonden och Arbetslivsfonden

17.1 Styrningens mål och medel

Som beskrivits ovan är ett stort antal olika aktörer inom samhället engagerade i och arbetar med frågor kring och utveckling av insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering. I detta kapitel skall göras ett försök att kortfattat återge huvuddragen i dessa aktörers roller och arbetsuppgifter och att åskådliggöra hur det samlade mönstret för samhällsstyrning förändras som en följd av de av utredningen föreslagna åtgärderna.

Med en grov klassificering kan vi urskilja följande huvudtyper av sådana aktörer.

- a) Styrande organ för tillsyn och utveckling — *tillsynsorgan*. Dessa utgörs primärt av statsmakterna och organ inom förvaltningen men inkluderar också parterna på arbetsmarknaden, inom ramen för deras förhandlings- och samrådsarbete.
- b) De *stödorgan* för service, rådgivning och utbildning som i privat eller offentlig regi inrättats för att bistå arbetsgivarna i deras förändrings- och utvecklingsarbete. Vi kan här skilja mellan primära stödorgan, som vänder sig direkt till företagen, och sekundära sådana, som — i vissa fall vid sidan av insatserna mot företagen — arbetar inom området för arbetsmiljö och rehabilitering med utvecklingsuppgifter riktade mot en vidare aktörsgrupp.
- c) De styrobjekt — *företagen*, som primärt är föremål för tillsynen och vars arbetsmiljö och rehabilitering man vill förbättra. För enkelhetens skull inkluderar vi här också myndighetssfären i företagsbegreppet.

17.2 Det samlade styrmönstret

En systematisk påverkan — styrning — av de olika aktörer som är engagerade inom området för arbetsmiljö och rehabilitering kan göras på många

olika sätt. Huvudsakligen skall nedan diskuteras den styrning som utgår från statsmakterna direkt och via olika myndigheter. Traditionellt har dock samspelet mellan arbetsmarknadens parter — i form av förhandlingar, avtal och andra former för samverkan — spelat en viktig roll i det samlade styrmönstret.

I kapitel 7 har på ett principiellt plan diskuterats de olika styrformer som statsmakterna kan använda för att få till stånd den önskade inriktningen av insatserna för arbetsmiljö och rehabilitering — normerande styrning, incitamentsstyrning och kunskapsstyrning. Vidare har behandlats den gradvisa förskjutning som sker från tillämpningen av en strikt regelstyrning till ökade inslag av målstyrning. I förlängningen av denna utveckling ligger också övergången från en budgetstyrning till en resultatorienterad marknadsstyrning, som betonar samspelet och arbetsfördelningen mellan beställare och utförare.

I avsnitt 9.4 har diskuterats hur satsningarna på arbetsmiljö och rehabilitering dels har sin grund i det offentliga krav, uttryckt bl.a. genom lagstiftningen, dels i arbetsgivarnas eget intresse av att sträva efter att förbättra arbetsmiljön och vidta åtgärder för en effektiv rehabilitering. Det nu pågående förändringsarbetet vad avser styrningen av insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering syftar till att, genom en kombination av tvingande lagar och andra regler, som lyfter fram samhällsintresset, och en ökad insikt och kunskap hos företagen om deras eget intresse av en god arbetsmiljö möjliggöra de förändringar i företagets arbetsmiljö som anses erforderliga. Syftet är också att få till stånd en spridning av insatser för arbetsmiljö och rehabilitering till en vidare krets av företag.

Kombinationen av dessa båda huvudmål, som betonar dels gemensamma krav och dels företagets eget intresse, för med sig att, inom ramen för den totala styrning som riktas mot de enskilda företagen, en blandning av "hårda" styrimpulser — regler, sanktioner, incitament etc — och "mjuka" sådana — utbildning, service, rådgivning etc — behöver användas.

Företagens förutsättningar att kunna skapa en god arbetsmiljö kan påverkas dels genom tillgången på externa specialist- och stödresurser, som utvecklar företagets egen kompetens, dels genom att man initierar och stimulerar den kunskaps- och systemutveckling som i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering sker inom företagen, t. ex. i form av en utbyggd internkontroll och genom tillämpningen av personalekonomiska redovisningsmetoder.

Tillämpat på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena innebär de förändringar som utredningen föreslår att den budgetstyrning, som tidigare manifesterats i de statliga bidragen till företagshälsovården, ersätts med en mer renodlad efterfrågestyrning, genom att utbyggnaden och inriktningen av de stödinsatser som erbjuds företagen blir starkare beroende av dessas egna preferenser.

Övergången till en sådan mer marknadsorienterad styrform motiveras dels av — de ökade — kraven på flexibilitet och variationsrikedom i tjänsteutbudet. Förutsättningarna och behoven i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering varierar starkt mellan olika företagsenheter, och det bedöms

angeläget att de erbjudna tjänsterna kan göras situationsanpassade och därmed flexibla och differentierade.

De olika förslag som ovan presenterats i utredningen kommer att mer detaljerat sammanfattas i den följande beskrivningen av de olika aktörerna i det samlade systemet för arbetsmiljö och rehabilitering och av de roller för och krav på dessa aktörer som härvid ställs.

17.3 Aktörernas roller

Mot bakgrund av den ovan förda diskussionen kommer nedan att kortfattat återges de olika organens roller och uppgifter i det samlade styrmönstret. Särskilt fokuseras härvid de förändringar i roller och agerande som kan förväntas bli effekten av utredningens förslag.

17.3.1 Tillsynsorganen

Arbetsarkyddsstyrelsen – Yrkesinspektionen

Arbetsarkyddverket har det samlade ansvaret för tillsyn av att de lagar och regler som berör arbetsmiljön i företagen efterlevs. Det förutsätts att Arbetsarkyddstyrelsen har det samlade offentliga ansvaret för hur arbetsmiljöarbetet i dess helhet inom samhället fungerar och hur arbetsmiljön utvecklas och att styrelsen vidgar sitt engagemang till alla de typer av åtgärder som står till buds för att åstadkomma ett effektivt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete.

Den tillsyn som utövas genom Yrkesinspektionen avser dels efterlevnaden av de konkreta regler som utfärdats för arbetsmiljön – i första hand den fysiska. Men Yrkesinspektionen har också ansvaret för den systemtillsyn, som inriktas på arbetsbetingelserna inom företaget i stort och på hur de angivna reglerna för planering och organisation av arbetsmiljöarbetet följs och tillämpas. Detta kommer att få särskild betydelse vad gäller bestämmelserna om internkontroll i företagen. Tillsynen bör vara situationsanpassad och resultatinriktad.

Yrkesinspektionens verksamhet har tidigare, inte minst vad gäller de mindre företagen, till stor del fått karaktären av rådgivning och stödjande konsultinsatser. Men sedan några år har arbetet mer konsekvent inriktats på den egentliga tillsynsfunktionen, även om det i praktiken torde vara omöjligt – och olämpligt – att göra en strikt gränsdragning mellan dessa båda huvudtyper av aktiviteter.

Försäkringskassan

Enligt lagen om allmän försäkring kap 22 är det försäkringskassorna som samordnar och utövar tillsyn över de insatser som erfordras och görs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan skall samverka med arbetsgivaren, när det gäller insatser för yrkesinriktad rehabilitering och vid behov upprätta en rehabiliteringsplan för den enskilde arbetstagaren. Försäkringskassan skall också, om så anses erforderligt, ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen.

Eftersom frågor kring arbetsmiljö och rehabilitering hänger nära samman, erfordras ett nära samarbete mellan Yrkesinspektionen och de enskilda kassorna. På samma sätt gäller att den yrkesmässiga rehabiliteringen ofta är nära förknippad med den sociala och medicinska rehabiliteringen, och på motsvarande sätt krävs härvid ett nära samarbete mellan de organ som har huvudansvaret för dessa rehabiliteringsinsatser. Även de insatser som bedrivs av Arbetsmarknadsinstitutet (AMI) inom Arbetsmarknadsverket måste beaktas i detta sammanhang.

Försäkringskassan har sålunda, primärt inom rehabiliteringsområdet, en klar tillsynsroll, samtidigt som den också kan utgöra en viktig källa för information och rådgivning till företagen och också bidra till finansieringen av direkta yrkesinriktade rehabiliteringsinsatser, i de fall detta bedöms nödvändigt.

Arbetsmarknadens parter – Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR)

Genom avtal kan arbetsmarknadens parter närmare precisera de mål och regler för arbetet med arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor som rymms inom det gällande regelverket. Såväl på central som på lokal nivå, t. ex. via skyddskommittéerna, utvecklas de mer konkreta riktlinjerna och handlingsplanerna för de enskilda företagen.

Parterna kan även på annat sätt styra utvecklingen inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Detta sker bl. a. genom Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR).

En förutsättning för att FUR i det nya mönster för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet som utredningen föreslår skall kunna spela en sådan viktig roll är emellertid att fokuseringen av FUR:s insatser vidgas till att avse även andra stöd- och specialistresurser än de som finns inom den nuvarande företagshälsovården. Branschbegreppet för FUR:s del måste sålunda vidgas och ges en annan inriktning.

17.3.2 Stödorganen

I det följande görs en uppdelning mellan primära stödorgan, som vänder sig direkt till arbetsgivarna med sina insatser, och sekundära sådana, som har till uppgift att, eventuellt vid sidan av andra samhällsuppgifter, i första hand inrikta sina insatser mot dessa externa specialistresurser, verksamma inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet. Den roll som hälso- och sjukvården, t. ex. genom primärvårdens samarbete med dessa specialistresurser och genom systemet med husläkare kan komma att spela för utvecklingen av företagets arbetsmiljö och rehabilitering, har behandlats i kapitel 11.

Bland de primära stödorganen kan urskiljas dels integrerade resurser för arbetsmiljö och rehabilitering, dels övriga externa specialistresurser.

Integrerade resurser för arbetsmiljö och rehabilitering

Även om betydande inslag av vård har förekommit inom den nuvarande företagshälsovårdens verksamhet har dess särart varit att arbeta förebyg-

gande. Företagshälsovården har avsetts vara en unik resurs, genom bred kompetens, där man söker förena olika aspekter i synen på företagets verksamhet och den enskilde anställdes situation, och genom en konstruktion som en neutral, för arbetsmarknadens parter gemensam resurs.

Det bör finnas att tillgå olika stödjande resurser för arbetsmiljö och rehabilitering, som kan bistå arbetsgivarna i deras utvecklingsarbete inom dessa områden. Olika utvecklingsmöjligheter utvecklas närmare i kapitel 18. Särskilt syns integrerade resurser för arbetsmiljö och rehabilitering vara lämpade för att svara för den direkta kontakten med företagen och ge dem hjälp i deras strävanden att diagnostisera de akuta problemen. Dessa stödresurser kan även bistå med råd och service, när det gäller uppbyggnaden av företagens organisation och system för internkontroll och — såsom en slags ”kontaktgrossist” — verka som en förmedlande länk till de andra slag av expertresurser som finns att tillgå.

Om integrerade resurser för arbetsmiljö och rehabilitering på ett effektivt och konkurrenskraftigt sätt skall kunna fullgöra de uppgifter, som de har de bästa förutsättningarna för, är det viktigt att dessa stödresurser kan operera på marknaden på samma villkor som övriga expertorgan. Detta innebär bl. a. att det blir svårt att kombinera rollen som ett konsulterande och servicegivande organ till företagen med en roll att vara övervakare av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetets utveckling inom företagen eller att i sitt agerande låta sig styras av olika tillsynsorgans riktlinjer och uttryckta önskemål. I så fall hamnar man i ”gränsorganisationens” klassiska problem att samtidigt söka lyda två herrar.

Övriga externa specialistresurser

Som behandlats i framställningen är ett av syftena med den föreslagna förändringen i uppbyggnaden av styrsystemet för insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering att härigenom en bättre anpassning av tjänsterna och en större valfrihet och differentiering, när det gäller utnyttjandet av olika tjänstegivare, skall kunna erbjudas företagen. Härigenom kan man underlätta deras möjligheter att på olika vägar få sina behov av tjänster inom detta område tillgodosedda. En utveckling mot ett mer effektivt utnyttjande av sådana stödresurser främjas bl. a. av större valfrihet och konkurrens mellan olika tjänstegivare.

Sekundära stödorgan

Det är viktigt att i den totala systembilden också inkludera de sekundära stödorgan, som — vid sidan av eventuella insatser inom området för arbetsmiljö och rehabilitering direkt till företagen — också har andra, mer långsiktiga uppgifter med en vidare mottagarespridning. Förutom att dessa organ på olika sätt kan vara ett stöd till de enskilda företagen har de en viktig uppgift dels genom att — t. ex. genom forsknings-, utvecklings- och utbildningsinsatser — vidga kompetensen hos de externa specialistresurserna, dels genom att på samhällsplanet utveckla tänkandet kring och

attityderna till frågor om arbetsmiljö och rehabilitering. Dessa organisationer kan också utgöra viktiga rekryteringskällor till de primära stödorganen.

En viktig sådan generell kunskapskälla utgör de resurser som – inom olika discipliner – finns inom **högskoleväsendet**. Den friare resurstilldelningen och avskaffandet av det standardiserade linjesystemet torde mycket väl kunna resultera i nya utbildningskombinationer, speciellt lämpade för arbetet i externa specialistorgan. Bland de många övriga organisationer, som är verksamma inom detta område, kan t. ex. nämnas Arbetslivscentrum, som nu mer direkt inriktas på forskning, Arbetsmiljöinstitutet, som vid sidan av sin forskningsverksamhet också har satsat på utbildning i första hand till företagshälsovårdens personal men i andra hand också i vidgad omfattning till befattningshavare i företagen, samt Arbetsmiljöfonden och Arbetslivsfonden. Dessa organ har tidigare mer utförligt beskrivits i framställningen.

Arbetslivsfonden utgör och kan framgent – inom den begränsade tidsrymd denna verksamhet är avsedd att fungera – härvid utgöra en viktig kompletterande finansieringskälla, när det gäller riktade och konkreta insatser för förbättringen av arbetsmiljön i företagen. En liknande uppgift kan fyllas av de riktade utvecklingsinsatser som görs av **Statens förnyelsefonder**.

Också för **Arbetsmiljöfondens** del gäller att även om resurserna i första hand skall användas till långsiktigt forsknings- och utvecklingsarbete inom detta område som erfarenheten visat, det dock i många fall finns goda möjligheter att som en ”kombinationseffekt” av dessa långsiktiga satsningar också göra viktiga stödinsatser direkt till företagen.

17.3.3 Företagen

Genom den lagstiftning som skett och som bl. a. kommit till uttryck i arbetsmiljölagen ställs strängare och tydligare krav på företagens eget ansvar för sin arbetsmiljö och för sina rehabiliteringsinsatser. Även bestämmelserna om kraven på företagens internkontroll vad avser arbetet och utvecklingen inom dessa områden är avsedda att stimulera företagens egna insatser härvidlag.

Samtidigt skall arbetsgivarnas motivation för och kunskaper ifråga om arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet förstärkas genom vidgade utbildningsinsatser och annan kompetensutveckling. En sådan motivationshöjning kan också förväntas genom den större valfrihet och de möjligheter till situationsanpassning som, enligt utredningens förslag, skall erbjudas företagen genom ett friare och mer ostyrt val av externa tjänstegivare.

- "Alla" anser att bra expertresurser för arbetsmiljö och rehabilitering behövs
- Dagens företagshälsovård ges nya möjligheter
- Möjligheter bör finnas att anpassa kompetens och verksamhet till arbetsgivarnas och arbetstagarnas behov
- Nya vägar prövas redan. Konkreta exempel finns

Utredningen har i det föregående fört en diskussion utifrån det – som den anser – självklara synsättet att arbetsmiljön och rehabiliteringsmöjligheterna på arbetsplatserna skapas av arbetsgivare och anställda med hjälp av de resurser som de enligt egen bedömning vill ta i anspråk. Det logiska enligt utredningens mening är att först diskutera vilka mål och effekter som bör uppnås och sedan ta ställning till vilka resurser som behövs. När nu intresset sedan lång tid varit knutet till uppbyggnaden av externa resurser för företag utan interna sådana, måste vägar givetvis också prövas för att även fortsättningsvis så effektivt som möjligt tillvarata dessa resurser och skapa nya utvecklingsmöjligheter. Möjliga lösningar och utvecklingslinjer inom dagens företagshälsovård tas därför upp till en kort belysning i det följande.

18.1 Framtidsperspektivet

Den nuvarande företagshälsovårdens – de integrerade resursernas för arbetsmiljö och rehabilitering – roll i det samlade aktörsspelet har behandlats i avsnitt 17.3.2. Här skall nu utvecklingsmöjligheterna ytterligare diskuteras.

I de promemorior som lämnats till utredningen från experter och referensgrupp, se bilagorna 2.1–2.13, är enigheten stor om att företagshälsovården behövs som resurs till arbetsgivare och anställda i arbetet med att förbättra arbetsmiljön och i rehabiliteringsarbetet på arbetsplatserna och som stöd för enskilda arbetstagare.

Enligt de framförda synpunkterna karaktäriseras en bra företagshälsovårdsenhet av hög och bred kompetens, inklusive beteendevetenskaplig. Den är lyhörd för arbetsgivarnas och de anställdas behov, är känd på arbetsplatserna och arbetar nära de anställda.

När statsbidragen försvinner upphör samtidigt den reglering och styrning av företagshälsovården, som av många inom företagshälsovården och också bland uppdragsgivarna upplevts som hämmande och störande för möjligheterna till utveckling, efterfrågeanpassning och flexibilitet. Att leva upp till kraven för statsbidragen har ibland blivit viktigare än att utveckla verksamheten. Den stora sjukvårdande delen av företagshälsovårdens verksamhet har också inom givna ekonomiska ramar kommit att hindra

utvecklingen mot högkvalitativa konsultföretag inom arbetsmiljö och rehabilitering. Utredningen anvisar en väg där dessa konflikter inte behöver uppstå genom att peka på olika sätt att marknadsföra och finansiera olika typer av insatser, kopplat till de förutsättningar som gäller för varje område för sig. Nya möjligheter öppnas. Samtidigt ställs krav på nytänkande och flexibilitet.

Det har skett en utveckling och förändring inom många företagshälsovårdsenheter som redan i dag fungerar som effektiva expertresurser och samarbetspartners till arbetsgivarna när extra resurser och speciella insatser behövs inom arbetsmiljöområdet och i rehabiliteringsarbetet. Många exempel finns på mycket framgångsrikt arbete inom detta fält. Det är svårt att tro att dessa verksamheter skulle bli utan uppdrag i framtiden och att de uteblivna statsbidragen skulle medföra en så stor kostnadsökning att arbetsgivarna inte anser sig ha råd att inhandla tjänster. Anser arbetsgivarna att tjänsterna är till nytta för deras verksamhet kommer de också att upphandla dem.

En viktig uppgift för producenterna av arbetsmiljö- och rehabiliteringstjänster är att i sin marknadsföring informera arbetsgivarna om att investeringar i arbetsmiljön och i rehabilitering lönar sig. Det kan ske med hjälp av forskningsresultat, utvärderingar av projekt, relevant statistik och kostnadsberäkningar. Vad kostar t. ex. sjuka medarbetare inom olika yrkeskategorier och i olika befattningar? Samtidigt måste arbetsgivarna få veta vad de får för de pengar som satsas på en extern expertresurs. Med utgångspunkt från en behovsanalys som beskriver tekniska, ergonomiska och psykosociala behov ställs kostnaderna i relation till förväntade vinster i form lägre kostnader och förbättrade arbetsvillkor för de anställda. Utgångspunkten för diskussioner om satsningar inom rehabiliteringsverksamheten bör vara densamma.

Enligt utredningens mening finns det en stor och växande marknad för kompetenta experter inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Nedan redovisas skälen till denna uppfattning.

De anställda ställer krav på en god arbetsmiljö och goda arbetsförhållanden i vid bemärkelse. Människor har idag ett ökat medvetande om betydelsen av att aktivt ta ansvar för sin hälsa. Det är "inne" att leva sunt och ha god kondition, främst bland ungdomar, och människor är medvetna om risker i både den inre och yttre miljön och är engagerade i miljöfrågorna i stort. Medvetandet om att psykiska påfrestningar kan leda till fysiska besvär har också ökat. Detta medför ökade krav på arbetsgivarna avseende arbetsmiljön och arbetsförhållandena. Ett företag som är känt för att ha dålig arbetsmiljö och dåliga arbetsförhållanden torde också ha svårt att få och behålla kvalificerad arbetskraft.

De anställdas krav och önskemål på en god arbetsmiljö förstärks också av att arbetsgivarna har direkta kostnader för sjukskrivning under de första 14 dagarna i en sjukperiod och kostnader i samband med produktionsstörningar i samband med sjukfrånvaro, vilket ökar intresset av att förebygga sjukskrivning genom att erbjuda goda arbetsförhållanden. De har också ett ansvar för att utreda och tillgodose rehabiliteringsbehov hos de anställda. Mot bakgrund av ovanstående, och med tanke på de långtgående krav som

ställs på arbetsgivarna i lagen om allmän försäkring och arbetsmiljölagen, anser utredningen att det finns ett stort behov av expertresurser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Därtill kommer arbetsgivarnas eget intresse av att värna om sin personal. Det finns alltså en god marknad för insatser inom dessa fält. Dagens företagshälsovård och dess personal bör ha goda förutsättningar att få uppleva en ökad, inte en minskad, efterfrågan på sina tjänster.

Det finns idag en mängd producenter som erbjuder sjukvård, hälsoundersökningar, friskvård och rehabiliteringsinsatser, främst riktade till människor med besvär från nacke, axlar, rygg och leder. Inom arbetsmiljöområdet, vilket innefattar både den fysiska och psykosociala miljön, är producenterna färre. Specialisthjälp erfordras emellertid även inom detta område eftersom dagens arbetsmiljö och arbetsförhållanden präglas av stora förändringar och därigenom påfrestningar för både arbetsgivare och arbetstagare.

Också den offentliga sektorn står inför förändringar vad gäller alternativa driftsformer, avreglering och ifrågasättande av verksamheter. Internationaliseringen medför förändrade krav på yrkeskunskaper, arbetssätt och språkkunskaper. Teknikutvecklingen fortsätter, vilket ställer nya krav på de anställda och övervakning ur arbetsmiljösynpunkt och ur ergonomisk synpunkt. Arbetsfältet förefaller vara betydande för olika experter inom arbetsmiljöområdet och rehabiliteringsverksamheten.

Det finns från arbetsgivarnas sida också ett behov av att få information om vart man kan vända sig för att få hjälp av det offentligas resurser som t. ex. Arbetslivsfonden, Arbetsmiljöfonden, Utvecklingsfonden, sjukvården, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Likaså finns behov av information och utbildning i vilka krav som ställs enligt lagar och förordningar.

Ovanstående är typer av tjänster inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena som kan erbjudas arbetsgivarna. De konsulttjänster som tas i anspråk blir därigenom arbetsgivarnas resurser och resultatet kommer de anställda tillgodo.

Utöver sådana insatser som just nämnts kan finnas intresse från både arbetsgivarna och de anställda av att kunna erbjudas individuell rådgivning och hjälp till de anställda i personliga frågor, som dels kan röra den sociala situationen dels kan vara arbetsrelaterade, som t. ex. samarbetsproblem och mobbning. Rådgivaren kan fungera som en förmedlande länk till olika befattningshavare på arbetsplatsen, till olika hjälpresurser i samhället och till andra experter inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Denna rådgivare skall enbart vara de anställdas resurs och arbeta under sekretess. Vidare kan det finnas intresse av att erbjuda viss lättillgänglig sjukvård. Utredningens förslag i dessa olika avseenden siktar till att peka på vägar för hur sådana insatser kan finansieras av arbetsgivarna som ett led i sin personalpolitik eller av sjukvårdshuvudmännen i deras sjukvårdsplanering eller genom husläkarsystemet eller genom en kombination av dessa vägar.

Inom dagens företagshälsovård har olika yrkeskategorier ofta samarbetat och har därmed förmågan och kunskapen att kunna arbeta utifrån en

helhetssyn på arbetsmiljön och i rehabiliteringsarbetet. Detta kan ge den inom företagshälsovården nu anställda personalen en fördel i den framtida konkurrensen. Sannolikt kommer verksamheter som kan erbjuda många olika specialisttjänster att vara mer attraktiva för arbetsgivarna än verksamheter med en specialiserad inriktning. Det behöver inte innebära en fast sammanhållen verksamhet utan kan vara olika specialister som utvecklat ett samarbete och där olika konstellationer av specialister kan bildas, som utgår från arbetsgivarens behov av tjänster.

Utredningen vill med denna korta exposé peka på behovet av insatser av en typ som ligger i linje med vad dagens företagshälsovård arbetar med. Behovet är stort och insikten därom ökande. För dagens företagshälsovård innebär utredningens förslag en tydlig avreglering och att företagshälsovården därmed befrias från orealistiska rollförväntningar och får möjlighet att utvecklas fritt. Många av de krav som hittills kommit till uttryck som förväntningar på företagshälsovårdens insatser lyfts enligt utredningens förslag över i arbetsmiljölagen och riktar sig därmed direkt till arbetsgivarna. Det blir därmed ett ansvar för dem att i sin egenskap av beställare i direkt kontakt med producenterna precisera och ta ansvar för de krav som skall gälla i varje enskild beställar/producentrelation.

18.2 En specialfråga: Ägarstrukturen

De förändringar som företagshälsovården nu står inför kan också motivera en diskussion om förändring av ägarstrukturen. Enligt den modell dagens företagshälsovård vanligen är organiserad efter, är ägaren en ideell förening, där företag och andra intressenter är medlemmar. Föreningen äger sedan ett aktiebolag, som driver verksamheten. I en del fall driver föreningen den själv. Vid sidan av bolags-/föreningsstyrelsen finns en företagshälsovårdskommitté, som enligt det tidigare på den privata marknaden gällande arbetsmiljöavtalet har som främsta uppgift att bestämma inriktningen av verksamheten. Kommittén är sammansatt av företrädare för medlemsföretagen. Arbetstagsidan skall ha majoritet i kommittén.

Systemet med ett fackligt inflytande på ledningen av företagshälsovården har inte alltid fallit väl ut. Sammanblandning har skett av kommittéledamöternas roller som företrädare för företagshälsovården och för det företag som köper dess tjänster. Samma personer har fungerat både som beställare och som leverantörer av tjänster. Det är också förenat med stora svårigheter att som ledamot av en företagshälsovårdskommitté hålla kontakt med kunderna och hålla sig à jour med deras verksamhet. I en del fall anses dock den nuvarande lednings- och ägarfunktionen för företagshälso-centralen fungera väl.

Allmänt sett kan ifrågasättas om en ideell förening som grundmodell för ett professionellt kunskapsföretag är den lämpligaste. Enligt vad utredningen erfarit har en del företag reagerat negativt när de fått veta att de måste vara med i en förening för att kunna få tillgång till företagshälsovårdens tjänster och av den anledningen valt att inte ansluta sig. En ideell förening arbetar utan krav på affärsmässighet, vinst och kapitaluppbyggnad. Prissättningen av tjänster baseras på solidarisk avgiftsbetalning och i

princip utan hänsynstagande till utnyttjade tjänster. Organisationsformen kan också, som tidigare nämnts, leda till en tung och ineffektiv ledningsorganisation. Detta leder fram till slutsatsen att det i många fall kan övervägas att ändra ägarförhållandena. Redan idag finns t. ex. enstaka exempel på företagshälsovårdscentraler som ägs av personalen i form av kooperativ. Man kan också tänka sig kombinationer, där en eller flera är ägare medan övriga är anställda.

18.3 Diskussion rörande finansiering

18.3.1 Nya inkomstkällor för de externa producenterna

En inkomstkälla för experter inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena är, som även beskrivits i avsnitt 18.1, **yrkesinriktade rehabiliteringstjänster** som försäkringskassan har möjlighet att köpa för enskilda försäkrades räkning som ett led i rehabiliteringen.

De **rehabiliteringsutredningar** som arbetsgivaren är skyldig att göra när en försäkrad varit sjukskriven mer än fyra veckor, haft flera korta sjukperioder eller själv begör utredningen, kan också kräva särskild experthjälp. För att arbetsgivarna i första hand skall vända sig till egna specialister, interna eller externa, i stället för till försäkringskassan, föreslår utredningen en ändring i lagen om allmän försäkring. Innehållet i paragrafen är att försäkringskassan skall ta en avgift för de rehabiliteringsutredningar som de utför när arbetsgivaren underlåter, eller inte har möjligheter att göra utredningen. Se avsnitt 12.9 och 12.10.

Personalakonomiska redovisningar är ett aktuellt område där arbetsgivarna kan behöva konsult hjälp för att arbeta fram bra system och metoder och kan därmed vara en annan inkomstkälla.

För att kunna få finansiell hjälp från Arbetslivsfonden till utveckling av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet i företagen måste arbetsgivarna göra ett **arbetsplatsprogram**. Hjälp av specialister inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena är aktuell både i utarbetande av program och i genomförandet av utvecklingsprojektet.

18.3.2 Några fonder som stöder utvecklingsarbetet inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena

Arbetslivsfonden tillkom 1989. Fondens uppgift är att från den fond som avses i lagen (1989:484) om arbetsmiljöavgift ge ekonomiska bidrag till arbetsgivare för insatser som förbättrar arbetsmiljön och minskar arbets-skador och sjukskrivningar samt för rehabiliteringsinsatser. Arbetsgivare inom såväl offentlig som privat verksamhet kan söka bidrag ur fonden. Verksamheten bedrivs genom en central arbetslivsfond, dels genom regionala fonder.

Statens förnyelsefond bildades av parterna på den statliga arbetsmarknaden 1987. Den har hittills fått 350 miljoner kronor att fördela till statliga administrativa utvecklingsprojekt. Utbildning ingår som en del i projektet. De ska samtidigt förbättra effektiviteten och de anställdas arbets-

betingelser, exempelvis korta ned handläggningstiderna och minska belastningsskadorna.

Arbetsmiljöfonden har enligt sin instruktion (1991:1158) att bli stödja sådan forskning och utveckling samt utbildning och information som kan motverka uppkomsten av arbetsskador eller i övrigt bidra till en förbättrad arbetsmiljö.

18.4 Samarbete med hälso- och sjukvården

Företagsläkare har en kompetens som alla läkare förväntas ha med utgångspunkt från den betydelsefulla roll de spelar i den yrkesinriktade rehabiliteringen av sjukskrivna. På orter där människor i allmänhet både bor och arbetar kan läkarna på vårdcentralen, och också privatläkarna, ha kännedom om patienternas arbetsplatser. I storstadsområden där många människors arbetsplatser ligger långt från bostadsorten, där den behandlande och sjukskrivande läkaren i allmänhet finns, är det svårt för läkaren att ha en god kännedom om patienternas arbetsplatser. Detta medför ett behov av hjälp och samarbete med företagsläkare och andra externa resurspersoner, som arbetsgivarna anlitar för sitt rehabiliteringsarbete. Under en rehabiliteringsperiod, då olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder pågår, som syftar till att patienten i första hand skall kunna återgå till arbete hos sin arbetsgivare, kan det därför vara lämpligt att en företagsläkare tar över sjukskrivnings- och rehabiliteringsansvaret. Företagsläkaren, som känner arbetsplatsen, har större möjlighet att sjukskriva på ett aktivt sätt, dvs. utnyttja de fyra sjukskrivningsnivåerna anpassade till patientens arbetsuppgifter och hälsotillstånd samt att ange konkreta föreskrifter under rehabiliteringstiden, än den läkare som inte känner arbetsplatsen. Företagsläkaren, i samarbete med andra rehabiliteringsansvariga, har också större möjlighet att delta i diskussionerna med arbetsgivaren när det gäller vilka rehabiliteringsåtgärder som kan vara relevanta i det enskilda fallet.

En modell för att kunna tillgodose arbetsgivarnas och de anställdas önskemål om både lättillgänglig sjukvård och medicinsk kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena, är att läkarna bildar fristående vårdbolag och har samarbete med andra experter inom i arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor. Läkarna i vårdbolaget kan träffa vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen.

En annan modell för samarbete mellan läkare inom primärvården, de husläkare som nu diskuteras och läkare med specialistkompetens inom företagshälsovård kan vara att sjukvårdshuvudmannen avsätter en viss del av primärvårdsbudgeten för köp av tjänster från företagsläkare och andra yrkesutövare inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Läkarna inom primärvården träffar sedan överenskommelser med företagsläkarna och andra yrkesgrupper inom företagshälsovården som sjukgymnasterna, skyddsingenjörerna, beteendevetarna och andra om hur samarbetet skall gå till och om priser på efterfrågade tjänster. Denna modell diskuteras nu i Landstinget Gävleborg.

Visar det sig vara alltför kostsamt för arbetsgivarna att betala hela

kostnaden för en företagsläkares tjänster är det alltså sjukvårdshuvudmännen som får avgöra om de vill använda företagsläkarnas kompetens inom sitt sjukvårdsområde genom att träffa vårdavtal och genom att besluta om deras remissrätt.

En modell för samarbetsformer och ersättningssystem mellan ett sjukvårdsområde och företagshälsovården för att ta tillvara sjukvårdsresurserna inom företagshälsovården har nu fastställts genom avtal mellan Borlänge hälso- och sjukvårdsområde och företagshälsovårdsenheter i Borlänge. Bakgrunden till avtalet är bl. a. en kartläggning gjord av försäkringskassan och Borlänge hälso- och sjukvårdsområde som visat att av de sjukfall som varat mer än en månad var 32 procent av kvinnorna och 31 procent av männen sjukskrivna hos företagshälsovården. Av de patienter som sökt företagshälsovården var 72 procent sjukskrivna med diagnos som gällde rörelseorganens sjukdomar och man har dragit slutsatsen att människor med denna typ av besvär i första hand söker sig till företagshälsovården.

Försäkringskassan har konstaterat att företagsläkarna i högre utsträckning än andra läkare använde sig av alla fyra sjukskrivningsnivåerna. En flexibel sjukskrivning underlättar återgång i arbete och minskar sjukskrivningstiden för de enskilda människorna.

Avtalet mellan företagshälsovården och landstinget är baserat på försäkringskassans läkarvårdstaxa 1-3. Av kostnaden för sjukvårdstjänster som produceras inom företagshälsovården ersätts 25 procent av arbetsgivarna och 75 procent av landstinget. Kostnadstaket är beräknat på uppskattningen att de 20 000 anslutna gör 10 000 besök hos företagshälsovården för konsumtion av traditionell sjukvård. Landstingets delaktighet i finansieringen är villkorad och baserad på ettårsavtal.

Ett villkor för att landstinget skall ersätta 75 procent av sjukvårdskostnaden är att respektive företagshälsovård har avtal eller på annat sätt kan styrka att arbetsgivaren betalar 25 procent av vårdkostnaden. Patientavgiften tas ut direkt av företagshälsovården.

Från såväl landstingets som från försäkringskassans sida kommer en kvalitativ uppföljning att göras. Denna uppföljning skall utgöra grunden för framtida samarbets- och avtalsformer.

I uppföljningen kommer bl. a. följande faktorer att studeras

- arbetsrelaterade olyckor och skador,
- rehabiliteringsfrekvens,
- sjuktalet och sjuktalets förändring,
- remissfrekvens till företagshälsovård,
- remissfrekvens från företagshälsovård samt
- utnyttjande av röntgen och medicinsk service

18.5 Avtal kan ge stöd åt utvecklingen

Vad utredningen anfört i detta kapitel är avsett att peka på olika möjligheter. Det är inte avsett att utgöra rekommendationer, än mindre offentliga regler.

De slutliga förutsättningarna för utveckling av resurser för arbete med

arbetsmiljö och rehabilitering är utöver den offentliga regleringen av arbetsgivarnas arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsverksamhet beroende av hur avtal inom området utformas på arbetsmarknaden. Utredningen utgår ifrån, att avtal, som stödjer en flexibel och effektiv resursanpassning, kommer att träffas på lämpliga nivåer. Att så sker är en viktig förutsättning för ett framgångsrikt arbete.

19. Överensstämmelse med ILO-konvention
nr 161

- Utan avtal på arbetsmiljöområdet mellan arbetsmarknadens parter uppkommer behov av lagstiftning om en i princip obligatorisk företagshälsovård
- Lagstiftningen är då nödvändig för att tillgodose ILO-konventionens krav
- Lagstiftningen måste i detta alternativ ställa kravet på arbetsgivaren att föranstalta om företagshälsovård och finansiera denna
- Alternativet innebär också att auktorisation av företagshälsovårdsenheter bör införas
- Arbetskyddsstyrelsen bör handha auktorisationen

19.1 Konventionens omfattning och inriktning

Den av Sverige ratificerade ILO-konventionen (nr 161) tar på ett detaljerat sätt upp frågorna om den nuvarande företagshälsovårdens uppgifter och organisation m m. Till konventionen har fogats den av Sverige också ratificerade ILO:s rekommendation (nr 171) om företagshälsovård, som ytterligare kompletterar innehållet.

19.2 Jämförande genomgång

Konventionen tas här som utgångspunkt för en genomgång av förutsättningarna för den resurs i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet, som företagshälsovården utgör. I samband med en sådan genomgång här nedan kommenteras möjligheterna att leva upp till konventionens syften, även efter beslutade och i denna utredning föreslagna förändringar.

Konventionen omfattar sammanlagt 24 s. k. artiklar. Här återges lydelsen av de från principiell synpunkt mest intressanta av dessa jämte kommentarer.

Det är viktigt att inledningsvis fastslå att konvention och rekommendation fastställer principer för nationell politik och åtgärder på nationell nivå. I konventionen anges hur "occupational health services" skall organiseras m m. Företagshälsovård har i den svenska översättningen blivit ett samlingsbegrepp för de tjänster inom arbetsmiljöområdet och rehabiliteringsverksamheten som skall finnas för att stödja arbetsgivare och arbetstagare i arbetet för att förhindra att människor blir sjuka och skadade på arbetsplatsen.

Artikel 1

"Vid tillämpningen av denna konvention avses med uttrycket

a) "företagshälsovård" tjänster som anförtrots huvudsakligen förebyg-

gande uppgifter och med ansvar för rådgivning till arbetsgivare, arbets- tagare och deras representanter i företaget angående

- krav på utformande och upprätthållande av en säker och hälsosam arbetsmiljö, vilket kommer att bidra till optimal fysisk och psykisk hälsa i samband med arbetet,
 - anpassning av arbetet till arbetstagarnas förutsättningar med hänsyn till deras fysiska och psykiska hälsa;
- b) "arbetstagarrepresentanter i företaget" personer som erkänns som sådana enligt nationell lagstiftning eller praxis."

Kommentar:

Artikeln innehåller den grundläggande definitionen av uttrycket "företags- hälsovård". Av denna framgår att innebörden är viss typ av *tjänster*, nämligen sådana som har ett förebyggande syfte, avser rådgivning och är gemensamma för arbetsgivare och arbetstagare.

Utgångspunkten för den fortsatta genomgången är således denna defini- tion och konventionens syfte, som är att säkerställa att angivet slag av tjänster finns att tillgå inom varje stat som anslutit sig till konventionen.

Artikel 2

"Mot bakgrund av nationella förhållanden och praxis och i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna, där så- dana finns, skall varje medlemsstat utforma, genomföra och med jämna mellanrum revidera en enhetlig nationell politik avseende företagshälso- vård."

Kommentar:

Den "nationella politik avseende företagshälsovård" som konventionen syftar till har hittills framgått av arbetsmiljölagen, arbetsmiljöavtalen och de därtill fogade riktlinjerna för företagshälsovård samt förordningen om statsbidrag till företagshälsovård. Eftersom en del av detta regelverk bort- faller är det angeläget att arbetsmiljölagen förtydligas enligt utredningens förslag. Utredningen förutsätter emellertid också, att avtal kommer till stånd på lämpliga nivåer mellan arbetsmarknadens parter för att stödja en flexibel och effektiv resursstruktur. Frågan om Sverige skall anses uppfylla sina åtaganden enligt ILO-konventionen blir bl. a. beroende av om sådana avtal täcker den helt övervägande delen av arbetsmarknaden. Så är inte fallet i dag.

Artikel 3

"1. Varje medlemsstat åtar sig att steg för steg bygga ut företagshälsovår- den för alla arbetstagare, däri inbegripet arbetstagare inom den offent- liga sektorn och medlemmar av produktionskooperativ, inom alla arbetsmarknadens områden och alla företag. De åtgärder som vidtas

- skall vara anpassade till förekommande risker i företagen.
2. Om företagshälsovård inte omedelbart kan införas för alla företag, skall varje berörd medlemsstat utarbeta planer för införande av sådan service i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbets-
tagarorganisationerna, där sådana förekommer.
 3. Varje berörd medlemsstat skall i den första rapporten om tillämpningen av konventionen, som inlämnas i enlighet med artikel 22 i internationella arbetsorganisationens stadga, ange vilka planer som utarbetats i enlighet med punkt 2 i denna artikel och skall i följande rapporter uppge de framsteg som gjorts beträffande deras genomförande.”

Kommentar:

Konventionens krav på utbyggnad av tjänster av företagshälsovårdstyp till alla arbetstagare har en motsvarighet i målen för företagshälsovårdens utbyggnad i Sverige. I regeringens proposition 1984/85:89 om företagshälsovård och anpassning framhöll departementschefen att ”målet för utbyggnaden bör vara att alla anställda skall ha tillgång till företagshälsovård.” Samtidigt framhölls att utbyggnadstakten måste anpassas bl. a. till vilka resurser som kan ställas till förfogande. Allas tillgång till företagshälsovård, både enligt konventionen och den nationella politiken, får betraktas som ett inriktningsmål om det inte anges en tidpunkt då målet skall vara nått. Någon förändring av den långsiktiga ambitionen, i den mån den kan tolkas som en ambition att adekvata resurser skall finnas tillgängliga för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering, följer inte av utredningens förslag.

Artikel 5

”Utan inskränkning av varje arbetsgivares ansvar för sina anställdas hälsa och säkerhet och med vederbörlig hänsyn till nödvändigheten av arbetstagarmedverkan i arbetsmiljöfrågor skall företagshälsovård bland följande uppgifter ha sådana som är i överensstämmelse med riskerna på företaget:

- identifiera och bedöma hälsoriskerna på arbetsplatsen
- övervaka de faktorer i arbetsmiljön och arbetsrutinerna som kan påverka arbetstagarnas hälsa, innefattande sanitära anläggningar, personalmatsalar och bostäder, där sådana tillhandahålls av arbetsgivaren
- ge råd om arbetets planering och organisation, innefattande arbetsplatsens utformning, om val, underhåll och kontroll av maskiner och annan utrustning samt om ämnen som används i arbetet
- delta såväl i utvecklingen av program för förbättring av arbetsmetoder som vid provning och bedömning av ny utrustning ur hälsosynpunkt
- ge råd om hälsa och säkerhet i relation till arbetet och yrkeshygien samt om ergonomi och individuell och kollektiv skyddsutrustning
- övervaka arbetstagares hälsa i samband med arbetet
- främja arbetets anpassning till arbetstagaren
- bidra till åtgärder för yrkesinriktad rehabilitering

- medverka till tillhandahållande av information och utbildning inom områdena hälsa i arbetet och yrkeshygien samt ergonomi
- organisera första hjälpen och akutsjukvård
- delta i analyser av olycksfall i arbetet och arbetsrelaterade sjukdomar.

Kommentar:

Först skall konstateras att bestämmelsen här inte anger generella krav utan gäller funktioner som det finns behov av med hänsyn till de speciella förhållanden som råder inom företaget eller verksamheten.

Artikel 5 innebär en ytterligare konkretisering av vilka funktioner de speciella företagshälsovårdstjänsterna kan ha. De i artikeln nämnda funktionerna är exempel på frågor som arbetsgivare och arbetstagare i enlighet med 6 kap 1 § AML i den föreslagna utformningen bör samverka om och som kan kräva tillgång till för parterna gemensamma, rådgivande resurser. De funktioner som skall ankomma på arbetsgivare och arbetstagare gemensamt kan ytterligare förtydligas genom avtal mellan parterna.

Enligt ILO-konventionen skall första hjälp och akutsjukvård organiseras som en företagshälsovårdstjänst. I Sverige ankommer det på hälso- och sjukvårdshuvudmannen att ansvara för att akut hälso- och sjukvård finns att tillgå.

Artikel 6

”Åtgärder skall vidtas för att införa företagshälsovård

- genom lagar eller bestämmelser
- 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.”

Kommentar: I arbetsmiljölagen, 3 kap 2 § finns en bestämmelse som innebär att arbetsgivaren, om arbetsförhållandena påkallar det, skall föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver. Utredningen föreslår att denna bestämmelse utgår men föreslår en komplettering i 3 kap 3 § som tar sikte på att erforderliga resurser skall avsättas.

En åtgärd från samhällets sida för att tillgodose arbetsgivarnas behov av experthjälp i arbetet med att skapa god arbetsmiljö och i deras rehabiliteringsarbete har varit statsbidraget till företagshälsovård. Detta stöd och villkoren för detta upphör den 1 januari 1993 och det är bl. a. av det skälet angeläget att avtal träffas på området.

Artikel 7

1. Företagshälsovård kan anordnas som en service inom ett enda företag eller som för flera företag gemensam service, beroende på vad som är lämpligast.
2. I överensstämmelse med nationella förhållanden och praxis kan företagshälsovård organiseras genom

- berörda företag eller grupper av företag
- offentliga myndigheter eller offentliga tjänster
- socialförsäkringsinstitutioner
- andra organ som fått tillstånd därtill av behörig myndighet
- en kombination av ovanstående.

Kommentar: I artikeln sägs att företagshälsovårdstjänster *kan* organiseras enligt något av de angivna alternativen. Även andra alternativ är således tänkbara. Företagshälsovård kan, sedd från nyttjarens sida utgöras av en sammanhållen resurs eller av en kombination av tjänster. Bestämmelsen kan därför tolkas som organisatoriska riktlinjer att beaktas i varje särskilt fall här aktuella resurser skall anordnas.

Artikel 8

”Arbetsgivare, arbetstagare och deras företrädare, där sådana finns, skall samarbeta och på lika villkor delta i genomförandet av organisatoriska och andra åtgärder med avseende på företagshälsovård.”

Kommentar:

Den samverkan om organisering av företagshälsovårdstjänster som här avses har tidigare kunnat grundas på avtal. Det är också för att tillgodose artikel 8 nödvändigt att möjlighet till detta kommer att skapas även fortsättningsvis.

Särskild tyngd åt detta krav ger den formulering av 6 kap 1 § AML som föreslagits i avsnitt 12.7.2 och som innebär att arbetsgivare och arbetstagare skall samverka för att åstadkomma en på lämpligt sätt organiserad arbetsmiljö- och rehabiliteringsverksamhet. Till denna bestämmelse fogas i förslaget ett tillägg om att parterna skall verka för att gemensamma, rådgivande resurser för arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten finns att tillgå. Den bestämmelsen tar sikte på just gemensamma resurser. Huruvida dessa skall vara desamma som arbetsgivaren använder för att uppfylla de ålägganden som han i övrigt har enligt arbetsmiljölagen eller om de skall organiseras särskilt, föreslås inte reglerat.

Vidare ingår i förslagen till lagändringar ett förslag till ändring av 6 kap 9 § AML, innebärande en utveckling av skyddskommitténs uppgifter. Denna förändring innebär en förstärkning av stödet för den typ av tjänster som avses i ILOkonventionen.

Artikel 9

1. I enlighet med nationell lagstiftning och praxis bör företagshälsovården vara multidisciplinär. Personalsammansättningen skall bestämmas med hänsyn till de uppgifter som skall utföras.
2. Företagshälsovården skall utföra sina uppgifter i samverkan med övriga funktioner inom företaget.

3. Åtgärder skall vidtas enligt nationell lagstiftning och praxis för att säkerställa lämpligt samarbete och samordning mellan företagshälsovård och, i den mån det är lämpligt, annan hälsovårdsverksamhet.”

Kommentar:

Arbetsområdet för den nuvarande företagshälsovården i Sverige har successivt vidgats. Det har inneburit ett behov av och komplettering med ytterligare kompetenser och yrkeskategorier. Genom Arbetsmiljöinstitutets statligt finansierade verksamhet har utbildning skett med inriktning på att ge kunskaper för olika typer av företagshälsovårdstjänster. Vidare har företagshälsovård etablerats som en medicinsk läkarspecialitet. Den framtida utvecklingen torde komma att kännetecknas av ökad anpassning till beställarnas behov av olika kompetenser.

I avtalen mellan arbetsmarknadens parter har eftersträvat ett brett utbud av tjänster. Krav har ställts på att såväl tekniskt som medicinskt och psykosocialt inriktade tjänster skall kunna tillhandahållas. Huruvida liknande krav kommer att ställas även i framtida avtal har utredningen svårt att bedöma.

Utredningen utgår dock ifrån att olika slags tjänster, anpassade till behovet, kommer att kunna erbjudas och att därmed ILO-konventionens syfte enligt punkt 1 i artikel 9 kommer att tillgodoses.

Punkterna 2–3 i artikel 9 föranleder ingen särskild kommentar.

Artikel 10

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

Kommentar:

I sammanhanget skall beaktas det förslag till skydd för sekretess som utredningen föreslagit införas som 4 a § AML, samt vad utredningen föreslår i avsnitt 12.4.3 om tillsyn över använda specialistresurser utgående från individens krav. Vidare bör observeras vad i avsnitt 12.6 anförts om kvalitetssäkring.

Artiklarna 11–17

Innehållet i dessa artiklar berörs i liten utsträckning av de förändringar som kan förutses och kommenteras därför icke.

Artikel 18

- ”1. Denna konvention — — — — — generaldirektören.
2. Konventionen träder i kraft tolv månader efter det att ratifikationer från två medlemsstater har registrerats hos generaldirektören.

3. Därefter träder konventionen i kraft för varje medlemsstat tolv månader efter den dag då dess ratifikation har registrerats.”

Kommentar:

Sverige ratificerade konventionen 1986-07-01 och trädde därefter i kraft 1988-02-07. En medlemsstat kan tidigast tio år efter det att konventionen först trädde i kraft säga upp densamma. En uppsägning kan således ske tidigast 1 februari 1998. Uppsägningen får verkan först ett år efter det att den registrerats.

19.3 Sammanfattande bedömning

I det föregående har de olika åtagandena i ILO-konventionen gått i genom och jämförts med de av utredningen framförda förslagen. På många punkter framstår det som uppenbart, att konventionens åtaganden inte låter sig förenas med den situation som uppstår när statsbidragsförordningen upphör att gälla, om då fortfarande stora delar av arbetsmarknaden står utan avtal på området. Det kan t. o. m. diskuteras, om det allmänna synsätt på hur resurserna för arbetsmiljö och rehabilitering bör betraktas, som utredningen framför, alls låter sig förenas med de utomordentligt detaljerade stadganden som ILO-konventionen har. Det kan emellertid antas, att om det genom träffade avtal på arbetsmarknaden visar sig att parterna där delar utredningens uppfattning om vikten av en flexibel och situationsanpassad resursstruktur, så får det ses som en indikation på, att en överensstämmelse också föreligger med ILO-konventionens krav.

Konventionen har emellertid en detaljeringsgrad som inte gagnar verksamheten. Oberoende av om avtal nu träffas eller ej anser utredningen att överenskommelser bör eftersträvas som mera uttrycker en allmän policy och ett gemensamt förhållningssätt när det gäller åtgärder för säkerhet och hälsa i arbetet. *Utredningen föreslår* därför att Sverige verkar för en omarbetning av ILO:s konvention nr 161 liksom av motsvarande rekommendation med den inriktning av arbetet som här angivits.

19.4 Åtgärder med hänsyn till konventionen

Mot bakgrund av det just anförda finns det anledning att ange ett alternativ som uppfyller ILO-konventionens krav på annat sätt än genom att avtal sluts. I ett sådant alternativ ankommer det enligt utredningens mening på statsmakterna att tillse, att företagshälsovård finns och utnyttjas. Det förutsätter att begreppet definieras i lag eller förordning och att åtgärder vidtas för att den verkliga också utnyttjas. Statsmakternas redan fattade beslut innebär, att ekonomiska stimulansåtgärder är uteslutna. Återstår lagliga krav, dvs. att kravet på att erforderliga resurser avdelas, knyts till en i lag eller förordning definierad företagshälsovård.

Grunden för en sådan lagmässig reglering bör vara, att enligt förslaget här nedan i 3 kap 2 § *AML stadga, att arbetsgivaren skall föranstalta om*

AML

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 Kap
2 §

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

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

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

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

Arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

Förslaget syftar till att företagshälsovård skall finnas att tillgå så gott som undantagslöst för anställda hos alla arbetsgivare. Det är nämligen utredningens uppfattning — såsom också angivits i avsnitt 12.7 i motiven till förändring av 3 kap 2 § AML i det första alternativet — att de krav som följer av de allmänna stadgandena i AML och av 22 kap AFL är av sådan art och räckvidd, att företagen i gemen har behov av tillgång till särskilda expertresurser.

Den förlagna lagändringen motiveras av att ILO-konventionen föreskriver en enhetlig nationell politik avseende företagshälsovård. I avsaknad av avtal är lagstiftning den väg som bedömts återstå för att Sverige skall kunna följa denna konvention.

Efterlevnaden av ILO-s rekommendation nr 171 synes vidare göra det lämpligt att även ansvaret för finansiering av företagshälsovård slås fast genom en bestämmelse i arbetsmiljölagen. En sådan bestämmelse kan placeras i 3 kap 2 b § och ha den lydelse som framgår av följande förslag.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 Kap
2 b §

Företagshälsovården skall finansieras av arbetsgivaren.

Arbetskyddsstyrelsen bör ge ut anvisningar till ledning för tillämpningen av bestämmelserna i 3 kap 2 §. Utgångspunkten för dessa anvisningar bör anges av statsmakterna. De bör lämpligen ansluta till de krav på företagshälsovården som finns i nu gällande statsbidragsförordning och som innebär att bidrag utgår till företagshälsovård som

1. är en rådgivande expertfunktion för arbetsgivare och arbetstagare,
2. arbetar förebyggande med arbetsmiljön och som medverkar i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället,
3. aktivt medverkar i det lokala arbetsmiljöarbetet,
4. samverkar med berörda samhällsorgan,
5. drivs med för ändamålet utbildad personal,
6. styrs av ett organ med representation av arbetsmarknadens parter, såvida företagshälsovården inte ingår i arbetsgivarens organisation (inbyggd företagshälsovård),
7. har en väl definierad ledningsfunktion för den operativa verksamheten och
8. årligen upprättar dels en plan för den allmänna inriktningen av verksamheten under det senaste bidragsåret, dels en berättelse om verksamheten under det senaste bidragsåret. Planen och berättelsen skall ges in till Yrkesinspektionen.

Det bör sedan ankomma på Arbetarskyddsstyrelsen att genom ett fortsatt utvecklingsarbete skaffa sig och Yrkesinspektionen ett allt mer nyanserat underlag för att kunna ta ställning till hur de generella anvisningarna skall tillämpas i det enskilda fallet.

ILO-konventionen föreskriver en enhetlig nationell politik beträffande företagshälsovård. Detta förtydligas i rekommendationen till att omfatta allmänna principer vad avser uppgifter, organisation och verksamhet.

● Företagshälsovårdens uppgifter skall enligt konventionen finnas bland följande

- identifiera och bedöma hälsoriskerna på arbetsplatsen
- övervaka faktorer i arbetsmiljön som kan påverka arbetstagarnas hälsa
- ge råd om arbetets planering och organisation
- delta såväl i utvecklingen av program för förbättring av arbetsmetoder som vid provning och bedömning av ny utrustning ur hälsosynpunkt
- övervaka arbetstagares hälsa i samband med arbetet
- främja arbetets anpassning till arbetstagaren
- bidra till åtgärder för yrkesinriktad rehabilitering
- medverka till tillhandahållande av information och utbildning
- organisera första hjälpen
- delta i analyser av olycksfall i arbetet och arbetsrelaterade sjukdomar.

Rekommendationen innehåller preciseringar om vad övervakningen av arbetsmiljön bör innefatta och hur övervakningen bör utföras.

Övervakningen av arbetstagarnas hälsa bör enligt rekommendationen innefatta alla undersökningar som behövs för att skydda arbetstagarnas hälsa, bl. a. bedömning av arbetstagarnas hälsa innan de tilldelas speciella uppgifter som kan innebära fara för deras egen eller andras hälsa, hälsobedömning med jämna mellanrum under arbete som innebär särskild hälsorisk och hälsobedömning vid återupptagande av arbetet.

Företagshälsovården bör enligt rekommendationen informeras om förekomst av ohälsa bland arbetstagare och frånvaro från arbetet av hälsoskäl

för att kunna fastställa om det finns något samband mellan orsakerna till ohälsan eller frånvaron och eventuella hälsorisker på arbetsplatsen. Personliga uppgifter rörande hälsobedömningar får endast utlämnas till andra med den berörde arbetstagarens vetskap och samtycke.

När en arbetsrelaterad sjukdom har upptäckts genom övervakning av arbetstagarens hälsa, bör enligt rekommendationen anmälan därom göras till vederbörande myndighet i enlighet med nationell lagstiftning och praxis. Arbetsgivaren, arbetstagarna och deras företrädare bör informeras om denna anmälan.

Rekommendationen innebär också att den behöriga myndigheten med beaktande av nationell lagstiftning och praxis m. m. bör ge företagshälsovården, med samtycke av alla berörda, däri inbegripet arbetstagaren och dennes egen läkare eller i förekommande fall primärvården, tillstånd att utföra eller delta i ett antal uppgifter, varibland förtjänar nämnas behandling av personer som råkat ut för olycksfall i arbetet, behandling av arbetsrelaterade sjukdomar och nedsatt hälsa förvärrad av arbetet och medicinska synpunkter på omskolning och yrkesinriktad rehabilitering.

Enligt rekommendationen bör uppgifter härrörande från övervakningen av arbetsmiljön registreras på lämpligt sätt och vara tillgängliga för arbetsgivaren, arbetstagarna och deras företrädare i det berörda företaget eller för skyddskommittén, där sådan finns. Uppgifterna bör användas konfidentiellt och enbart för att ge vägledning och råd beträffande åtgärder för förbättring av arbetsmiljön och arbetstagarnas hälsa och säkerhet. Behörig myndighet bör ha tillgång till dessa uppgifter. Företagshälsovården får endast lämna ut dem till andra med samtycke av arbetsgivare och arbetstagare eller deras företrädare eller skyddskommittén.

- Konventionen anger vidare att arbetsgivare, arbetstagare och deras företrädare, där sådana finns, skall samarbeta och på lika villkor delta i genomförandet av organisatoriska och andra åtgärder med avseende på företagshälsovård.
- Företagshälsovården skall enligt konventionen vara multidisciplinär. Personalsammansättningen skall bestämmas med hänsyn till de uppgifter som skall utföras.

Enligt rekommendationen bör företagshälsovården ha en tillräckligt stor teknisk personal med specialutbildning och erfarenhet inom sådana områden som yrkesmedicin, yrkeshygien, ergonomi, företagshälsovård och andra relevanta områden. De bör så långt det är möjligt hålla sig à jour med den vetenskapliga och tekniska kunskapsutveckling som erfordras för att utföra sina uppgifter och bör beredas möjlighet att göra detta utan förlust av inkomst.

- Företagshälsovårdspersonalen skall enligt artikel 10 i konventionen åtnjuta fullständigt professionellt oberoende från arbetsgivare, arbetstagare och deras företrädare.

Till detta skall läggas vissa ytterligare uttalanden i rekommendationen som måste beaktas vid tillämpning av det alternativa synsätt som här avses. I rekommendationen anges att

- Företagshälsovården bör så vitt möjligt förläggas till arbetsstället eller i

dess närhet eller organiseras på sådant sätt att dess uppgifter kan utföras på arbetsstället.

- Företagshälsovården i ett nationellt eller multinationellt företag med mer än ett arbetsställe bör ge arbetstagarna på alla arbetsställen, utan åtskillnad och oavsett var eller i vilket land de är belägna, högsta servicestandard.
- Varje person som arbetar inom företagshälsovården bör åläggas tystnadsplikt med avseende på såväl medicinska som tekniska uppgifter som kan komma till hans kännedom i samband med tjänsten, dock med de undantag som kan föreskrivas i nationella lagar och bestämmelser.
- Företagshälsovården bör ha tillgång till ändamålsenliga resurser för att kunna göra de analyser och prov som behövs för övervakning av arbetstagarnas hälsa och arbetsmiljön.
- I de fall då företagshälsovård har införts och dess uppgifter angivits i nationella lagar eller bestämmelser bör även metoder för finansiering av denna service fastställas genom lagstiftning.

Arbetskyddsstyrelsen har ovan förutsatts utfärda föreskrifter till ledning för tillämpningen av bestämmelsen om företagshälsovård. Dessa föreskrifter bör, utöver kraven i statsbidragsförordningen också beakta bestämmelserna i ILO:s konvention nr 161 och rekommendation nr 171.

Kraven på företagshälsovården enligt dessa föreskrifter bör utgöra villkor för att en specialistresurs inom området för arbetsmiljö och rehabilitering skall erhålla auktorisation och för att resursen skall kunna använda benämningen företagshälsovård.

19.5 Auktorisation av företagshälsovård

För närvarande definieras en av statsmakten godkänd företagshälsovård genom att den är berättigad till statsbidrag och därmed uppfyller kraven i statsbidragsförordningen. Yrkesinspektörerna och arbetsgivarna vet vilka grundkrav en företagshälsovård, som erhåller statsbidrag uppfyller. För att göra den företagshälsovård, som nu i detta alternativ föreslås identifierbar, krävs auktorisation.

Enligt det alternativ utredningen här diskuterar, är förekomsten av utnyttjandet av företagshälsovården en i princip statlig angelägenhet. En behörig myndighet bör därför ansvara för auktorisationen. Det är naturligt att Arbetskyddsstyrelsen, som ansvarig för att tillse att arbetsmiljölagen efterlevs får detta ansvar. I det organ som svarar för auktorisationen bör också Riksförsäkringsverket, som tillsynsmyndighet för försäkringskassorna, vara företrätt mot bakgrund av det ansvar för rehabiliteringsverksamheten i landet som kassorna har. Användarna av företagshälsovårdens resurser, dvs. arbetsgivarna och de anställda, bör också vara företrädna. Det är också viktigt att "branschen" är representerad, t. ex. genom Föreningen Svensk Företagshälsovård.

Enligt utredningens mening bör godkännande av en företagshälsovård omprövas efter ca tre år och krav på verksamhetsberättelse och kvalitetskontroll ställas, för att auktorisationen skall kunna fylla sin funktion att garantera att verksamhets- och kvalitetskraven är uppfyllda.

I det nu diskuterade alternativet har förslag om lagreglering av arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård lagts fram. Därav följer anledning att diskutera behovet av lagbestämmelser m.m. och andra kompletterande bestämmelser.

Av en bestämmelse om att arbetsgivaren skall föranstalta om företagshälsovården om det inte är uppenbart onödigt följer krav på att resurser för ändamålet finns att tillgå.

Av statsmakten kan därför krävas ett engagemang för frågan hur företagshälsovård skall finnas tillgänglig för arbetsgivarna. Ansvaret för att skapa god arbetsmiljö ligger dock odelat på arbetsgivaren och enligt det i detta alternativ framlagda förslaget skall arbetsgivaren också föranstalta om företagshälsovård. Det innebär att arbetsgivaren skall tillhandahålla sådan vård med de resurser som finns tillgängliga internt i företaget eller genom köp av externa tjänster. Den efterfrågan som kommer att finnas på sådana tjänster kan förutsättas ge till resultat att företagshälsovård kommer att finnas att tillgå. Redan i dag är 80 procent av alla anställda omfattade av företagshälsovård, en betydande kapacitet finns sålunda redan i utgångsläget. Vidare skall enligt riktlinjerna i principprogrammet Hälso- och sjukvård inför 90-talet, primärvården svara för företagshälsovårdsservice där denna inte tillhandahålls på annat sätt. Dessa utgångspunkter kompletteras nu genom förslagen om att Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen i samverkan med berörda myndigheter skall följa utvecklingen av resurser för arbetsmiljö och rehabilitering och verka för en effektiv och flexibel resursstruktur. Utredningen utgår från att statsmakterna inte skall svara för den direkta planeringen och driften av enheter för företagshälsovård.

Hänsynstagande till ILO-konventionen innebär också att behovet kvarstår av den i avsnitt 12.7 föreslagna ändringen i 6 kap 9 §, andra punkten, som avser skyddskommitténs möjligheter att behandla frågor om övervakning och dokumentation av arbetsmiljön. Förslaget får följande utseende:

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 Kap
9 §

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

1. företagshälsovård,
2. handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §,

Skyddskommittén skall delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. I skyddskommittén skall behandlas frågor om

1. företagshälsovård,
2. dokumentering av arbetsmiljön och arbetet med denna samt handlingsplaner enligt 3 kap. 2 a §.

3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,

4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,

5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön,

6. arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället.

3. planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation,

4. planering av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall,

5. upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.

6. arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället.

Enligt det alternativ som här behandlas föreligger däremot inte skäl att genomföra de i avsnitt 12.7 föreslagna ändringarna i 3 kap 4 a § om sekretess och i 6 kap 1 § angående skyldighet för arbetsgivaren och arbetstagarna att samverka för att gemensamma, rådgivande resurser skall finnas att tillgå. De anspråk på resursen företagshälsovård som kan ställas, utgående från behoven av sekretess och opartiskhet m m, bör framgå av de i avsnitt 19.5 angivna föreskrifter som Arbetskyddsstyrelsen utfärdar.

Förutom i fråga om lagstöd medför det annorlunda synsätt som det här beskrivna alternativet innebär en förskjutning av perspektivet från arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering till den särskilda resursen företagshälsovård.

Några särskilda åtgärder för att stimulera användande av företagshälsovård är självfallet inte motiverade. Att föreslå införande av differentierade arbetsgivaravgifter för att stödja en sådan utveckling är inte aktuellt. *Utredningens uppfattning* är emellertid, att kraven på utveckling av Arbetskyddsstyrelsens och Yrkesinspektionens arbete och resurser för det kvarstår, liksom också kravet på kompetensutveckling och utbildning och behov av ökade resurser för det ändamålet. De insatserna är i detta alternativ angelägna för att möjliggöra och befrämja ett nyanserat synsätt från tillsynsmyndigheterna, när det gäller att tillämpa vad som i praktiken blir ett obligatorium, och – när fråga är om kompetensutveckling och utbildning – för att i möjligaste mån stödja förståelsen för behovet av företagshälsovård och motverka de negativa effekterna av tvingande regler.

Utredningen är sålunda av den uppfattningen att tillsynen över efterlevnaden av arbetsmiljölagen också enligt detta alternativ skall vara målinriktad, situationsanpassad och baserad på systemtillsyn. Om Arbetskyddsstyrelsen anförtros uppgiften att auktorisera företagshälsovårdsenheter torde det dock vara naturligt med en viss koppling mellan de uppgifter detta innebär och Yrkesinspektionens tillsyn. Inte heller detta alternativ skall emellertid innebära någon form av institutionstillsyn. I den mån särskilda tillsynsbehov, knutna till individinriktad verksamhet, föreligger bör det enligt utredningens mening även i detta alternativ ankomma på Socialstyrelsen att ta ansvar härför.

Med ett i lag reglerat företagshälsovårdsbegrepp erfordras inte ändring av lagen om ändring i kommunalskattelagen för att garantera avdragsrätt

för arbetsgivare som erbjuder sjukvård och för att erhållen företagshälsovård inte skall anses som skattepliktig förmån för den anställde.

Förslagen när det gäller villkoren för remisser, patientavgifter och högkostnadsskydd förlorar också sin aktualitet. I dag gällande författningsreglering beträffande högkostnadsskydd, reseersättning och företagshälsovårdens rätt att ta ut avgifter bör kvarstå oförändrad.

Utredningen föreslår därutöver, att regeringen genom överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen åstadkommer, att företagshälsovården garanteras en lika behandling av den art, som i avsnitt 12.11.2 föreslås åstadkommas genom en praktisk hantering och regionala eller lokala överenskommelser.

En regelstyrning av företagshälsovård syftar främst till att garantera att erforderliga resurser för ändamålet används. I ett sådant alternativ föreligger inte skäl att föreslå särskilda ekonomiska stödsatser för företag av viss storlek i syfte att förbättra deras insikter och intresse av att bedriva arbete för arbetsmiljö och rehabilitering, som ett medel att stimulera deras nyttjande av kvalificerade resurser på området. De i kapitlen 13 och 16 framlagda förslagen om småföretagsstöd utgår således i det här aktuella alternativet. I stället kan övervägas något rent småföretagsstöd till producenter per anställd i företag under visst antal anställda. Vid en ekonomisk ram av samma storlek som i utredningens huvudalternativ, blir det stödet emellertid obetydligt.

I detta yttrande tas endast upp några principiella synpunkter.

Allmänt

Arbetsgivarens ansvar och skyldighet att uppfylla kraven i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring förutsätter i de flesta fall tillgång till professionell kompetens, inte minst vad gäller småföretagen. Behovet av företagshälsovård har ökat.

I utredningen sägs att flertalet arbetsgivare inte kan leva upp till sitt arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar utan tillgång till särskild kompetens.

I det läget beslutar riksdagen om ett avskaffande av statsbidraget till företagshälsovården fr. o. m. 1/1 1993.

Som en konsekvens av detta kan vi räkna med att företagshälsovården reduceras med ca 1/3 av sin personal. I kombination med en allvarlig lågkonjunktur samt ett avtalslöst tillstånd inom stora delar av den privata sektorn, kan vi befara en ytterligare utslagning av företagshälsovården som bransch.

Med konsekvens att förutsättningarna för att bedriva arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete allvarligt försämras.

En tillfredsställande analys av detta har inte utredningen lyckats genomföra. Utredningen tar i alltför hög grad fasta på den negativa kritik som riktats mot FHV och inte till den positiva utveckling som är på gång inom FHV samt den förordning som infördes 1992 och de därtill förändrade statsbidragen. Den beskrivning som ges härrör i alltför hög grad från tiden före 1992.

FHV

Den grundläggande idén med företagshälsovård är kunskapen om sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa och att utifrån en helhetssyn medverka till att minimera arbetsbetingad ohälsa och att bidra till utvecklingen av "det goda arbetet".

Förtroende

Företagshälsovården ska komplettera och ge stöd till det lokala arbetsmiljöarbetet. I det arbetet deltar både arbetsgivare och de anställdas representanter i form av skyddsombud etc. Arbetsmiljölagen betonar särskilt samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare i både 1 kap., 3 kap. och 6 kap. AML.

Utredningens förslag att arbetsgivaren själv skall bedöma behovet av externa tjänster och fritt skall kunna köpa separata tjänster eller en kombination av tjänster, riskerar att det förtroende som FHV åtnjuter bland de anställda helt går förlorat. Förtroendet för företagshälsovården både från arbetstagare och arbetsgivare är en grundförutsättning för en effektiv verksamhet.

Utifrån detta är det synnerligen viktigt att företagshälsovården inte blir en ensidig resurs för arbetsgivaren. Utredningen borde ha framhållit detta mycket viktiga förhållande.

Marknad

Utredningen föreslår en fri marknad av arbetsmiljötjänster där arbetsgivaren fritt kan köpa sina eventuella tjänster.

Arbetsgivaren har tidigare givetvis haft möjligheten att köpa externa tjänster för att uppfylla sitt arbetsgivaransvar. Denna rätt lär de väl heller inte förvägras framöver men detta är något annat än vad som avses med FHV.

Om företagshälsovården försvinner i nuvarande funktion och "om" en marknad uppstår med ett antal arbetsmiljökonsulter, så ges inga garantier att resurser finns tillgängliga. Möjligheten för arbetsgivaren/arbetstagarna att bedöma kvalitet och seriositet försvåras om funktionen FHV upphör som utredningen föreslår och ersätts med fria arbetsmiljökonsulter.

Utvecklingen av FHV som en samlad resurs med kontinuitet och skyldighet att ta egna initiativ samt den viktiga funktion som företagshälsovården har att samverka mellan berörda myndigheter i exempelvis rehabilitering, riskerar att gå om intet med införandet av en fri marknad med ett otal fristående aktörer. Inte minst sekretesskraven torde bli svåra att uppfylla.

Utredningen borde ha analyserat detta noggrannare.

Arbetsmiljölagen

Utredningen förslår att arbetsmiljölagen 3 kap. 2 § 2 stycket "Om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver" utgår.

Skrivningen i 3 kap. 2 § 2 stycket bör vara kvar. Motivtexten till denna paragraf bör förtydligas till att ge yrkesinspektionen vidgade befogenheter att med stöd av arbetsmiljölagstiftningen föranstalta om anslutning av företagshälsovård.

ILO-konventionen

Sveriges riksdag har ratificerat ILO-konventionen 161 om företagshälsovård. Konventionen kan sägas upp tidigast 1998.

I konventionen finns bestämmelser som anger FHV:s uppgifter, organisation och verksamhetsvillkor. Det sägs bl. a. att den huvudsakligt skall ha förebyggande och rådgivande uppgifter, att den skall vara multidisciplinär och samverka med övriga funktioner inom företaget.

I artikel 8 sägs att arbetsgivare, arbetstagare och deras företrädare där sådana finns, skall samarbeta och på lika villkor delta i genomförandet av organisatoriska och andra åtgärder med avseende på företagshälsovård.

Detta innebär att oavsett på vilket sätt utbyggnaden av FHV sker eller hur avtal är utformade, måste företagshälsovården ha den inriktning som

gäller i konventionen, vilket förutsätter att företagshälsovården i lag eller förordning definieras av statsmakterna.

Det är uppenbart att utredningens huvudförslag inte uppfyller ILO-konventionens krav.

Särskilt yttrande av Ann Marie Fallenius, Arbetsmiljöinstitutet

Som central utgångspunkt för utredningsmannens förslag ligger de långtgående krav på arbetsgivarna när det gäller arbetsmiljö och rehabilitering som tillkommit som följd av nyligen gjorda revideringar av arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. För att arbetsgivarna skall kunna leva upp till dessa krav är det enligt min mening utomordentligt betydelsefullt att nu slå vakt om och på alla sätt tillvarata den kunskap och kompetens som under mycket lång tid har byggts upp inom företagshälsovården. Företagshälsovården, såsom en sammanhållen och multidisciplinär expertresurs, som står för kontinuitet och helhetssyn i arbetsmiljöarbetet, måste nu ges en reell chans att konsolideras och vidareutvecklas. Dessutom behövs, för att klara lagstiftningens vidgade krav, kvalificerad arbetsmiljökompetens i linjeorganisationen inom företag och förvaltningar. Med den syn som utredningsmannen har på den kunskap och kompetens som behövs för detta omfattande arbete, nämligen en samling resurser som fritt kan köpas på en marknad (s. k. flexibel resursstruktur), finns uppenbar risk för att den företagshälsovård som det har tagit decennier att bygga upp nu i snabb takt raderas till förfång för arbetsmiljön och därmed för de anställdas hälsa och välbefinnande. Jag anser att det finns ett stort samhällsintresse av att värna om företagshälsovården och kan därför inte ansluta mig till utredningsmannens förslag att begreppet företagshälsovård skall utgå ur arbetsmiljölagen. För övrigt delar jag den uppfattning i denna fråga som i ett särskilt yttrande har lämnats av experten Hultin.

Beträffande utbildning inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet delar jag utredningens uppfattning att sådan utbildning bör kunna erbjudas av många utbildningsanordnare i konkurrens. En förutsättning för att åstadkomma konkurrens är bl. a. att det föreligger kostnadsneutralitet mellan anordnare av liknande utbildningar.

Anmärkningsvärt är därför att utredningsmannen i detta sammanhang inte skiljer mellan å ena sidan sådan utbildning som syftar till att förmedla och bygga upp grundläggande kunskaper, färdigheter och kompetens inom arbetsmiljöområdet och som f. n. anordnas av främst Arbetsmiljöinstitutet (AI) och universitet och högskolor och å andra sidan kortare kurser, temadagar, konferenser som anordnas av yrkesföreningar, fackliga organisationer, Statshälsan m. fl.

De ökade kraven på kunskap och kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet fordrar nu en kraftsamling och att AIs roll som utbildningsanordnare förstärks. För detta talar vikten av att utbildningen håller en hög och jämn kvalitet och avser aktuell kunskap inom hela det breda spektrum som arbetsmiljöområdet utgör, vilket förutsätter att den bedrivs på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet. Institutets utbildningar bör liksom nu rikta sig till personal inom företagshälsovården men också breddas till att omfatta även andra målgrupper, t. ex. olika befatt-

ningshavare i linjeorganisationen som har mandat att fatta beslut som direkt kan påverka arbetsmiljön.

En del av de kurser, främst av kortare slag, som institutet i dag anordnar bedrivs i konkurrens med många andra utbildningsanordnare och finansieras med kursavgifter. Denna ordning bör även gälla i fortsättningen. Huvuddelen av institutets utbildningsverksamhet är emellertid att jämföra med den utbildning som bedrivs vid universitet och högskolor. Det är enligt min mening väsentligt att dessa utbildningar även i fortsättningen kan bedrivas kostnads- och därmed konkurrensneutralt primärt i förhållande till dessa utbildningsanordnare och att institutet sålunda erhåller erforderliga basresurser för anvisat utbildningsuppdrag.

Särskilt yttrande av Annika Hultin, Arbetarskyddsstyrelsen

I utredningen föreslås en stor frihet för arbetsgivaren att utforma den organisation som skall handha uppgifter som i dag ligger på företagshälsovården. Begreppet företagshälsovård föreslås utgå ur arbetsmiljölagens text. Den förstärkta lagstiftningen inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet används som ett argument för detta. I utredningens huvudförslag utgår man ifrån att det kommer till stånd avtal mellan arbetsmarknadens parter om hur arbetsmiljöarbetet skall bedrivas. Ett genomförande av kraven i arbetsmiljölagen kommer dock enligt min bedömning i de flesta fall att kräva tillgång till en professionell kompetens som kan komplettera det lokala arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet och utifrån en helhetssyn medverka till att skapa förutsättningar för hälsa och utveckling för dem som arbetar. Detta gäller inte minst för de små företagen.

Jag anser att det finns en stor potential inom den nuvarande företagshälsovården. Den måste vi slå vakt om. Den grundläggande idén med företagshälsovården utgår från kunskapen om sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa. Med hänsyn till att dagens och morgondagens arbetsmiljöproblem blir alltmer komplexa och föränderliga ställs krav på kunskaper inom många olika områden. En bra företagshälsovård har ett expertkunnande inom flera olika discipliner, är väl förtrogen med arbetsplatserna, har kontinuitet och kan vara oberoende i sina yrkesmässiga bedömningar. Kontinuiteten är viktig för möjligheten att tidigt identifiera risker, och är också en förutsättning för att den anställde skall ha möjlighet till kontakt med företagshälsovården vid problem som har anknytning till arbetsmiljön och dess effekter på hälsan.

Jag anser att en företagshälsovård med de ovannämnda kvalifikationerna har en så viktig funktion att den är nödvändig att värna om. Sverige har även ratificerat ILOkonventionen nr 161 om företagshälsovård som ställer långtgående krav på generell tillgång till företagshälsovård för alla arbetstagare.

Enligt denna konvention har Sverige åtagit sig att steg för steg bygga ut företagshälsovården för alla arbetstagare. Detta skall ske genom att åtgärder vidtas för att införa företagshälsovård

– genom lagar eller bestämmelser; eller

- genom kollektivavtal eller på annat sätt i samförstånd mellan berörda arbetsgivare och arbetstagar; eller
- på annat sätt som godkännes av behörig myndighet efter samråd med de berörda representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna.

Företagshälsovården har främst byggts upp och vidmakthållits genom avtal mellan arbetsmarknadens parter. Avtalen har nu sagts upp för stora delar av arbetsmarknaden och det är osäkert *om och när* sådana avtal kan komma att träffas.

Mot denna bakgrund måste det ankomma på statsmakterna att tillse att en kvalificerad företagshälsovård finns och utnyttjas. Den i utredningens huvudförslag föreslagna lydelsen i 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen ger inte tillräcklig grund för tillsynsmyndigheten att ställa krav som säkerställer arbetstagarernas rätt till tillgång på kompetens av det slag som ovan förordas. Det är därför viktigt att *begreppet företagshälsovård* finns kvar i arbetsmiljölagen. Detta gäller även om parterna kommer att sluta avtal om resurser för arbetsmiljöarbete och rehabilitering. Eftersom förordningen om bidrag till företagshälsovård förväntas bli upphävd, kan företagshälsovårdsbegreppet förslagsvis definieras i motivtexten till arbetsmiljölagen.

Jag delar utredningens bedömning att det blir nödvändigt med en starkare lagreglering, om det inte skulle träffas några avtal. Jag vill framhålla att det under dessa omständigheter är väsentligt att erforderliga åtgärder vidtas utan dröjsmål.

Särskilt yttrande av Sven Yllner, Svenska Arbetsgivareföreningen

FHV är på väg att hamna i en återvändsgränd. Som utredningen framhåller är det ett omfattande styrsystem med ofta oförenliga krav som har försatt FHV-enheterna i en ohållbar situation. Regelverken – utformade av myndigheter och centrala parter – är byråkratiska och obsoleta. De har sitt ursprung i en tid då planhushållning och centralstyrning var förhärskande. Det kan därför med tillfredsställelse konstateras att delar av detta regelverk försvinner under innevarande år. Dock kvarstår bestämmelser som utgör avgörande hinder för en FHV anpassad till behoven hos företagen och deras medarbetare.

FHV har byggts upp kring tre funktioner – förebyggande arbetsmiljöarbete, sjukvård och rehabilitering. Tillsammans ger de en helhetsbild av arbetstagarernas problem i arbetet och kombinationen svarar väl mot kunderas behov. Därvid spelar FHV:s sjukvård en nyckelroll och utgör i storleksordningen 25–30% av all primärvård för den arbetande befolkningen. Av FHV:s tjänster är sjukvårdsservice den som i första hand efterfrågas av företagen.

De främsta skälen till detta är

- Företagsläkaren känner företaget och kan därigenom lättare bedöma om arbetsmiljön är bidragande orsak till sjukdomen.
- Kännedom om arbetsplatsen och arbetsuppgifterna gör att företagsläkaren lättare kan bedöma sjukskrivningstidens längd och även bättre utnyttja deltidssjukskrivning och därigenom minska sjukfrånvaron.

- Rehabiliteringen underlättas av att företagsläkaren är knuten till företaget och väl förtrogen med dess verksamhet.
- Kontinuiteten i läkarkontakten är stor. Patienten får träffa samma läkare under lång tid.
- Företagsläkaren är speciellt utbildad att behandla arbetsorsakade sjukdomar och ägnar större delen av sin sjukvård åt just dessa sjukdomar. Därigenom finns också goda möjligheter att uppspara sjukdomsframkallande faktorer i arbetet.
- Den kontakt och det förtroende som byggts upp genom sjukvårdsinsatser av hög kvalitet underlättar och är kanske t. o. m. en förutsättning för de förebyggande insatserna.

I alla dessa avseenden är företagsläkare överlägsen varje annan läkare t. ex. distriktsläkare, som därför inte utgör något fullgott alternativ.

Till skillnad från den tidigare s. k. översynsutredningen har 1992 års FHV-utredning visat förståelse för dessa synpunkter och anvisar även vissa möjligheter för företagsläkare att främdeles bedriva sjukvård på samma ekonomiska villkor som andra läkare inom privat och offentlig primärvård. Detta är nämligen en avgörande förutsättning för fortsatt sjukvård inom FHV när det statliga bidraget upphör.

Möjligheterna är dock mycket begränsade. Utredningen anger nämligen antingen anslutning till husläkarsystemet eller avtal med landstinget om ersättning från försäkringskassan. Det är dock ännu osäkert i vilken omfattning husläkarsystemet kommer att genomföras och dessutom uppfyller högst hälften av företagsläkarna villkoren för att kunna bli etablerade i systemet.

När det gäller avtal med landstingen är erfarenheterna hittills ytterst nedslående. Med få undantag är landstingen avvisande och träffar sällan eller aldrig några vårdavtal eller beviljar etableringstillstånd åt företagsläkare. Någon nämnvärt förändrad inställning från huvudparten av landstingen har inte kunnat förmärkas.

Om inte möjligheterna för företagsläkare att bedriva sjukvård radikalt förbättras till kommande årsskifte blir följderna att de läkare som kan finna en mera meningsfull sysselsättning lämnar FHV. Övriga företagsläkare löper stor risk att bli uppsagda eftersom verksamheten då inte kan bära de ökade kostnaderna.

Rehabiliteringsinsatser är effektivare om de sätts in tidigt. Det är därför omöjligt att separera sjukvård och rehabilitering. I själva verket bör rehabiliteringen ofta inledas tidigt i sjukdomsförloppet. Utan medicinsk kompetens kan därför FHV inte bedriva rehabiliteringen på ett ändamålsenligt sätt. En sålunda utarmad FHV kommer därför inte att vara attraktiv för företagen vilket tydligt framgår av den enkät till SAFs delägare, som samhällsvetenskapliga institutionen vid högskolan i Sundsvall gjort.

Från myndigheter och fackföreningar har ofta framförts att sjukvården sker på bekostnad av det förebyggande arbetet. Av samma enkät framgår tvärtom att ju mera intresserade företagen var av sjukvårdsinsatser, desto mer intresserad var man även av förebyggande insatser.

Trots att sjukvården inom FHV är dokumenterat både ändamålsenlig och kostnadseffektiv har både statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen

hittills visat ett demonstrativt ointresse. Följden blir sannolikt att den av parterna under decennier mödosamt uppbyggda företagshälsovården till stora delar snabbt kommer att försvinna.

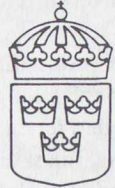
Utvecklingen blir då den rakt motsatta mot vad utredningen hoppas i sitt betänkande. Någon kompetent extern resurs åt företagen kommer inte att stå till förfogande.

När det gäller konsekvenserna av ILO-konventionen om FHV finner jag utredningens bedömning helt missvisande. Denna konvention är som ILO-dokument ett klart misslyckande. Förutom Finland (som innehade ordförandeskapet i kommittén) och Sverige har inget enda västligt industriland ratificerat konventionen. Vi befinner oss i sällskap med några f. d. kommunistländer, några syd- och mellanamerikanska republiker och San Marino. Ingen av dessa lär ha vare sig möjligheter eller avsikter att uppfylla konventionens långtgående krav.

Det finns därför all anledning att noggrant överväga om Sverige verkligen kan anses moraliskt förpliktad att (undantagandes Finland) som enda land uppfylla denna verklighetsfrämmande konvention. Särskilt som Sverige redan nu har en mer utbyggd FHV än nästan alla andra länder i världen.

Vi befinner oss i en tid av avregleringar även på FHV:s område. Hittillsvarande centralt utfärdade regler har som utredningen framhåller visat sig hämmande eller direkt skadliga för FHV:s verksamhet. Att då, med hänvisning till ILO-konventionen, hota med en lagstiftning om inte arbetsmarknadens parter sluter nya kollektivavtal förefaller minst sagt orealistiskt, särskilt som en sådan lagstiftning skulle strida mot alla de principer utredningen i övrigt hävdar. Ingen skulle tjäna på en återgång till centrala regler, allra minst FHV. Dessutom har alla tidigare FHV-utredningar (som verkligen inte varit främmande för regelsystem) förkastat tanken på lagstiftad skyldighet för företag att vara anslutna till FHV, som i praktiken är omöjlig.

Kommittédirektiv



Dir. 1992:17

Utredning av företagshälsovårdens organisation och finansiering

Dir. 1992:17

Beslut vid regeringssammanträde 1992-02-13

Chefen för arbetsmarknadsdepartementet, statsrådet Börje Hörnlund, anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en särskild utredare tillkallas för att utreda företagshälsovårdens organisation och finansiering. Med utgångspunkt från en avveckling av det generella bidraget till företagshälsovården skall utredaren överväga andra former av stöd för att tillgodose de små företagens behov av företagshälsovård.

Vidare skall utredaren, mot bakgrund av en analys av vilka konsekvenser avveckling av det generella bidraget har för företagshälsovården, bedöma behovet av samhällelig styrning av företagshälsovården.

Bakgrund

Företagshälsovården har vuxit fram på initiativ av parterna på arbetsmarknaden. Det första avtalet om företagshälsovården träffades mellan Svenska arbetsgivareföreningen (SAF) och Landsorganisationen i Sverige (LO) år 1967. Avtalet innebar bl.a. att företagshälsovården skulle vara en opartisk, rådgivande expertfunktion.

De från år 1986 gällande statsbidragsbestämmelserna har följt avtalets intentioner. I bestämmelserna anges som villkor för bidrag att företagshälsovården skall arbeta förebyggande med arbetsmiljön och att den skall medverka i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället. Den skall också vara integrerad i eller på annat sätt samordnad med arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen.

Med stöd av en bestämmelse i arbetsmiljölagen (AML 3 kap. 2 §), som tillkom år 1986, kan arbetsgivare under vissa förutsättningar åläggas att för-

anstallda om företagshälsovård genom ett föreläggande av yrkesinspektionen.

I den proposition (1984/85:89) om företagshälsovård och arbetsanpassning, som låg till grund för 1986 års statsbidragsbestämmelser, angavs som mål för den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården att minst 75 % av arbetstagarna skulle vara anslutna till företagshälsovård vid 1990-talets början. Med en anslutning som nu uppgår till ca 80 % har målet mer än väl uppfyllts. Dock kan man konstatera att majoriteten av de anställda i de små företagen fortfarande står utanför företagshälsovården och saknar tillgång till utomstående expertis inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena.

Regeringen tillsatte i augusti 1989 en arbetsgrupp för att se över 1986 års företagshälsovårdsreform. Syftet med översynen var huvudsakligen att pröva frågan om företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad och utvärdera effekterna av det bidragssystem, som infördes år 1986. Utredningen presenterade sina förslag i betänkandet Företagshälsovård i omvandling (Ds 1990:42).

I proposition (1990/91:140) om arbetsmiljö och rehabilitering föreslog regeringen vissa ändringar i arbetsmiljölagen m.m. I propositionen lämnades också förslag om nya villkor för statsbidrag och vissa ändringar i bidragssystemet för företagshälsovården, i huvudsak i enlighet med utredningens förslag. Riksdagen godkände förslagen (AU 1990/91:22, rskr. 302) i maj 1991. De ändrade bestämmelserna om statsbidrag till företagshälsovården trädde i kraft den 1 januari 1992 (SFS 1991:1260).

Riksdagsbeslutet innebar att villkoren för bidrag till företagshälsovård renodlas till att gälla vissa krav på verksamhetens funktion och kvalitet samt styrning och ledning. Villkoren skall gälla lika för all företagshälsovård. En annan förändring var att stimulansen att nyansluta företag med upp till 20 anställda till företagshälsovården förstärktes.

Genom riksdagens beslut med anledning av propositionen 1990/91:140 om Arbetsmiljö och rehabilitering samt propositionen 1990/91:141 om Rehabilitering och rehabiliteringsersättning har arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering förtydligats och blivit mer omfattande. Bl.a ställs i arbetsmiljölagen uttryckliga krav på att arbetsmiljöfrågorna skall integreras med övriga frågor som rör verksamheten i dess helhet. Vidare skall arbetsgivaren se till att det på arbetsställe i den egna verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Arbetsgivaren har även fått ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Samtidigt har skyddskommitténs uppgifter renodlats och betydelsen av samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare i det lokala arbetsmiljöarbetet lyfts fram.

I en rapport (Fu 1991:9) om den statliga styrningen av företagshälsovården har riksrevisionsverket (RRV) kommit fram till att statsbidraget inte är

effektivt styrmedel för att nå de uppsatta målen för verksamheten. RRV anser också att statsbidraget är ineffektivt när det gäller att stimulera anslutningen av små företag. Vidare anser RRV att företagshälsovården för närvarande inte kan erbjuda de tjänster som de små företagen efterfrågar, alltifrån konkreta kartläggningar av arbetsmiljön och åtgärder till hjälp med myndighetskontakter. RRV har därför föreslagit att statsbidraget bör avvecklas.

I 1992 års budgetproposition har regeringen föreslagit att det generella bidraget till företagshälsovården skall upphöra fr.o.m den 1 januari 1993.

Utredningsuppdraget

Utredaren skall kartlägga företagshälsovårdens omfattning, utformning, kostnader och finansiering inom olika branscher och avtalsområden. Orsaker till tidigare variationer i avgiftsuttaget skall analyseras och med utgångspunkt från en avveckling av det generella bidraget till företagshälsovården skall utredaren överväga behovet av stöd – t.ex. riktade insatser – för att tillgodose de små företagens behov av företagshälsovård.

Utredaren skall mot bakgrund av småföretagens speciella struktur och förutsättningar analysera de små företagens behov av stöd i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet och hur detta behov kan tillgodoses. En frågeställning som även bör belysas i sammanhanget är hur man genom särskilda informations- och utbildningsinsatser kan nå dessa företag.

Utredaren skall vidare bedöma vilka eventuella konsekvenser en avveckling av det generella bidraget har för anslutningen av företag och förvaltningar till företagshälsovård och för verksamhetens inriktning, omfattning och kvalitet.

En utgångspunkt för utredarens arbete skall vidare vara att den enskilde anställda, även sedan bidraget avvecklats, skall ha förtroende för företagshälsovården och uppleva dess verksamhet som relevant. Utredaren skall även beakta företagshälsovårdens roll i den incitamentsstruktur som beslutet om arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen och regeringens aviserade förslag om karensdagar innebär samt belysa konsekvenserna för det förebyggande arbetsmiljöarbetet om företagshälsovårdens verksamhet även skulle kombineras med sjukvård. Utredningen bör därvid uppmärksamma det arbete som pågår inom socialdepartementet med att förbereda införandet av ett husläkarsystem.

Med utgångspunkt i de överväganden som görs i de nämnda avseendena skall utredaren bedöma det eventuella behovet av samhällelig styrning av företagshälsovården, såväl vad gäller anslutning som kvalitet. Därvid skall frågan om en eventuell lagstiftning, utöver nuvarande bestämmelser i arbetsmiljölagen, prövas.

Arbetskyddsverkets roll skall belysas särskilt.

Arbetsmiljöinstitutet är ansvarigt för utbildningen av företagshälsovårdens personal. Utredaren bör belysa vilka konsekvenser som den förändrade samhälliga styrningen av företagshälsovården har för utbildningens inriktning och dimensionering. Utredaren skall vidare föreslå de förändringar av företagshälsovårdsutbildningen som med anledning härav kan anses vara motiverade.

Genom beslut av riksdagen (prop. 1990/91:140, AU 22, rskr. 302) utgår ett bidrag motsvarande högst 1 % av de medel som årligen avsätts som stöd till företagshälsovården till ett centralt organ för samverkan och utveckling av företagshälsovården (FUR). Utredaren bör även pröva om detta bidrag bör lämnas sedan det generella bidraget avvecklats.

I utredningsuppdraget skall beaktas att Sverige år 1985 ratificerat en ILO-konvention (nr 161) och en rekommendation (nr 171) om företagshälsovård.

Tidsplan

Utredarens arbete bör vara avslutat före september månads utgång 1992.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen be- myndigar chefen för arbetsmarknadsdepartementet

att tillkalla en särskild utredare, omfattad av kommittéförordningen (1976:119), med uppdrag att se över företagshälsovårdens organisation och finansiering,

att besluta om sakkunniga, experter, referensgrupper, sekreterare och annat biträde till utredaren.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar om att kostnaderna skall be- lasta tionde huvudtitelns anslag Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1992

(Arbetsmarknadsdepartementet)

Företagshälsovårdsutredningen infordrade 1992-03-25 från alla i utredningen deltagande myndigheter och organisationer synpunkter på den nuvarande lagstiftningens krav resp organisationens formulering av kraven på en verksamhet av företagshälsovårdstyp. Även Föreningen Svensk Företagshälsovård tillskrevs med hemställan om synpunkter. Svar har inkommit från följande.

<i>Myndigheter</i>	<i>Bilaga</i>
Arbetsmiljööinstitutet	2.1
Arbetskyddsstyrelsen	2.2
Riksförsäkringsverket	2.3
<i>Organisationer</i>	
Föreningen Svensk Företagshälsovård	2.4
Företagarnas Riksorganisation	2.5
Försäkringskassaförbundet	2.6
Landsorganisationen i Sverige	2.7
Landstingsförbundet	2.8
Statens Arbetsgivarverk	2.9
Svenska Arbetsgivareföreningen	2.10
Svenska Kommunförbundet	2.11
Sveriges Akademikers Centralorganisation	2.12
Tjänstemännens Centralorganisation	2.13



NATIONAL INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH
Ann Marie Fallenius

Datum
92-06-01

Vår beteckning
1.5 AI 133/92

Företagshälsovårdsutredningen
Arbetsmarknadsdepartementet
103 33 Stockholm

Arbetsmiljöinstitutets utbildningsverksamhet

1. ARBETSMILJÖINSTITUTETS UPPGIFTER OCH ORGANISATION

Det övergripande målet för Arbetsmiljöinstitutets (AI) verksamhet är att bidra till ökad kunskap om arbetsmiljön. Detta mål söker institutet uppnå genom att dels bedriva **forskning och forskarutbildning** inom områden av betydelse för arbetsmiljön, dels tillhandahålla **utbildning för företagshälsovårdens** olika personalkategorier och anordna **annan extern utbildning** samt genom att utarbeta och sprida **information** om arbetsmiljöforskning.

AI är med sina ca 400 anställda, därav 28 professorer, ett 70-tal övriga forskare med doktorsexamen samt ca 70 registrerade doktorander som handleds av institutets professorer, landets största samlade institution på det arbetsvetenskapliga området. Verksamheten är indelad i block efter disciplinerna fysiologi, kemi, medicin, psykologi, teknik och toxikologi. Dessutom finns vid institutet ett ansvarsbibliotek för arbetsmiljöområdet samt enheter för utbildning, information och administration.

2. AI:S UTBILDNINGSVERKSAMHET FÖR FÖRETAGSHÄLSOVÅRDENS PERSONAL

2.1 Inledning

Institutet och dess föregångare (Arbetsmedicinska Institutet, Forskningsavdelningen vid Arbetarskyddsstyrelsen) har sedan år 1966 anordnat utbildning för företagshälsovårdens (FHV) personal. Utbildningsverksamheten har haft och har stor betydelse för kompetensuppbyggnaden inom företagshälsovården. Den är ett medel för institutet att ge personalen inom FHV de kunskaper om arbetsmiljön som de behöver i sitt arbete. Samtidigt tillförs institutet genom kontakten med de som praktiskt hanterar risker i arbetslivet kunskap om aktuella problem i arbetsmiljön.

2.2 Utbildningens inriktning och omfattning

AI:s utbildning av FHV:s personal sker i form av dels vidareutbildningskurser, dels efterutbildningskurser.

I tabell 1 framgår vidareutbildningsprogrammet för budgetåret 1992/93, kurslängd samt kursorter.

Tabell 1

	Antal kurser	Kurslängd	Kursort
Företagsläkarutbildning	2 kurser	9 veckor teori + projektarbete + självstudier	Solna
Företagssjukgymnast- utbildning	3 kurser	6 veckor teori + examens- arbete + självstudier	Umeå, Lund, Solna
Företagssköterske- utbildning	3 kurser	8 veckor teori + projekt- arbete + självstudier	Solna, Lund
Beteendevetarutbildning	1 kurs	5 1/12 veckor teori + projekt- arbete + självstudier	Solna
Skyddingenjörs- utbildning, verksamma	1 kurs	16 veckor teori + examens- arbete + självstudier	Umeå
Skyddsingenjörs- utbildning, blivande	1 kurs	21 veckor teori + 20 veckor tjänstgöring i företagshälso- vård (inkl. examensarbete + projektarbete) + självstudier	Jönköping
Introduktionsutbildning i FHV	ev 10 kurser		Stockholm, Umeå Göteborg, Jönköping/Växjö, Örebro, Lund

Antalet utbildade fördelade på olika personalkategorier inom FHV under åren 1966-1991/92 fördelas på följande sätt:

Antal utbildade 1966-1991/92

Företagsläkare	1 538	
Företagssköterskor	3 596	
Företagssjukgymnaster	653	
Skyddsingenjörer	1 506	
Beteendevetare	260	
SUMMA	7 553	218

Vid sidan av institutets reguljära vidareutbildningskurser genomför AI varje år mellan 15-30 korta arbetsmiljökurser, huvudsakligen efterutbildningskurser för FHV:s personal. Efterutbildningen skall göra det möjligt för personalen att vidmakthålla, fördjupa och komplettera tidigare inhämtade yrkeskunskaper. Kurserna genomförs till stor del regionalt på 20-25 olika platser i landet.

AI:s utbildning av FHV:s personal har expanderat kraftigt såväl till innehåll som till omfattning under 1980-talet i takt med utbyggnaden av FHV. Efterfrågan på utbildning har i flera fall varit betydligt större än antalet tillgängliga utbildningsplatser; det gäller särskilt för företagssjukgymnaster och beteendevetare. Den sammanlagda utbildningskapaciteten i institutets vidareutbildning var ca 450 utbildningsplatser när den var som störst 1990/91. Antalet sökande till de olika vidareutbildningarna samt antalet utbildade under åren 1966-1991/92 framgår av bilaga 1.

Utvecklingen av utbildningsvolymen utgör också ett mått på institutets utbildningskapacitet. Utbildningsvolymen har under 1980-talet ökat från 20 326 elevdagar 1980/81 till 28 018 elevdagar 1990/91. På institutets uppdrag anordnas sedan 1984/85 vidareutbildning i FHV även vid tre universitet och högskolor, nämligen Karolinska Institutet, Lunds universitet samt vid Jönköpings högskola. I tabell 2 redovisas utbildningsvolymen för samtliga vidareutbildningar för FHV:s personal anordnade av AI i egen regi eller på uppdrag.

Tabell 2. Utbildningsvolym i elevdagar under 1986/87 - 1990/91

	86/86	87/88	88/89	89/90	90/91
AI:s vidareutbildning	16 505	17 311	6 428	16 090	16 983
Vidareutbildning (uppdrag)					
Solna			300	300	324
Vidareutbildning (uppdrag)	3 250	3 825	3 825	3 830	2 580
Lund					
Vidareutbildning (uppdrag)					
Jönköping				2 405	2 750
Introduktionsutbildning				522	1 592
Efterutbildning	4 493	2 063	4 158	5 087	3 789
Total utbildningsvolym	24 248	23 199	24 711	28 234	28 018

Institutets vidareutbildning för FHV:s personal finansieras med medel från institutets förvaltningsanslag. Den totala kostnaden uppgår till ca 10 milj. kr per år, exklusive vissa elevkostnader (utbildningsbidrag, reseersättningar och traktamente). Institutets efterutbildningskurser finansieras med kursavgifter.

2.3 Styrning av utbildningsverksamheten

Under den långa tid som AI (och dess föregångare) har anordnat utbildning för FHV:s olika personalkategorier har verksamheten kraftigt förändrats till såväl omfattning som inriktning. Under främst 1980-talet har utbildningsverksamheten expanderat kraftigt och nya personalkategorier inom FHV, t ex beteendevetare har inordnats i vidareutbildningssystemet. Styrande för denna utveckling har varit bl.a. det statsbidragssystem som infördes den 1 januari 1986 och som bidragit till den snabba utbyggnaden av FHV, vilket i sin tur ökat efterfrågan på vidareutbildning.

Vissa uttalanden i proposition 1984/85:89 om företagshälsovård och arbetsanpassning har vidare varit direkt styrande för uppläggnings- och innehåll i vidareutbildningen. Det gäller till exempel uttalanden om att öka dimensioneringen av antalet platser i företagsgymnastutbildningen, betoningen av att FHV bör ägna ökad uppmärksamhet åt psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem samt att utbildningen av olika personalkategorier bör samordnas för att främja arbetet inom FHV.

Innehåll i och utformning av FHV, inkl. frågan om FHV:s personalbehov har av statsmakterna överlåtits åt arbetsmarknadens parter. Betydelsefullt för vidareutbildningens utformning har varit de referensgrupper som knutits till de olika utbildningarna. I referensgrupperna ingår utöver kursledning även företrädare för arbetsmarknadens parter och representanter från respektive yrkesförening. Deras uppgift är att underlätta kontakt och informationsutbyte i frågor med anknytning till resp. utbildning. Det kan t ex gälla frågor avseende utbildningens mål, innehåll, uppläggnings- och examinationsformer m.m.

3. FÖRÄNDRADE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR AI:S UTBILDNINGSVERKSAMHET

Riksdagen har beslutat att det generella statsbidraget till FHV avskaffas den 1 januari 1993 (prop. 1991/92:100, bil.11, AU 12). Statsbidraget täcker ca en tredjedel av FHV:s kostnader. Samtidigt har SAF sagt upp det nu gällande arbetsmiljöavtalet inom den privata sektorn, inklusive riktlinjerna för FHV och avtalet om utbildning i arbetsmiljöfrågor. Uppsägningen gäller fr o m den 1 juli 1992.

Dessa omständigheter kan förutses komma att få betydande konsekvenser för utbildningsverksamheten vid AI. En påtaglig effekt har institutet redan fått erfara, nämligen en minskning av efterfrågan på institutets vidareutbildningar för FHV:s personal med ca 35%.

Under de närmaste åren kommer vi förmodligen att få se stora förändringar inom FHV. Styrning i form av avtal och bidragsvillkor kommer att minska. FHV får möjlighet att utvecklas till en resurs direkt anpassad till företagens

behov respektive varierande efterfrågan på tjänster. Även ägarformer och ekonomiska villkor kommer att förändras. Konkurrensen samt kravet på ökad kostnadseffektivitet inom FHV-sektorn kan också förväntas öka. Detta kommer att ställa stora krav på FHV när det gäller initiativ och nytänkande. Allt detta kommer givetvis också att påverka inriktningen av institutets FHV-utbildning.

Parallellt med denna utveckling har arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön skärpts och förtydligats i den nyligen reviderade arbetsmiljölagen, bl a som ett resultat av arbetsmiljökommissionens arbete. De nya reglerna gäller från och med den 1 juli 1991. Lagen ställer utomordentligt långtgående krav på arbetsgivaren. En ny bestämmelse har införts som anger en skyldighet för arbetsgivaren att systematiskt planera, leda och kontrollera arbetsmiljöarbetet. Bestämmelsen omfattar krav på att fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och genomföra de åtgärder som behövs. Arbetsmiljöfrågorna skall vidare integreras med övriga frågor rörande verksamheten. Skyddskommitténs roll har på motsvarande sätt förändrats och nedtonats i lagen.

Från och med den 1 januari 1992 har vidare arbetsgivare och försäkringskassor fått ett nytt, väsentligt utvidgat ansvar i arbetet med att rehabilitera sjukskrivna. Arbetsgivarna har dessutom tagit över ansvaret för de två första veckorna i sjukförsäkringen. Det vidgade ansvaret innebär bl a att arbetsgivarna fortsättningsvis skall ansvara för att rehabiliteringsbehovet utreds när den anställda har varit frånvarande i fyra veckor, varit återkommande korttidssjuk eller när den anställda själv begär det.

Värdet av företagshälsovården som en viktig stödresurs för att klara de vidgade kraven på arbetsgivaren när det gäller arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet har med eftertryck framhållits i förarbetena till dessa lagändringar.

Denna utveckling speglar en ny syn på den avgörande roll som arbetsgivaren förväntas spela för att komma till rätta med problemen i arbetslivet när det gäller såväl arbetsmiljö som rehabilitering. För att kunna leva upp till dessa vidgade krav krävs att arbetsgivarna har tillgång till kunskap och kompetens på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet. Här utgör FHV en resurs, en resurs som måste vidareutvecklas för att kunna vara ett reellt stöd för arbetsgivaren. Därutöver krävs kvalificerad arbetsmiljökunskap i linjeorganisationen inom företag och förvaltningar.

4. KONSEKVENSER FÖR AI:S UTBILDNINGSVERKSAMHET

Mot bakgrund av denna utveckling har AI i mars 1992 beslutat tillsätta en intern arbetsgrupp med företrädare för institutets sex ämnesområden för diskussion om och ställningstagande till institutets framtida utbildningsverksamhet. En uppgift för gruppen är hur institutet på olika sätt skall bredda sin utbildningsverksamhet att avse även andra målgrupper än företagshälsovården olika personalkategorier. Gruppens arbete är ännu inte avslutat men vissa tentativa utvecklingslinjer kan ändå skönjas som ett resultat av gruppens hittillsvarande arbete.

Företagshälsovårdens ändrade villkor, både det formella uppdraget och finansieringen, innebär alltså att institutet sannolikt måste förändra utbildningens inriktning, omfattning och schemaläggning. Långa, sammanhängande och centralt utformade och lokaliserade utbildningar får sannolikt vika för mer kundanpassade former, både med hänsyn till branschens och till regioners specifika problem. I en enkät riktad till FHV, beställd av AI och utförd av sociologiska institutionen vid Umeå universitet, finns tre framträdande synpunkter som är värda att beakta i detta sammanhang:

- fler kurser ute i landet,
- återkommande, korta utbildningar,
- mer av praktiska råd.

Institutets utbildning skall liksom hittills hålla en hög akademisk nivå och inom vissa utbildningar krävs extra insatser för att säkra en godtagbar nivå och kvalitet. En omfattande satsning planeras på utbildningar på mastersnivå, främst avsedda för FHV:s personal, miljöhandläggare och andra experter inom arbetsmiljöområdet, men också med internationella målgrupper för ögonen.

Kvalitetskontroll och återkommande externa utvärderingar bör användas för att kontinuerligt förnya utbildningens form och innehåll så att den svarar mot kundernas behov och efterfrågan samtidigt som utbildningens standard bibehålls.

Utbildning och kompetensutveckling av FHV:s personal är en nödvändig, men inte en tillräcklig förutsättning för att uppnå en bättre arbetsmiljö. Företagshälsovården har nämligen inget mandat att gripa in i verksamhetens arbetsorganisation eller fysiska miljö, med mindre än att verksamhetens ledning särskilt efterfrågar sådana insatser. En viktig utbildningsuppgift blir därför dels att nå yrkesgrupper inne i verksamheten som har mandat att förändra arbetsmiljön, dels att komplettera de FHV-anställdas kunskaper och kompetens.

Arbetsgivarna har enligt den reviderade arbetsmiljölagen ett strikt ansvar för arbetsplatsens miljö och de är också skyldiga att lösa problem enligt uppgjorda handlingsprogram. Det innebär att nya yrkesgrupper och befattningshavare måste sätta sig in i dessa problem. Tänkbara nya målgrupper för institutets utbildningsverksamhet är personalchefer, personaladministratörer, produktionschefer, produktionstekniker, konstruktörer och inköpare. Utbildningsinsatser mot dessa grupper innebär att verksamheterna internt får kunnigare beslutsfattare, som samtidigt kan lösa en del problem och bli kompetenta att formulera krav på konsulter, t ex företagshälsovården. En kombination av kompetensutveckling inom verksamheterna och FHV skapar goda förutsättningar för att utbildningen kan bli ett effektivare styrmedel än hittills när det gäller att hantera arbetslivets miljöproblem, t ex sjukfrånvaro, arbetsskador och arbetsolyckor.

I detta sammanhang är det också viktigt att institutet i samverkan med regionala högskolor och universitet ser över möjligheterna att utveckla och testa modeller

för kontinuerlig vidareutbildning för såväl FHV:s personal som andra nyckelpersoner i arbetsmiljöarbetet. För att finna en kostnadseffektiv form kommer institutet att ta initiativ till att i samverkan med andra arbetsmiljöaktörer utveckla nya kursmodeller och pedagogiska former, mer inriktade mot problemorienterat lärande än traditionella föreläsningar och med större lyhörddhet för utbildningskonsumenternas behov och önskemål.

Små och medelstora företag är ett speciellt problem. I samarbetet med regionala högskolor med arbetsvetenskaplig inriktning eller med en profil mot små och medelstora företag kommer institutet att bedriva försöksverksamhet för att finna utbildningar, som både vad gäller innehåll, kontinuitet, lokalisering och kostnader passar dessa företag.

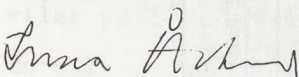
Utbildningsinsatser, bl a uppdrag av svenska storföretag, erbjuder möjligheter att utveckla nya former för integrerad arbetsmiljöutbildning och att testa nya utbildningsteknologiska hjälpmedel, t ex interaktiv video och nya pedagogiska modeller. Uppdragsutbildningen ger möjligheter att utveckla utbildningar för helt nya målgrupper, främst sådana som har mandat att agera inne i verksamheternas linjeorganisation.

Temporära utbildningsinsatser kan också bli aktuella mot målgrupper som behöver breddad eller fördjupad kompetens för att stärka sin ställning på arbetsmarknaden, t ex produktionstekniker och arbetsledare och skyddsingenjörer med låg formell utbildning.

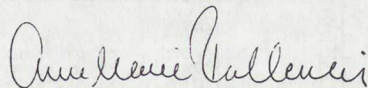
Med nya reformer och ändrade regelverk framträder nya aktörer på arenan, vilka kräver ny kompetens och ny formell kunskap som ett fåtal idag besitter. Det gäller t ex försäkringskassornas handläggare av rehabiliteringsfrågor liksom personal med rehabiliteringsansvar inom företag och förvaltningar. Genom att ge dessa målgrupper en teoretisk utbildning som kombineras med praktisk erfarenhet av rehabilitering kan långtidssjuka och arbetsskadade sannolikt snabbare åter finna en plats i arbetslivet. För att bli effektiv kräver denna form av utbildning att olika utbildningsinsatser samordnas i en mer långsiktig kompetensuppbyggnad inom området arbetsrelaterade sjukdomar och rehabilitering.

På samma sätt kan de läkare som kan komma att ingå i ett s k husläkarsystem, som eventuellt delvis kan komma att överta en del av FHV:s arbetsuppgifter, behöva kompletterande utbildning, t ex för att identifiera, behandla eller remittera patienter med sjukdomar eller besvär som kan relateras till arbetslivet.

För Arbetsmiljöinstitutet



Irma Åstrand
Föreståndare



Ann Marie Fallenius
Administrativ chef

Antal sökande och antal utbildade 1966 - 1992

BUDGETÅR	Företagsläkare		Företagsskötersko verksamma		Företagsskötersko blivande		Skyddsingenjörer verksamma		Skyddsingenjörer blivande		Företagssjuk- gymnaster		Beteendevetare	
	Ut- bil- dade	Ansök- ningar	Ut- bil- dade	Ansök- ningar	Ut- bil- dade	Ansök- ningar	Ut- bil- dade	Ansök- ningar	Ut- bil- dade	Ansök- ningar	Ut- bil- dade	Ansök- ningar	Ut- bil- dade	Ansök- ningar
1966-79	531		1034		177		450		230					
79/80	74	95	144	313	47	268	62	48	48	649	25	158		
80/81	68	66	144	286	45	263	29	50	44	224	25	151		
81/82	77	68	192	301	0		28	46	42	327	25	185		
82/83	84	86	145	293	32	401	24	26	36	277	25	141		
83/84	89	92	145	257	32	461	25	40	39	170	25	167	30	122
84/85	82	140	120	241	32	554	23	40	39		51	196	0	0
85/86	78	141	160	310	33	793	0	37	124	124	51	220	32	84
86/87	81	154	200	296	33	571	22	27	34	123	51	205	32	85
87/88	82	140	200	312	33	607	25	38	38	143	51	218	34	67
88/89	80	125	200	252	0		25	43	38	132	76	241	36	70
89/90	75	140	178	229	0		25	39	31	75	76	207	32	85
90/91	67	130	136	176	0		18	34	39	75	76	216	31	76
91/92	70	120	134	158	0		24	41	31	87	96	205	33	69
SUMMA	1538		3132		464		780		726		653		260	

ANTAL UTBILDADE	7553
TOTALT	7553



ARBETARSKYDDSTYRELSEN

Avdelningen för Medicinska och sociala frågor

Handläggare
Annika Hultin

Retur
1992-05-15

Ert datum

SOU 1992: 103

Bilaga 2.2

Vår beteckning

80 H 901/92

Er beteckning

Företagshälsovårdsutredningen
Arbetsmarknadsdepartementet
103 33 Stockholm

Företagshälsovårdsutredningen har begärt att Arbetskyddsstyrelsen skall inkomma med synpunkter på de krav som kan riktas på företagshälsovården utifrån nuvarande lagstiftning.

För Arbetskyddsverkets del är det i första hand vissa bestämmelser i arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160), förordningen om bidrag till företagshälsovård (SFS 1985:326), instruktion för Arbetskyddsverket (SFS 1988:730) och ILO-konventionen nr 161 som kan vara av intresse att närmare kommentera i detta sammanhang.

Huvudsyftet med hela arbetsmiljölagen är att förebygga att personer drabbas av arbetsskador eller råkar ut för arbetsolyckor. Det förebyggande arbetet betonas därför starkt i arbetsmiljölagen. Det är arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön, men naturligtvis måste det till ett intensivt samarbete med arbetstagarna, för att avsedd effekt skall uppnås.

Sedan 1986 har det funnits bestämmelser om arbetsanpassning- och rehabilitering i arbetsmiljölagen (AML). Dessa bestämmelser lades till en början i kap 6 (samverkanskapitlet), vilket medförde att det blev en gemensam målsättning för parterna att organisera detta arbete. Eftersom detta lagstöd ej var tillräckligt för att få igång ett effektivt anpassnings- och rehabiliteringsarbete, ändrades skrivningen i den senaste revideringen av arbetsmiljölagen, som gäller fr o m 1 juli 1991. Numera är det arbetsgivarens ansvar att se till "att det på arbetsställe i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 22 kap lagen om allmän försäkring vilar på honom" (AML 3 kap 2 a §).

En viktig resurs i såväl det förebyggande arbetsmiljöarbetet som i den rehabiliterande verksamheten är företagshälsovården. Den är ett opartiskt expertorgan i bl a dessa frågor och har i regel såväl

medicinskt som tekniskt, ergonomiskt och psykosocialt kunnande. Teamets samlade kompetens har många gånger varit en värdefull tillgång vid lösandet av olika arbetsmiljöproblem. Inte minst arbetsgivaren har här en viktig samarbetspartner mot bakgrund av sitt nya ansvar för anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna.

Företagshälsovården har hittills vuxit fram på frivillighetens väg. Den har dock stöttats av staten i form av ekonomiska bidrag till verksamheten.

Företagshälsovårdens närmare utformning har i hög utsträckning styrts av olika arbetsmiljöavtal mellan parterna. Eftersom inte alla arbetsplatser har slutit sådana avtal har en bestämmelse tagits in i arbetsmiljölagen som säger att "om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver" (AML 3kap 2 §).

Ovanstående bestämmelse har hittills haft mycket litet praktisk betydelse. Den används sällan av Yrkesinspektionen och något besvärssärende har inte inkommit till styrelsen. Avsikten med paragrafen är att kunna sätta press på arbetsgivare, där arbetsmiljöerna är förenade med speciella påfrestningar och risker för de anställda. Det kan då vara en absolut nödvändighet med tillgång till företagshälsovård för att förebygga ohälsa och olycksfall. En bidragande orsak till att paragrafen inte använts i någon större omfattning är säkerligen att befintliga arbetsmiljöavtal varit pådrivande här. Nu befinner vi oss i ett skede då det saknas giltigt arbetsmiljöavtal inom vissa avtalsområden och avtalen sagts upp inom andra områden. Denna utveckling kan medföra att frågorna beträffande företagshälsovård kommer i skymundan. Mycket av den tidigare satsningen på utbyggnad av företagshälsovården och anslutning av företagen byggde på förekomsten av arbetsmiljöavtal.

Då nu förutsättningarna beträffande avtalen förefaller att ändras, kommer det förmodligen att finnas ett behov av att på annat sätt verka för en anslutning till företagshälsovården. Visserligen finns den ovan relaterade bestämmelsen i AML 3 kap 2 §, men möjligheterna för företagshälsovården att utträta något positivt försvåras avsevärt, om den blir inkopplad på ett så sent stadium, som då är fallet. I den inspekterande verksamheten påtalar ofta yrkesinspektionen möjligheten av att anlita företagshälsovården. Detta innebär att förutsättningarna att driva arbetsmiljöfrågorna framåt blir bättre.

Med nuvarande statliga bidragssystem för företags-hälsovård har man lyckats bygga ut den så, att ca 80 % av samtliga anställda har tillgång till företagshälsovård. De personer som idag saknar tillgång till företagshälsovård arbetar inom vissa branscher

eller i mindre företag. Förordningen om bidrag till företagshälsovård medgav 1986-91 ett småföretagartillägg för företag med upp till 50 anställda. Därmed åstadkom man att flera mindre företag med upp till 50 anställda stimulerades att ansluta sig till företagshälsovården. Däremot visade det sig fortfarande svårt att få med de riktigt små företagen. På grund härav ändrades reglerna om småföretagartillägg fr o m 1992 till att omfatta företag med upp till 20 anställda och samtidigt höjdes bidragsbeloppet. Dessutom infördes ett nyanslutningstillägg under de två första åren, vilket i praktiken torde medföra att de små företagen ytterligare gynnades.

Eftersom statsmakterna hösten 1991 aviserade om indragna statsbidrag, kom ovanstående förändringar aldrig att få någon praktisk betydelse. Redan innan reformen hann träda i kraft ändrades förutsättningarna. Arbetskyddsverket anser att denna skrivning i förordningen skulle kunna ha varit till gagn för främjandet av företagshälsovården för framförallt småföretagen.

Vad beträffar förordningen om bidrag till företagshälsovård i övrigt, anser Arbetskyddsverket att den i många stycken är en utmärkt grund för företagshälsovårdens kvalitetssäkring. För att få kallas företagshälsovård måste det finnas någon form av kvalitetskontroll, så att "köparen" verkligen vet att det är en seriös arbetsmiljöinriktad konsultation han upphandlar. Vi vill i det följande något kommentera de olika punkterna i 3 § i förordningen om bidrag till företagshälsovård, där vi anser att förordningen fyller denna kvalitetskontroll för vad en företagshälsovård bör innehålla.

Bidrag lämnas för företagshälsovård som

1. är en rådgivande expertfunktion för arbetsgivare och arbetstagare

Företagshälsovården måste vara opartisk och besitta kunskaper och ha kompetens inom samtliga relevanta arbetsmiljöområden (team-tanken).

2. arbetar förebyggande med arbetsmiljön och som medverkar i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället

Förutsättningen för att företagshälsovården skall kunna utträta ett gott arbete ökar när den ges tillfälle att komma in på ett tidigt stadium, helst innan det har uppstått några allvarligare problem. Gränsdragningen mellan förebyggande insatser och tidiga rehabiliterande åtgärder är dock hårfin, och det är därför viktigt att kunna arbeta utifrån båda förutsättningarna.

3. aktivt medverkar i det lokala arbetsmiljöarbetet
Genom detta arbete ges förutsättningar att kunna klara av punkten 2 ovan. Det är också viktigt att kunna arbeta så nära verksamheten som möjligt, eftersom det ofta är direkt på arbetsplatsen som det finns möjlighet att upptäcka och åtgärda arbetsmiljöproblem.

4. samverkar med berörda samhällsorgan

För att det bästa resultatet skall uppnås, krävs att företagshälsovården samarbetar med t ex försäkringskassan, primärvården, yrkesmedicinska kliniken, arbetsmarknadsmyndigheterna m fl

5. drivs med för ändamålet utbildad personal

Arbetsmiljöarbete kräver gedigna kunskaper inom arbetsområdet. Arbetsmiljöinstitutet bedriver en omfattande utbildningsverksamhet för de flesta yrkesgrupperna inom företagshälsovården. Punkten ger oss möjlighet att värna om de speciella arbetsmiljö-kunskaper, som ett aktivt arbetsmiljöarbete kräver.

6. styrs av ett organ med representation av arbetsmarknadens parter, såvida företagshälsovården inte ingår i arbetsgivarens organisation (inbyggd företagshälsovård)

Styrfunktionen för företagshälsovården måste renodlas till ett organ, som består av representanter för parterna. Vi ser detta som en nödvändighet för att frågorna skall kunna få den genomslagskraft som är avsedd. Det är nödvändigt att klara ut eventuella oklarheter om verksamhetsinriktning i en partssammansatt styrgrupp. Om parterna känner sig delaktiga i beslutsprocessen, skapas i regel goda förutsättningar för att verksamheten drivs vidare på "fältet".

7. har en väl definierad ledningsfunktion för den operativa verksamheten

Liksom i alla andra organisationer är det viktigt att ledningsfunktionen är tydlig. Detta skapar goda förutsättningar för att företagshälsovården kommer att kunna arbeta efter uppgjorda planer.

8. årligen upprättar dels en plan för den allmänna inriktningen av verksamheten under det följande bidragsåret, dels en berättelse om verksamheten under det senaste bidragsåret. Planen och berättelsen skall ges in till yrkesinspektionen.

Möjligheten att kräva in en verksamhetsplan och verksamhetsberättelse är relativt ny. Vi anser att denna möjlighet öppnar vägar för ett seriöst planerande av de insatser som företagshälsovården skall göra under kommande år. Årsberättelsen är ett gott instrument för att kunna bedöma om uppgjorda planer är realistiska med hänsyn till resurser, bemanning osv. Den är också utmärkt att ta fram för uppfölj-

ning av verksamheten och bedömning av eventuell behov av justeringar.

För att statsbidrag skall kunna utgå prövar Yrkesinspektionen om ovanstående punkter är uppfyllda.

I förordningen med instruktion för Arbetarskyddsverket finns i 5 § punkt 9 en bestämmelse om att Arbetarskyddsstyrelsen i samverkan med berörda myndigheter och organisationer skall följa och främja företagshälsovårdens utveckling. På motsvarande sätt finns det en passus i 30 § punkt 6 om att yrkesinspektionen skall främja företagshälsovårdens utveckling. Dessa §§ har både Yrkesinspektionen och Arbetarskyddsstyrelsen haft som utgångspunkt när det gäller att vara pådrivande för företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling. Yrkesinspektionen hänvisar ofta till företagshälsovårderna i sina inspektionsmeddelande och brukar också anordna träffar och utbildningsdagar för företagshälsovårdens personal. Arbetarskyddsstyrelsen har årligen speciella arbetskonferenser för Yrkesinspektionen rörande företagshälsovårderna. Samarbete äger också rum med parterna och med andra myndigheter, såsom t ex i samband med framtagandet av vår föreskrift "Bidrag till företagshälsovård" (AFS 1991:7).

Enligt ILO-konventionen nr 161 om företagshälsovård, som Sverige har ratificerat, har vi åtagit oss att steg för steg bygga ut företagshälsovårderna för alla arbetstagare.

Detta skall ske genom att åtgärder vidtas för att införa företagshälsovård

- genom lagar eller bestämmelser; eller
- genom kollektivavtal eller på annat sätt i samförstånd mellan berörda arbetsgivare och arbetstagare; eller
- på annat sätt som godkännes av behörig myndighet efter samråd med de berörda representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna.

Sammanfattning

Nuvarande regler i arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) angående företagshälsovård i 3 kap 2 § har inte fått någon praktisk betydelse och behöver därför ändras.

Förordningen om bidrag till företagshälsovård (SFS 1985:326) tjänar enligt Arbetarskyddsverket inte bara till att utveckla företagshälsovårdens omfattning utan påverkar också företagshälsovårdens innehåll och inriktning. Den senaste ändringen i förordningen fr o m 1 januari 1992 har dock ännu inte hunnit få någon effekt. När bidraget försvinner blir det mycket angeläget med andra styrmedel för att säkra att förebyggande av arbetsmiljörelaterad ohälsa och rehabilitering är viktiga hörnstenar i företagshälsovårdens verksamhet.

Instruktionen för Arbetarskyddsverket
(SFS 1988:730) fungerar som det är avsett och det
finns inga behov av förändring i denna.

ILO-konventionen nr 161, som Sverige har ratificerat,
gäller fortfarande med krav på företagshälsovård
åt alla arbetstagare.

Annika Strandell

Annika Hultin

/Annika Strandell/

/Annika Hultin/

Företagshälsovårdsutredningen
Arbetsmarknadsdepartementet
103 33 Stockholm

Arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar enligt lagen om allmän försäkring och de krav som detta ansvar ställer på företagshälsovården.

Rehabiliteringsbegreppet

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som ska hjälpa sjuka och skadade personer att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt och aktivt liv. Rehabilitering har därför både ett medicinskt och ett socialt mål. Rehabiliteringen omfattar således såväl medicinsk, psykologisk, social, som arbetslivsinriktad rehabilitering. Insatserna inom dessa områden måste samordnas för ett lyckat resultat och för att nå detta mål måste ansvariga för rehabiliteringsinsatserna samarbeta.

I lagen om allmän försäkring anges i 22 kapitlet, Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning, att rehabilitering enligt detta kapitel ska syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärsarbete. För att denna målsättning för rehabiliteringen ska kunna uppnås är det naturligtvis av största vikt att arbetsgivarna har vilja, kunskaper och resurser för att hjälpa sina anställda tillbaka till arbete.

Försäkringskassans rehabiliteringsansvar

Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för samhällets rehabiliteringsverksamhet. I detta ansvar ligger att organisera ett effektivt samarbete mellan olika myndigheter och organ med uppgifter inom rehabiliteringsområdet. Det gäller t ex hälso och sjukvård, länsarbetsnämnd/arbetsförmedling, kommun, yrkesinspektion och arbetsmarknadens parter. Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna har ansvaret för att det finns samverkansgrupper på nationell, regional och lokal nivå. Riksförsäkringsverket har ansvaret för att följa och utvärdera rehabiliteringsarbetet i landet. Försäkringskassans ansvar är att följa upp och utvärdera hur rehabiliteringsverksamheten fungerar inom kassans geografiska område och ta de initiativ till samarbete som behövs.

På lokal nivå har kassorna prioriterat arbetet med att skapa ett fungerande samarbete med arbetsgivarna, främst de stora arbetsgivarna, och

primärvården. Kassorna samarbetar också i stor utsträckning med företagshälsovårdscentralerna som är länken till många arbetsgivare, främst de mindre arbetsplatserna, eftersom kassorna inte har resurser att ha direkt samarbete med arbetsgivaren i varje enskilt fall.

Förutom att försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringsarbetet på regional och lokal nivå har kassan också ansvar för att rehabiliteringsåtgärder kommer igång när det behövs i det enskilda fallet och att vara den försäkrades ombud i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan ska samordna rehabiliteringen och tillsammans med den som är sjukskriven och andra aktörer, främst behandlande läkare och representant för arbetsgivaren, diskutera en rehabiliteringsplan samt fatta beslut om rehabiliteringsersättning. Av planen ska målet för rehabiliteringen framgå, vilka åtgärder som behövs, vem som ansvarar för dem, när de ska genomföras och hur de ska finansieras. En viktig samarbetspartner är ofta företagshälsovården, som känner arbetsplatsen och kan bidra till att rehabiliteringsåtgärderna anpassas till den enskildes förmåga och förutsättningar.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

I de nya reglerna om rehabilitering, 22 kapitlet i lagen om allmän försäkring, anges att arbetsgivaren, i samråd med den anställde, ska svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Enligt lagens förarbeten, prop. 1990/91:141, avser arbetsgivarens rehabiliteringsansvar dels ett ansvar för att en anställd som har behov av rehabilitering får detta behov utrett och tillgodosett, dels ett ansvar för att det hos arbetsgivaren finns en fungerande organisation för rehabiliteringsarbetet. Arbetsgivarens skyldighet att se till att det finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet är inskriven i arbetsmiljölagen, 3-e kapitlet.

Enligt förarbetena till de ändringar i lagen om allmän försäkring som gäller arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ska arbetsgivaren ansvara för att vidta de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Det kan gälla åtgärder som arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering eller åtgärder som förändrat arbetsinnehåll, förändrade arbetstider och förändringar av organisationen på arbetsplatsen. Inriktningen bör enligt förarbetena vara att den anställde ska kunna fortsätta att arbeta hos sin arbetsgivare. Det primära målet är alltså att den anställde som är sjukskriven ska kunna återgå i arbete på sin gamla arbetsplats. Om detta visar sig vara omöjligt och arbetsgivaren uttömt sina möjligheter att hjälpa den anställde ska samhället, bl a genom samverkan mellan försäkringskassa och arbetsförmedling, medverka till att den enskilde kan finna ett annat och lämpligare arbete. Enligt förarbetena bör dock i åtskilliga fall arbetsgivaren med hjälp av företagshälsovården kunna medverka till att finna en lösning, som är bra för den enskilde utan att samhället behöver gripa in. Företagshälsovårdens uppgift är alltså att vara arbetsgivarnas expertresurs i deras rehabiliteringsarbete och en resurs för de anställda i enskilda ärenden samt att medverka i arbetsgivarnas arbete med att skapa en bra arbetsmiljö

för att förebygga sjukskrivning.

Ett sätt att skapa förutsättningar för att pröva nya arbetsuppgifter är enligt förarbetena t ex att arbetsgivaren är med i en arbetsgivarring där den anställda får arbetspröva hos annan arbetsgivare i ringen vilket kan leda till en anställning där. Företagshälsovården och försäkringskassan är ofta sammanhållande parter i de arbetsgivarringar som nu finns i växande antal i landet. För närvarande finns ca 30 ringar. Enligt vad verket erfarit är erfarenheterna från arbetsgivarringar goda även om det i nuvarande konjunkturläge har blivit svårare att få arbetsgivare att ta emot anställda vid andra företag för arbetsprovning.

Enligt verkets mening, som uttrycks i Allmänna råd 1991:12, Rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL), är det arbetsgivarens skyldighet både att uppmärksamma och utreda behov av rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd och att finansiera dem. Ansvaret för finansieringen får dock begränsas till det ansvar som arbetsgivaren har för de åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställda skall kunna vara kvar inom verksamheten. Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren i fråga om åtgärder får avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl den anställdes som arbetsgivarens förutsättningar vägs in.

Om det i diskussionerna som förs mellan försäkringskassan och arbetsgivaren under rehabiliteringsplaneringen framkommer att arbetsgivaren saknar resurser för att bekosta en rehabiliteringsåtgärd finns möjligheten att ansöka om bidrag från arbetslivsfonden eller att försäkringskassan betalar rehabiliteringsåtgärden. Det förekommer också att arbetsgivaren och försäkringskassan delar kostnaderna för rehabiliteringsåtgärden. Eftersom det är viktigt att rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd tidigt och inte försenas på grund av oklarheter när det gäller betalningsansvaret kan det ibland vara lämpligt att arbetsgivaren och försäkringskassan förhandlar i efterhand.

Arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredning

Enligt lagen om allmän försäkring har arbetsgivaren skyldighet att, i samråd med den anställda, påbörja en rehabiliteringsutredning när vissa kriterier är uppfyllda. Det är när den anställda på grund av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd eller när den anställdes arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller när den anställda själv begär det. Utredningen ska genomföras i samråd med den försäkrades arbetsorganisation om den anställda medger det. Rehabiliteringsutredningen ska tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för sjukanmälan resp. senaste sjukanmälningsdag eller från den dag den anställda begärde att en rehabiliteringsutredning skulle göras.

Enligt lagen om allmän försäkring ska försäkringskassan överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl för det. Skäl för att överta ansvaret för utredningen kan enligt förarbetena vara att den sjukskrivne är

anställd på en liten arbetsplats och arbetsgivaren saknar kompetens eller resurser för ändamålet eller därmed jämförbara situationer. Om arbetsgivaren inte, trots påpekanden, gör någon utredning eller där en utredning försvåras på grund av förhållandet mellan arbetsgivaren och den anställde, kan det också bli aktuellt för försäkringskassan att ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen. Riksförsäkringsverket rekommenderar i allmänna råd att kassan i första hand hänvisar arbetsgivaren till företagshälsovården eller annan extern resurs innan kassan åtar sig att göra utredningen. Många gånger räcker det med att kassan diskuterar igenom ett problem som har uppstått med arbetsgivaren och ger information för att arbetsgivaren ska kunna göra utredningen på egen hand. I de fall arbetsgivaren inte gör utredningen och försäkringskassan gjort bedömningen att en utredning behövs, bör kassan, enligt verkets mening, ha möjlighet att på arbetsgivarens bekostnad göra utredningen. I yttrandet över Arbetsmiljöfondens betänkande Arbete och hälsa (SOU 1990:49) framför verket denna åsikt som delas av socialförsäkringsutskottet som i sitt betänkande 1991/92:SfU 5 bl a ansåg att en sådan form av åläggande skulle motverka risken för att arbetsgivare lastar över utredningskostnaden på försäkringskassan.

I rehabiliteringsutredningen är det väsentligt att det framgår hur den anställdes arbetsförhållanden ser ut, vilka hindren för återgång i arbete är, vilka åtgärder som eventuellt redan har vidtagits på arbetsplatsen för att underlätta arbetet och vilka åtgärder som planeras. I utredningen bör framgå hur den anställde upplever sin arbetssituation eftersom vi vet att t ex stress och små möjligheter att påverka sitt arbete minskar motivationen för rehabilitering. Viktigt för den fortsatta planeringen av rehabiliteringen är också att den sjukskrivnes förmåga, kunnande och intressen utanför arbetet framgår, liksom hans egen uppfattning om sin situation och hans önskemål. Sociala problem kan bidra till arbetsoförmåga och sjukskrivning och det är därför viktigt att också de problemen tas upp i utredningen. Vill den sjukskrivne inte diskutera sin sociala situation med arbetsledaren eller representant för arbetsgivaren kan företagshälsovården eller försäkringskassan hjälpa till.

En rehabiliteringsutredning kan vara enkel och göras av arbetsledaren och den sjukskrivne då man diskuterar och kommer fram till en lösning på den enskildes problem som går att genomföra utan inblandning av någon annan.

I andra fall fordras det en mer omfattande utredning och flera rehabiliteringsåtgärder kan vara aktuella därför att problematiken är komplex. Det kan röra sig om både medicinska, sociala, psykologiska och arbetsrelaterade problem som arbetsgivaren kan ha svårt att klara av och där en företagshälsovård med psykosocial kompetens kan vara ett stöd i utredningsarbetet och planeringen av rehabiliteringen både inom och utanför arbetsplatsen.

Företagshälsovårdens roll och ansvar

Reglerna om det statliga bidraget till företagshälsovård finns i förordningen om bidrag till företagshälsovård. De har till syfte att stimulera företagshälsovården till förebyggande arbetsmiljöarbete och till att medverka

i yrkesinriktad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Eftersom de små företagen i allmänhet inte är anslutna till företagshälsovård har reglerna från och med 1992 ändrats för att ekonomiskt stimulera företagshälsovårdscentraler att vända sig till småföretagen och erbjuda sina tjänster. Det sk småföretagstillägget har ökat och utgår till högst 20 anställda hos en arbetsgivare. Yrkesinspektionen prövar rätten till bidrag. Försäkringskassan beräknar bidragets storlek och är utbetalare.

De krav lagstiftningen ställer på arbetsgivarna är också enligt verkets mening styrande för företagshälsovårdens arbete och den kompetens och de tjänster de erbjuder arbetsgivarna. Det är önskvärt att varje arbetsgivare har tillgång till en företagshälsovård som kan fungera som en expertresurs i arbetet med att skapa en väl fungerande arbetsmiljö, både fysiskt och psykosocialt, liksom i arbetet med att göra rehabiliteringsutredningar och i det praktiska rehabiliteringsarbetet med enskilda anställda. Såväl medicinsk, ergonomisk, teknisk som beteendevetenskaplig kompetens bör finnas. Företagshälsovården bör i sitt arbete vara en samrådspartner både på ledningsnivå och i linjeorganisationen och vara väl känd av de anställda.

Arbetslivets utveckling går mot högre krav på utbildning, flexibilitet och samarbetsförmåga hos de anställda vilket ökar kraven på den anställde och därmed risken för reaktioner i form av psykosomatiska besvär och konflikter i arbetsgrupperna. En viktig uppgift för företagshälsovården är därför att delta i organisationsförändringar och förändringar som innebär ändrade arbetsuppgifter för de anställda som ett led i det förebyggande arbetet på arbetsplatsen. Företagshälsovården ska prioritera det förebyggande arbetsmiljöarbetet med tonvikt på grupp- och organisationsinriktade insatser.

Många företagshälsovårdscentraler arbetar idag aktivt med åtgärder som syftar till att skapa en bra arbetsmiljö och att förhindra onödig sjukskrivning. På många håll utbildar man och samarbetar man med arbetsledarna som har en nyckelroll i detta arbete. Arbetsledarna har utbildats i de lagändringar som trätt i kraft rörande rehabilitering och arbetsmiljö och har också fått utbildning i hur de kan hantera problem på arbetsplatsen som t ex krisreaktioner, samarbetsproblem och missbruk. Företagshälsovården i Stockholms läns landsting, Landstingshälsan, har t ex Albagruppen, som består av psykiater, beteendevetare och sjuksköterska, som utbildar arbetsledare och personal i missbruksfrågor. Beteendevetarna föreläser också om t ex mobbning, har handledning för arbetsledare på olika nivåer när de har problem i sin arbetsledarroll och arbetar med grupper där det är konflikter och samarbetsproblem. Det är en stor och ökande efterfrågan på deras tjänster. Företagshälsovården har också deltagit i diskussioner på arbetsplatserna för att få fram en bra modell för hur man ska agera när någon blir sjukskriven. I t ex Älvsborgshälsan hjälper företagssköterskan arbetsgrupper att utforma ett program för hur man på arbetsplatsen ska agera när någon blir sjukskriven. När ska arbetsledaren eller någon annan på arbetsplatsen kontakta den sjukskrivne? Hur ska man hjälpa den sjukskrivne att hålla kontakt med arbetsplatsen för att förhindra att han hamnar i en passiv sjukroll som försvårar återgång i arbete?

Det finns olika modeller för samarbete med arbetsledarna och hur man håller kontakten med arbetsplatserna. Företagshälsovården på SKF i Göteborg har t ex personalvårdsrond en gång per månad på varje


arbetsställe då läkaren, sjuksköterskan, en kontaktperson från försäkringskassan tillsammans med den personalansvarige diskuterar frånvaron och eventuella problem på arbetsstället. Utgångspunkten är den statistik över all frånvaro per anställd som den personalansvarige tar fram för varje månad. Diskussion med enskilda kan tas direkt i samband med rondan.


Nuvarande samarbete mellan försäkringskassorna och företagshälsovården

För försäkringskassorna är en väl fungerande företagshälsovård en värdefull samarbetspartner i rehabiliteringsarbetet. Många försäkringskassor har kontaktpersoner som arbetar speciellt med företagshälsovårdscentralerna och de arbetsgivare som är anslutna till dem. På företagshälsovården finns både medicinsk kunskap och kunskap om arbetsplatsen vilket gör det möjligt att snabbt och informellt diskutera fram en rehabiliteringsplan tillsammans med berörd arbetsgivare och den enskilde. I många fall styr också sjukskrivning i samband med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Med den kännedom om arbetsplatsen som finns där kan läkaren, i samråd med övrig personal som är berörd i ärendet, avgöra när det är lämpligt att vidta rehabiliteringsåtgärder, vilka åtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen och anpassa sjukskrivningsnivån med hänsyn till den enskildes tillstånd och arbetsuppgifternas art.

Från 1 juli 1991 kan försäkringskassan lämna bidrag till arbetshjälpmedel som ett led i rehabiliteringen av anställda. Bidrag till arbetshjälpmedel kan också lämnas som en förebyggande åtgärd. Nästan alla försäkringskassor samarbetar med företagshälsovården i utredningen av behovet av hjälpmedel och/eller anpassning av arbetsplatsen och av vilka produkter som behövs. Särskilt samarbetar man med branschhälsorna, t ex Lantbrukshälsan, Transporthälsan och Skogshälsan.

Informationen om de lagändringar som trätt i kraft på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet har ofta skett i samarbete mellan företagshälsovård och försäkringskassa.


Jan-Åke Brorsson


Ylva Eklund

Utredningen av företagshälsovårdens organisation och finansiering.

Sammanfattning

En kraftig förändring pågår inom svensk företagshälsovård (fhv). Fhv har en svag soliditet, varför en för snabb avveckling av statsbidraget ger en utslagning av fhv-enheter, med kompetens och kapitalförstöring som följd.

Branschstrukturen är svag men under utveckling.

Nya finansierings- och organisationsformer och en ökad marknadsanpassning behövs.

Företagshälsovårdens tre "nyttönivåer" samhälle, företag/organisation och individ gör verksamheten så komplex att en kvalitetssäkring är nödvändig.

En för långtgående avreglering innebär en ökad hälsosegregering, de små och de dåliga arbetsplatserna kan komma att stå utan fhv. Arbetsmiljön i de små företagen är inte bara en ekonomisk fråga - behovet av systemutveckling är stort.

Kontinuitet i samverkan fhv - arbetsplats är nödvändig för ett kostnadseffektivt arbetssätt och för den enskildes rätt till kontakt. Den vård som utföres inom eller i anslutning till fhv måste ersättas av samhället för konkurrensneutralitet.

Ersättning måste utgå för den samhällsservice fhv utför i form av intyg, utredningar etc till FK m fl.

Ett samhälleligt utvecklingsstöd behövs under en övergångsperiod och bör utgå till branschen - dvs producent- och konsumentföreträdare i samverkan.

ILO-konventionen förutsätts gälla.

Företagshälsovården (fhv) har tillkommit på initiativ av eniga parter på arbetsmarknaden och utvecklats från bruksläkarens omvårdnad, i en tid då sjukvården var dåligt utbyggd i vårt land, mot en kvalificerad arbetsmiljökonsult.

Reglerna för hur fhv i ännu högre grad skall inrikta sig på arbetsmiljön och den yrkesinriktade delen av rehabiliteringsprocessen skärptes väsentligt i den nya arbetsmiljölagstiftningen 91-07-01. I det "nya regelverket" är inriktningen mot en fhv, som jobbar med i arbetslinjen, där arbetsmiljöfrågorna är en integrerad del, mycket tydlig.

FSF, (Föreningen Svensk Företagshälsovård) verkar för och stöder helt den utvecklingen. De förändringar, som kommit i de senaste årets lagstiftning, är i sig en konsekvens av ett ändrat synsätt på

arbetslivet. Bl a detta har startat en utveckling inom dagens företagshälsovård mot ett mer behovsanpassat arbetssätt. Även alternativa finansieringsformer utvecklas. Sker nu avvecklingen av statsbidraget så snabbt, som föreslagits, då är risken stor att många företagshälsovårdsenheter inte hinner "ställa om", med konkurser, nedläggningar och kompetensutarmning som följd.

RRV's rapport (Fu 1991:9) om den statliga styrningen av företagshälsovården beskriver i allt väsentligt företagshälsovården före ovan beskrivna omställningsprocess.

Fhv har byggts upp i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. Den vanligaste driftformen är ett aktiebolag, ägt av en ideell förening, bestående av de företag/organisationer, som anslutit sig till fhv-enheten. Här ligger kanske ett systemfel i "den gamla modellen". Kunderna och ägarna har lokalt varit desamma dvs de har suttit på två stolar bl a när det gällt prissättningen. Företagshälsovården har av tradition och enligt avtal tagit ut en solidarisk årsavgift, som inte har relaterats till vare sig kundernas behov eller nyttjandegrad. Det enda kriteriet har varit antalet anslutna/anställda. Samma kriterium har sedan 1986 även gällt statsbidraget. Ägarnas/kundernas intentioner här har varit "non profit" och ev överskott har återgått till kunderna. På samma sätt har ev underskott täckts med efterdebiteringar.

Detta innebär att företagshälsovårdscentralerna idag oftast har en mycket svag soliditet dvs lågt eget kapital och praktiskt taget inga reserver. Aktiebolagsformen förutsätter en viss konsolideringsgrad, dvs verksamheten skall generera överskott som via normala bokslutsdispositioner förstärker bolagets soliditet, vilket vid ökad omfattning av verksamheten bör innebära en ökning av aktiekapitalet. Fhv har i de flesta fall inte det egna kapital som behövs för att på mindre än ett år ställa om till ett rent marknadsekonomiskt system.

Omställningen mot ett mera marknadsstyrt arbetssätt gynnas inte heller av den rådande lågkonjunkturen. Medvetenheten om de positiva effekterna, även rent företagsekonomiskt, av att aktivt arbeta med arbetsmiljö och rehabilitering ökar för närvarande mycket fort. Trots denna medvetenhet skjuts ofta på beslut, som innebär olika former av investeringar och/eller kostnader med lite längre och kanske svårsmätbar payofftid, i en lågkonjunktur.

Ytterligare en oklarhet i omställningsprocessen för företags-hälsovården är det uppsagda arbetsmiljöavtalet SAF-LO-PTK.

Arbetsmarknadens parter (representanterna för fhv's avnämare) har flera uppenbara svårigheter att skapa de kravspecifikationer för arbetsmiljöarbetet i form av avtal, som arbetsmiljölagen kräver.

Strukturellt är svensk fhv (bortsett från Statshälsan och ett par branschhälsor) organiserad i lokala autonoma enheter. En samverkan sker i Föreningen Svensk Företagshälsovård, FSF, på regional och central nivå.

Detta innebär att de centrala parternas möjligheter till inflytande på den lokala fhv-enheten i en avtalslös situation väsentligt har minskat.

Redan tidigare har funnits en övertro på centralt håll om möjligheterna till påverkan. Se bl a RRV's rapport Dnr-20-91-0230 "Informationsverksamheten inom arbetslivet - de kritiska punkterna".

Arbetsgivarnas ökade ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering, arbetsgivarperioden och förslagen om personalekonomisk redovisning och differentierade arbetsgivaravgifter, med arbetsmiljö, internkontroll och frånvaro som troliga kriterier, gör att svensk arbetsliv kommer att behöva en väl fungerande företagshälsovård inte bara ur humansynpunkt utan också som en mycket väsentlig del i vår produktivitet utveckling. Produktivitet- och kvalitetsfrågor blir allt viktigare i ett öppnare Europa, där också arbetsmiljöfrågor är en konkurrensfaktor.

Ur samhällssynpunkt är en väl fungerande företagshälsovård, som satsar på att förebygga ohälsa och yrkesmässigt rehabilitera, ett viktigt instrument i kampen mot att minska kostnaderna för ohälsan. Sverige fyller mer än väl WHO's hälsomål, men känt är att vissa utsatta grupper, ofta de med dåliga arbetsförhållanden, inte får del av den utvecklingen. En fhv, som arbetar helt på marknadsekonomins villkor skulle få mycket svårt att nå dessa arbetsmiljöer. Följaktligen skulle hälsosegregeringen öka än mer genom att de "goda och medvetna arbetsplatserna" kommer att satsa mer och bli målgrupp för företagshälsovårdens insatser. Däremot kommer fhv sannolikt inte att ha råd att bearbeta "de små" och "de dåliga" arbetsplatserna med ökad utslagning och ökade samhällskostnader som följd.

De små företagen ger, i ett system där antalet anställda är kriteriet för vad det kostar att vara ansluten, aldrig full kostnadstäckning för fhv. Den kontinuerliga kontakten, behovsinventeringen etc är insatser som resursmässigt är ganska

likartad i relationen till ett företag med 3 eller 30 anställda. Ett småföretagsstöd måste för att ge effekt och stimulans bygga på ett antal andra kriterier än antalet anställda. Det är inte heller en rent ekonomisk fråga utan handlar mycket om att forma anpassade system för arbetsmiljöarbete och rehabilitering.

FSF genomför f n, med medel från Arbetsmiljöfonden, ett projekt "Alternativ finansiering och organisation av svensk företagshälsovård" (publicering aug. -92) där ett grundläggande resonemang förs i dessa frågor. I den rapporten redovisas slutsatser från praktiska försök med alternativa finansieringsformer.

Ur företagsekonomisk synpunkt visar en entydig forskning att det är de tidiga insatserna som är lönsamma. Däremot är sena rehabiliteringsinsatser svåra att påvisa rent företagsekonomiska vinster av. De ligger mer på det samhällsekonomiska planet.

Detta förutsätter att fhv måste finnas med kontinuerligt i arbetslivet och inte kallas in "när skadan redan skett", vilket ur både ett företagsekonomiskt och samhällsekonomiskt perspektiv ger en mycket lägre verkningsgrad. Denna kontinuitet är också en förutsättning för "den enskildes rätt att ha kontakt" med sin fhv om sin arbetsmiljö, vilket är en av grundstenarna i fhv-ide'n. De aviserade förändringarna när det gäller bedömningskriterierna för arbetsskador kommer också att kräva en kontinuitet mellan arbetsplats, anställd och fhv.

Slutsatsen blir att resultatet av en framgångsrik fhv ger effekter både på arbetslivs- och samhällsnivå, vilket bör innebära att någon form av kvalitets- och tillgänglighetssäkring måste finnas.

FSF, som branschorganisation, arbetar för en utveckling av fhv till en behovsanpassad arbetsmiljö- och rehabiliteringskonsult, enligt samhällets och arbetsmarknadsparternas intentioner. Vi anser att den utveckling som nu sker mot en ökad marknadsanpassning är sund, men bl a av ovan redovisade skäl måste branschen få en övergångsperiod för omställning och konsolidering samt att en kvalitetssäkring tillskapas.

FSF medverkar gärna i en kvalitetssäkring av branschen, som enligt vårt förmenande bör konstrueras så att den lämnar utrymme för fri konkurrens. Denna kvalitetssäkring kan ske genom att man anger vilka kvalitativa kompetenser som bör finnas för att man ska ha rätt att använda benämningen företagshälsovård. Denna auktorisation kan kopplas till ett medlemskap i

branschorganisationen FSF, som blir en garant för att man uppfyller kraven för att få benämna sig fhv. Liknande modeller finns inom andra branscher.

Kombinationen fhv/sjukvård är en diskussion som ibland ganska onyanserat ger sken av att det antingen är en och samma sak och/eller att de två i sig viktiga verksamheterna är en absolut förutsättning för varandras existens. Självklart är bilden mycket mer komplicerat och nyanserad än så. I den bilden bör nog också olika alternativa individuella friskvårds-insatser inlämnas. Fhv's förebyggande arbete riktas mot arbetsmiljön för att förhindra att ohälsa uppstår. Sjukvården omhändertar ohälsa som en effekt av bl a dålig arbetsmiljö, dvs mycket senare på samma tidsaxel. Självklart finns i fhv's sjukvård mycken information om sambandet arbetsmiljö/ohälsa, men det handlar om ganska olika arbetsinsatser och följaktligen mer om organisation- och informationsöverföring än en nödvändig integrering.

Att en totalverksamhet inkluderande kvalificerad kompetens inom det förebyggande arbetsmiljöområdet, väl utbyggda rehabiliteringsresurser, sjukmottagning och friskvård av många skulle upplevas som mycket attraktiv råder nog inga tvivel om. Då bör konstateras att detta i så fall är en verksamhet som resurs- och kostnadsmässigt är av en omfattning väsentligt större än dagens fhv. De "olika delarna" finns idag, när de fungerar fullt ut, i olika organisationsformer (huvudmän) och med olika finansiering; via skatten, arbetsgivaren betalar eller egna individuella avgifter eller olika kombinationer.

Skall dessa verksamheter samordnas, vilket sannolikt skulle ge stor kostnadseffektivitet, då måste detta, för att fungera i vårt samhällssystem, organiseras så att varje del av verksamheten synligt bär sina egna kostnader och finansieringen sker från rätt "kassa".

Ett annat viktigt skäl till "sär-organisationen och finansiering" är att sett ur arbetslivets (läs arbetsgivarens) synpunkt så är vissa delar av den verksamheten skyldighet enligt lag, andra delar är av mer personalvårdande karaktär. Vi kan här bortse från de direkt produktivitetshöjande insatserna som sällan är svåra att motivera. Om företagsläkarens speciella kompetens att se och söka orsakssamband arbetsmiljö/hälsa skall tas tillvara måste det ske inom ramen för fhv och som specialist.

I kombinationen fhv/husläkare blir den allmänmedicinska karaktären dominerande och många patientkontakter kommer inte att ha något att göra med anslutna arbetsplatser ex barn- och

äldreomsorg, familjemedlemmar med andra arbetsplatser än till hälsan anslutna etc.

Slutsatsen blir att oavsett om fhv kombineras med en mer allmän sjukvård eller "bara" innefattar den individuella patientbehandling som ligger i exempelvis rehabiliteringen så måste ersättning utgå från samhället för dessa insatser.

Fhv måste i varje del kunna verka konkurrensneutralt i förhållande till andra i samhällssystemet.

Inom ramen för nuvarande statsbidrag utför fhv en del uppgifter av mer allmän karaktär t ex intyg till försäkringskassan eller andra myndigheter. Vid de aviserade förändringarna av arbetskadeförsäkringen kommer säkerligen behovet av utredningsunderlag att öka. I ett system utan statsbidrag till fhv måste beaktas att den typen av arbetsinsatser skall ersättas.

I en kvalitetssäkring av fhv måste definieras vilka kompetenser som skall finnas kvalitativt. Bemanning och hur ev erforderlig påbyggnadskompetens erhållits bör ej regleras. Följaktligen bör AI's monopol på **företagshälsovårdsutbildningen förändras**. Så långt möjligt bör kvalitet normeras både vad gäller fhv och fhv-utbildningen, men monopol undvikas, då det oftast leder till dålig lyhörddhet för marknadens behov.

Parternas roller är som beskrivits inledningsvis förändrade. En renodling har skett och sker mot att mera vara konsumentföreträdare.

FSF anser att på en fri marknad måste vi ha kvalitetsnormer och utvecklingsstrategier för en så komplex verksamhet som fhv, dvs någon form av auktorisation.

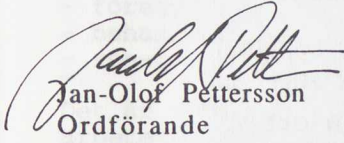
Ett konstruktivt och nödvändigt utvecklingsarbete måste till och kan bara ske i samverkan mellan kravställande "konsumenter" dvs kunderna, representerade av arbetsmarknadens parter och samhälle och verkställande "producenter", dvs representanter för branschen, fhv-enheterna.

Fhv innehåller så många komponenter som är direkt relaterade till samhällsnytta och samhällskostnader att det är rimligt att ett utvecklingsstöd utgår.

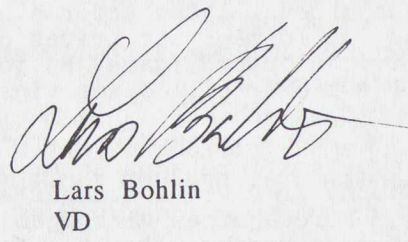
Villkoren för ett sådant stöd bör dock konstrueras så att en mer jämbördig situation råder mellan branschen/producenterna (som "tappar" det generella statsbidraget) och parterna/konsumenterna än för närvarande.

Den av Sverige ratificerade **ILO-konventionen** (nr 161) ger ganska klara intentioner om hur fhv skall organiseras och FSF utgår från att denna kommer att gälla. Konventionen är också, enligt uppgift från Sveriges arbetsmiljöattaché, ett måldokument för arbetsmiljöarbetet inom EG.

Örebro i maj 1992



Jan-Olof Pettersson
Ordförande



Lars Bohlin
VD

**FÖRETAGARNAS
RIKSORGANISATION**
M Birgersdotter

PROMEMORIA
Utskriftsdatum
1992-08-26

Företagshälsovård

Sambandet mellan arbetsmiljöns utformning och den enskildes hälsa och förmåga att trivas och utvecklas i arbetet har blivit allt tydligare. En god inre och yttre arbetsmiljö bidrar till ökade vinster i olika bemärkelser för företaget.

Att även de mycket små företagen anser att arbetsmiljöfrågorna är viktiga framgår av den undersökning som Företagarnas Riksorganisation gjort under 1990-1991 i Jönköpings län. 210 företag med mellan 1-20 anställda deltog i undersökningen. 97 procent av företagen ansåg att arbetsmiljön är mycket eller ganska bra. 83 procent har genomfört förändringar av arbetsmiljön de senaste två åren. Nästan samtliga anser att satsningar på arbetsmiljön är lönsamma för företaget. Undersökningen visar att initiativen till förändringar ofta kommer från ledningen i samråd med de anställda. Närheten till ledning och beslut gör att arbetsmiljön är en gemensam angelägenhet i de små företagen.

Företagshälsovården har visat sig spela en något oklar roll i arbetsmiljöarbetet, särskilt för de små och medelstora företagen.

1. Företagshälsovården inte varit de anställdas och arbetsgivarnas gemensamma resurs i det förebyggande arbetsmiljöarbetet.
2. Företagshälsovården har inte heller i någon väsentlig omfattning medverkat till en snabb rehabilitering av anställda.
3. Det är osäkert om företagshälsovårdens nuvarande organisation och funktion kan upprätthållas i en framtid då såväl statsbidrag som arbetsmiljöavtal inte längre finns.

Främst följande faktorer har bidragit till att företagshälsovården inte förmått bidra till en bättre arbetsmiljö i de små företagen:

- Samordningen mellan de olika aktörerna i arbetsmiljöarbetet, t ex försäkringskassa, företagshälsovård och yrkesinspektion har inte sällan varit dålig.
- Företagshälsovårdens organisation och bidragssystemets utformning har försvårat för de små företagen att få ut mesta möjliga av tjänsterna.
- Marknadsföringen av företagshälsovårdens tjänster har varit dålig.
- Tjänsterna har ansetts dyra.

För att arbetsmiljöarbetet på de mindre företagen skall fungera väl krävs lösningar som är flexibla och som tar hänsyn till varje arbetsplats egna förutsättningar. Obligatorium av olika slag främjar inte åtgärder för en god arbetsmiljö. Enligt Företagarnas Riksorganisation kännetecknas ett väl fungerande arbetsmiljöarbete på företaget av följande beståndsdelar:

- förebyggande verksamhet med friskvård
- behandling av sjuk- och olycksfall
- rehabilitering

Det är vår uppfattning att det bästa arbetsmiljöarbetet bedrivs i ett nära samspel mellan arbetsgivare och anställda. Vi tror att man på det mindre företaget kan känna ansvar för arbetsmiljön utan att vara kringgårdade av detaljregler som styr och myndigheter som är inblandade.

För företagshälsovårdens framtida utformning finns alternativa möjligheter enligt organisationens uppfattning. Dagens monopolsituation gynnar inte företagandet.

1. Företagen bör i större utsträckning köpa tjänster från andra konsulter. En ökad konkurrens ger företagaren en större valfrihet och sannolikt även billigare tjänster. Vissa krav på kvaliteten bör dock ställas när det gäller dessa tjänster. För att de små företagen skall kunna leva upp till de nya krav som rör arbetsmiljö och rehabilitering bör någon form av hjälp till finansiering övervägas, i ett övergångsskede.

Varje företag bör ges möjlighet att upprätta kontrakt med primärvården eller den fristående konsulten för utförande av de tjänster som företaget anser sig behöva.

2. Företagets arbetsmiljöarbete bör avgöras genom förhandlingar mellan företagsledning och anställda - inte genom direktiv från myndigheter.
3. Ett närmare samarbete mellan företagshälsovården och primärvården kan vara en annan lösning. Redan idag arbetar många vårdcentraler målmedvetet med det förebyggande hälsoarbetet och med friskvård. Det är ofta sjukvården som kommer miljö- och hälsoproblemen på spåret. För att det övergripande målet om en god hälsa för alla medborgare, oavsett ålder, inkomst och boendeort skall kunna förverkligas krävs att primärvården bedrivs effektivt och prioriteras. En ökad satsning på primärvården får dock inte ha till följd att den

offentliga sektorn tillåts expandera. Dessutom måste väntetiden vid mottagningarna minimeras. De orsakar produktionsbortfall hos företagen.

Det är svårt att se etiken i att man inom den nuvarande företagshälsovårdsmodellen lägger en stor del av resurserna på åtgärder när skadan redan är skedd, under mottot att det är det bästa sättet att få information om arbetsmiljön - och sedan ha mycket begränsade resurser att driva förändringsarbete i syfte att förebygga framtida risker i arbetsmiljön.

4. Primärvårdens arbete ute på företagen bör klargöras i förhållande till det husläkarsystem som regeringen har för avsikt att införa. En närmare koppling mellan primärvården och husläkarsystemet har den fördelen att den anställde/patienten får tillgång till en husläkare som känner arbetsplatsen och som har ansvar för arbetsmiljön och det förebyggande hälsoarbetet.

Av en studie utförd av två företagsläkare år 1991 och som omfattar 180 ledare för större och mindre företag anslutna till fem företagshälsovårdscentraler i Stockholm, Alingsås, Hudiksvall och Karlstad framgår att hela 61 procent av de tillfrågade främst önskade få sjukvårdstjänster utförda av företagshälsovården. Därefter kom önskemål om teknisk och ergonomisk arbetsmiljörådgivning samt sjukgymnastik.

En attitydundersökning som genomförts som ett projektarbete inom arbetsmiljöinstitutet åren 1988/89 där småföretagens inställning till och behov av företagshälsovård redovisats ger samma resultat. Det är sjukvård och hälsokontroller som efterfrågas.

Riksrevisionsverket poängterar i sin studie från 1991 "Den statliga styrningen av företagshälsovården" att det behövs särskilda utbildningsinsatser riktade till småföretag för att ökas deras kunskap om arbetsmiljöns betydelse. Organisationen delar den uppfattningen. I detta informationsarbete bör befintliga kanaler utnyttjas.

XXXX



Curt Gréen
Eva Lindén

PM
1992-05-15

K G Scherman
Företagshälsovårdsutredningen

Några synpunkter på den framtida företagshälsovården

Försäkringskassaförbundet (FKF) har erbjudits möjlighet att till utredningen om företagshälsovårdens organisation och finansiering lämna synpunkter på den framtida företagshälsovården. Bilagt finns en beskrivning av företagshälsovård i försäkringskassorna - bakgrund och nuläge. Vi lämnar synpunkterna i egenskap av både intresse- och arbetsgivarorganisation.

Sammanfattning

En väl fungerande företagshälsovård är viktig för försäkringskassorna ur två aspekter:

- som resurs för arbetsgivarna i deras ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering - i syfte att förbättra arbetsmiljön och därmed minska behovet av rehabilitering, men också i syfte att effektivisera rehabiliteringsarbetet.
- som samverkanspartner för kassan

Våra synpunkter på utformningen av den framtida företagshälsovården kan sammanfattas enligt följande:

- Statsbidragen till företagshälsovården bör avvecklas i en takt som gör det möjligt för företagshälsovården att anpassa verksamheten efter den nya situationen.
- Arbetsgivarna bör få del av företagshälsovårdens tjänster genom att sluta avtal/köpa tjänster.
- Någon form av incitament och/eller styrning tror vi är nödvändig för att den enskilde inte skall gå miste om insatser samt för att kostnader som arbetsgivaren bör stå för inte skall övervältras på andra, i första hand på försäkringskassan.
- Tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete skall ligga på förebyggande arbete. Arbetsrelaterad vård och behandling bör emellertid kunna bedrivas av företagshälsovården.

- Samverkansavtal mellan företagshälsovården och övrig vård bör upprättas. Särskilt viktigt är det att komma fram till hur företagshälsovården och husläkarna skall arbeta i förhållande till varandra.
- Beteendevetenskaplig kompetens bör finnas på samtliga företagshälsor. Likaså bör kompetensen utvecklas för arbete med grupper i olika sammanhang samt med organisationsutveckling.
- Samverkan mellan företagshälsovården och försäkringskassan bör utökas och utvecklas, både när det gäller informell och formell samverkan.
- Företagshälsovårdens och försäkringskassans olika roller bör tydliggöras.

Företagshälsovården och arbetsgivarna

Arbetsgivarnas ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering har förtydligats och utvidgats genom förändringar i lagen om allmän försäkring och arbetsmiljölagen.

Företagshälsovården är en unik resurs genom sin breda kompetens. Här finns en reell möjlighet att arbeta utifrån en helhetssyn på individen. En naturlig följd av arbetsgivarnas utökade ansvar torde bli att behovet av och den samlade efterfrågan på företagshälsovård ökar både kvantitativt och kvalitativt. Medvetenheten bland arbetsgivare om vad dåliga arbetsmiljöer faktiskt kostar ökar ständigt. Sjuklöneperioden kommer säkerligen också att medföra ett ökat intresse hos arbetsgivarna för att arbeta aktivt med personal- och arbetsmiljöfrågor.

Arbetsgivarnas efterfrågan på företagshälsovården i framtiden kommer emellertid att intimt hänga samman med vad som erbjuds, i vilka former och till vilket pris. Konkurrensen tycks öka. Vissa företag vänder sig till externa konsulter, särskilt när det gäller organisationsförändringar. Andra bygger upp en egen kompetens i arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor.

Vi anser att arbetsgivarna bör få köpa det man vill ha och behöver av företagshälsovården - antingen genom att sluta serviceavtal/kontrakt direkt med en hälsa eller köpa enstaka tjänster (eller genom en kombination). I dag finns ju denna möjlighet vid vissa hälsor i form av baspaket kombinerat med möjlighet att köpa tilläggs paket/tilläggs tjänster. Ett sådant tillvägagångssätt tvingar arbetsgivarna att tydligare fundera över behov och önskemål. Det medför också att de enskilda hälsorna måste vara *tydliga* i vad de kan erbjuda, och i konkurrens med andra sträva efter att skraddarsy sina organisationer efter behoven inom arbetsmiljö och rehabilitering. Det skulle t ex kunna innebära att olika hälsor till viss del utvecklar olika kompetens. Alla kan kanske inte bli experter på t ex organisationsutveckling, en del hälsor kanske vill specialisera sig på att arbeta med småföretag osv. Med

arbetsgivarnas utökade ansvar borde det logiskt följa att dessa i högre grad än i dag väljer/beställer tjänster.

Vi är således positiva till att statsbidraget avskaffas, men menar att företagshälsovården bör få tid på sig att hitta delvis nya arbetsformer och anpassa sig till den förändrade situationen. För närvarande tycks risken stor att man anser sig tvingad till nedskärningar, vilket i sin tur innebär att man tappar både "tempo" och kompetens. Det vore naturligtvis oerhört olyckligt om detta skulle ske i ett läge då behovet av företagshälsovården torde öka.

Det är viktigt att fundera över vad som händer om arbetsgivaren varken har kontrakt med företagshälsovården eller vill köpa en viss tjänst för en anställds räkning. För att inte den enskilde skall drabbas kan kassan behöva finansiera åtgärden inom ramen för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering. Vi får då en ny typ av statsbidrag, vilket inte är en tillfredsställande utveckling. Någon form av incitament och/eller styrning tror vi måste komplettera ett avskaffande av statsbidragen. (En form av incitament skulle kunna vara differentierade arbetsgivaravgifter).

Ett annat problem är att företagshälsovården i många fall kan komma att betraktas som arbetsgivarens förlängda arm - med eller utan rätta. Företagshälsovården bör vara och framstå som opartisk.

Något om innehållet i företagshälsovårdens arbete

Innehållet i företagshälsovårdens arbete måste växa fram i dialog med beställarna, dvs arbetsgivarna. Några allmänna aspekter vill vi dock ta upp.

Företagshälsovårdens absoluta tyngdpunkt bör ligga på förebyggande arbete. I arbetet med att förbättra arbetsmiljön är det viktigt att företagshälsovården har god kännedom om arbetsplatserna. Vi tror att personalen behöver vara ute på olika arbetsplatser mer än vad som är fallet i dag. Man behöver lära känna en arbetsplats miljö och kultur i vid bemärkelse, skaffa kunskap för att hitta och analysera problem samt föreslå åtgärder. Men också se och dra erfarenhet av det som fungerar bra, sprida goda exempel. Kontakten med de anställda är naturligtvis viktig, även om inte personalen kan lära känna alla. Ett allmänt förtroende för den egna företagshälsoen måste dock finnas. Det skall kännas naturligt att vända sig dit.

Företagshälsovården arbetar på företags-, grupp- och individnivå.

Företagshälsovården skall arbeta nära företagets linjeorganisation, skall vara med i företagets planering i olika hänseenden. Detta tror vi är en förutsättning för en bra utveckling. FHV måste *finnas med*, finnas där problemen är. Dess ställning på arbetsplatserna måste stärkas och korta effektiva beslutsvägar byggas upp mellan hälsorna och arbetsgivarna. Vilket kräver aktiva och flexibla hälsor och arbetsgivare. Metoder för utvärdering både internt inom företagshälsovården och tillsammans med arbetsgivarna måste utvecklas mer. Konkret kan arbetet på företagsnivå handla om att tillsammans med arbetsgivaren utarbeta en policy för rehabiliteringsarbetet, delta i arbetet med organisationsutveckling eller driva på

arbetet med att bilda sk arbetsgivarringar.

På gruppnivå kan angelägna uppgifter vara utbildning, attitydförändring och friskvård, men också att arbeta med t ex organisationsförändringar eller problem såsom mobbning.

Att stödja, hjälpa och motivera enskilda anställda är självklara uppgifter för företagshälsovården på individnivå. Företagshälsovården gör t ex arbetsplatsbesök, föreslår förändringar på arbetsplatsen utifrån den enskildes behov, medverkar vid arbetsträning m m. Detta är en trygghet för de anställda - de vet att de vid behov har tillgång till experter.

Kompetensen på olika hälsor skiljer sig en del åt vilket är naturligt. Beteendevetenskaplig kompetens anser vi emellertid skall finnas på samtliga hälsor. Även kunskap för att arbeta med organisationsutveckling och med grupper i olika sammanhang bör finnas, liksom eventuellt kunskap i ekonomi.

De möjligheter som nu finns genom Arbetslivsfonden har lett till ökade insatser på många arbetsplatser vad gäller arbetsmiljöförbättringar och rehabilitering. Företagshälsovården torde ha en betydelsefull roll vid planering och genomförande av sådana insatser. Dess kompetens kommer troligen också att efterfrågas i hög grad om personalekonomiska redovisningar och någon form av differentierade arbetsgivaravgifter införs. Sambandet mellan miljö och hälsa kommer då än mer i fokus.

Rehabiliteringsutredning

I mer komplicerade eller sammansatta fall behövs företagshälsovårdens kompetens och stöd när det gäller att utreda behovet av rehabilitering och dokumentera detta i en utredning. Små företag kan behöva denna hjälp i särskilt hög grad. Det kan till att börja med gälla att *definiera problemet*. Daett är grundläggande i all form av rehabilitering, men nog så svårt och ofta försummat. Vidare handlar det givetvis om att göra en bedömning av *vad* som krävs för att den anställde skall kunna återgå i arbete så snart som möjligt och *vem* som skall göra vad. Med företagshälsovårdens hjälp ökar också möjligheten till att snabbt reagera på signaler och vidta tidiga insatser.

Företagshälsovården är en naturlig samarbetspartner även när det gäller att diskutera fram en rehabiliteringsplan.

Under och i slutet av rehabiliteringstiden har företagshälsovården många gånger en viktig roll - mer eller mindre aktiv beroende på innehållet i rehabiliteringen.

Sjukvård

Frågan om huruvida sjukvård skall bedrivas av företagshälsovården eller ej är åter aktuell.

Vi anser att det vore en stor fördel om det gick att lösa problemet med att den absoluta tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete skall ligga på förebyggande arbete *samtidigt* som arbetsrelaterad vård och behandling skall kunna ges inom företagshälsovården. Skälen är bl a följande:

- Vård och behandling är en naturlig väg att få kunskap om hur människor på en arbetsplats mår, vilka problem som finns.
- Det skulle många gånger kännas som en onaturlig uppdelning om företagshälsovården skall stå för den huvudsakliga kompetensen medicin-arbetsmiljö, men inte få arbeta med den medicinska delen.
- Läkare och sjuksköterskor har en medicinsk kompetens som är viktig i företagshälsovården och som de vill och behöver få använda sig av.
- Om företagshälsovården inte kan ge den vård och behandling som arbetsgivare och anställda i så hög grad frågar efter, torde intresset för företagshälsovård totalt sett bli mindre.

Vi är medvetna om svårigheten med att avgränsa vad som skall anses som arbetsrelaterad vård. Utifrån den eftersträlvade helhetssynen på individen kan det ju också anses som ett "omodernt" begrepp. Vi menar att ändå att *principen* bör vara att arbetsrelaterad vård och behandling kan tas om hand inom företagshälsovården, medan allmän vård och behandling tillgodoses inom övrig primärvård.

Hur man än löser detta problem kommer det att vara viktigt med bra samverkansformer/avtal mellan företagshälsovården och primärvård/övrig vård (*i synnerhet husläkarna*).

Företagshälsovården och försäkringskassan

Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för samhällets rehabiliteringsverksamhet liksom ett ansvar för att nödvändiga rehabiliteringsåtgärder vidtas för enskilda personer. Försäkringskassan skall också vara den enskildes ombud under rehabiliteringsprocessen.

Företagshälsovårdens verksamhet har stor betydelse för kassan. Dels har företagshälsovårdens arbete för bättre arbetsmiljö och rehabilitering direkt betydelse för kassans arbete och ansvar, dels är företagshälsovården en viktig samverkanspartner för kassan.

Samverkan gäller dels enskilda ärenden där företagshälsovårdens kompetens och kännedom om arbetsplatsen och arbetsförhållandena är betydelsefull för kassan. Se föregående avsnitt om företagshälsovårdens roll vid rehabiliteringutredningar.

Många försäkringskassor har i dag kontaktpersoner som arbetar speciellt med hälsorna. Det är ett sätt att få till stånd ett nära och bra samarbete, samtidigt som det är ett sätt för kassan att få kontakt med många företag, både stora och små.

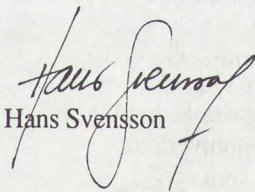
Kassan och företagshälsovården samarbetar ibland också i övergripande frågor såsom vid information/utbildning till arbetsgivaren, bildande av s k arbetsgivarringar och aktivering av sjukskrivna.

Vi menar att samverkan mellan kassan och företagshälsovården både i individärenden och på det övergripande planet bör utökas och utvecklas. Här finns en potential som inte alltid nyttjas fullt ut. Man måste mötas, informera varandra, komma överens om konkreta samarbetsformer. Dessa kan och bör utgöras av informella och snabba kontakter, men också av mer formell samverkan. Exempelvis bör företagshälsovården kunna ingå i de lokala och regionala samverkansgrupper som kassan ansvarar för

I regeringens proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering sägs att företagshälsovården kan vara en kontaktpunkt och ha en förmedlande roll för de olika funktioner såväl inom som utom arbetsstället, som behöver medverka i rehabiliteringsprocessen. Kassan kan genom sitt samordningsansvar sägas vara just en kontaktpunkt och en förmedlande länk. (Ibland talas om den framtida husläkaren som en kontaktpunkt). Företagshälsovården har en konsultativ roll gentemot arbetsgivaren i t ex rehabiliteringsfrågor. Detsamma kan i vissa fall gälla kassan. Även om vars och ens huvudsakliga arbetsuppgifter är av olika beskaffenhet, kan nog risk för otydlighet finnas. Det är viktigt att arbetsuppgifter och ansvarsområden klarläggs, inte minst för den enskildes skull. Några exakta gränser är det dock varken möjligt eller önskvärt att dra. Det handlar mer om att komma överens, *komplettera* varandra. Detta är också nödvändigt för att en helhetssyn skall genomsyra de samlade insatserna.

Kassans roll i framtiden blir framför allt att utvecklas till ett kunskapscentrum med god överblick över de samlade rehabiliteringsresurser som finns i samhället samt att samordna de rehabiliteringsinsatser som ligger utanför arbetsplatsen.

FÖRSÄKRINGSKASSEFÖRBUNDET



Hans Svensson

FÖRETAGSHÄLSOVÅRD I FÖRSÄKRINGSKASSORNA

Bakgrund

Sedan 1986-10-01 gäller ett avtal om företagshälsovård (FHV) för arbetstagare hos allmän försäkringskassa som slutits mellan parterna FKF/SAV och FF/SACO.

Som ett led i den verksamhet hos kassorna som syftar till att skapa en god arbetsmiljö borde företagshälsovården enligt avtalet ges en huvudsaklig inriktning mot;

- * att kartlägga och informera om förhållanden på arbetsplatsen som kan medföra fysisk eller psykisk ohälsa bland de anställda samt ge råd avseende åtgärder som i anledning härav bör vidtas,
- * att biträda försäkringskassa vid planering avseende nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser eller arbetsmetoder och därvid verka för att sådana förhållanden beaktas som är av betydelse för skyddet mot ohälsa och olycksfall,
- * att biträda försäkringskassa vid genomförandet av förebyggande åtgärder som är av betydelse för skyddet mot ohälsa och olycksfall m m,
- * att medverka vid arbetsplatsanknuten rehabilitering av arbetstagare efter sjukdom och annan arbetsoförmåga.

Till skillnad mot det statliga motsvarande avtalet som gav Statshälsan "monopol" på företagshälsovård gav kassornas avtal möjlighet till upphandling av tjänsterna från valfritt organ eller uppbyggnad av företagshälsovården i egen regi.

I anslutning till att avtalet slöts avsatte parterna medel motsvarande 400 kronor per anställd för uppbyggnad av företagshälsovården.

Nuläge

Samtliga kassor tillhandahåller idag företagshälsovård för sina anställda - Stockholmskassan i egen regi.

Kassorna köper tjänster från olika FHV-centraler allt utifrån möjligheterna lokalt. Statshälsan är allmänt anlitad där den finns tillgänglig.

Långa avstånd i vissa fall och skillnader i utbud av tjänster mellan olika företagshälsovårdscentraler medverkar dock till att kvaliteten på vad som kan erbjudas de anställda varierar.

De tjänster som kassorna efterfrågar är i första hand inriktade på förebyggande åtgärder i form av rådgivande och stödjande funktioner i arbetet med arbetsmiljöfrågorna, rehabilitering av anställda, organisations- och förändringsarbete.

Merparten av kassorna anser - enligt en nyligen genomförd enkätundersökning - att företagshälsovården i stort sett motsvarar de önskemål och krav som kassorna ställt upp, även om det finns kritiska röster mot både vad som erbjuds och det man får ut av de avgifter som tas ut.

Kassornas kostnader för företagshälsovården är idag ca 16 miljoner kronor/år. Avgiften per anställd varierar mellan 550 och 1.300 kronor per anställd och år.

Parternas avsättning 1986 på 8,1 miljoner kronor kan idag värderas till 9 å 10 miljoner kronor. Ungefär 7 miljoner kronor finansieras således idag via förvaltningskostnadsanslaget.

LANDSORGANISATIONEN I SVERIGE (LO)

Miljöenheten, Palle Carlsson, EF

BEHOVET AV FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

I ETT LO-PERSPEKTIV

Innehållsförteckning

Behovet av företagshälsovården i ett LO-perspektiv.

	Sid
Förord	1
Inledning	3
Stor variation av hälsorisker	4
Omfattande förtidspensionering bland LOs yrkesgrupper	6
Arbetsmiljön och hälsan	8
Frihetsgrad	9
Styrd arbetssituation	10
Stort behov av FHV bland ej anslutna	11
Hinder för anslutning	14
Nya regler ökar behovet av fhv Nya krav på arbetsgivaren	15
Gemensam resurs FHV - en gemensam resurs	17
Kunskap och kompetens	18
Företagshälsovårdens mål och ledning	20
Viktiga kriterier för en framtida fhv	22
Ökade krav på lagstiftning av fhv	23

Förord

Arbetsmiljökommissionen konstaterade med stor enighet behovet av systematiserade arbetsmiljöinsatser för att minska kostnaden för ohälsa, skada och utslagning från arbetet. För att uppnå detta krävs att alla resurser samverkar och tillvaratas i detta arbete. Företagshälsovården är i detta arbete en stor och viktig resurs fördelad på ca 900 enheter och med ca 10 000 anställda.

Företagshälsovården har under årens lopp bidragit till förbättringar i arbetslivet. Inte minst de senaste åren har företagshälsovården utvecklats genom Arbetsmiljöfondens fhv-projekt. LO anser att företagshälsovården ska ses som en strategisk resurs i framtidens förebyggande arbetsmiljöarbete och att grunden för en fortsatt och progressiv utveckling lades i översynsutredningens förslag. Det är därför viktigt att både slå vakt om företagshälsovården som en viktig stödresurs i detta arbete.

Målsättningen att fhv ska omfatta minst 75 % av de anställda i början på 90-talet har väl uppfyllts. Men det kvarstår stora uppgifter inte minst för medlemmar inom LOs serviceförbund, vilket framgår av rapporten. Den nu uppstådda situationen där SAF sagt upp arbetsmiljöavtalet med LO-PTK, regeringen som drastiskt förändrat fhvs ekonomiska situation, med medföljande konsekvensen att de samhällliga kraven tas bort helt och hållet, har det uppstått en helt ny situation.

De mål som nu är uppfyllda riskerar att raseras och det är ingen orimlig tanke att en tredjedel av företagshälsovården är utslagen i början av 1993.

LO anser fortfarande att företagshälsovården i första hand ska regleras i avtal mellan parterna. Men om avtalsvägen inte är framkomlig så är lagstiftningsvägen det alternativ som står till buds.

Behovet av FHV i ett LO-perspektiv

Inledning

Trots olika slag av insatser för förbättring av arbetsmiljöförhållanden i vårt land är behovet av åtgärder mycket stort. Genomgående visar statistik, diagnosundersökningar och andra studier att LOS medlemmar i mycket stor utsträckning är drabbade av ohälsa. Arbetsmiljökommissionens kartläggning visade att förekomst av ohälsa bland befolkningen i hög grad är arbetsrelaterad. Såväl ifråga om arbetsjukdomar som arbetsolycksfall är LOS yrkesgrupper hårdast drabbade. En stor andel av socialförsäkringens kostnader kan således hänföras till förekomst av arbetsrelaterad ohälsa.

Sjukskrivning och förtidspensionering är som förekomsten av arbetsrelaterade sjukdomar och olycksfall vanligast bland LO-grupperna och särskilt bland LO-kvinnorna. Diagnosundersökningar visar att även ohälsa som ej betecknas som arbetsrelaterad i första hand drabbar LOS yrkesgrupper. Det gäller främst led- och skelettsjukdomarna. Förekomsten av led- och skelettsjukdomar varierar också regionalt beroende på vilka näringsgrenar som dominerar på arbetsmarknaden. Det visar att arbetsmiljön är av betydelse även för dessa sjukdomar och det gäller också andra sjukdomar och skador.

Således är det uppenbart att en effektiv förebyggande verksamhet i är nödvändig för att förbättra främst LO-gruppernas arbetsförhållanden. Många förbättringar ifråga om vanliga arbetsmiljörisker exvis dåliga arbetsställningar, tunga lyft och olycksfallsrisker, kräver inte särskilda

expertkunskaper. I enlighet med vad som nu också kommer till uttryck i Arbetsmiljölagen ska i hög grad arbetsmiljöbevakning och åtgärder vidtas i "linjen" av arbetsledare och andra produktionsansvariga. Arbetsmiljöproblemen är emellertid i många fall inte konkreta och okomplicerade. Många arbetsmiljöproblem är diffusa både ifråga om symptom och besvär hos den enskilde arbetstagaren och orsaker i arbetsmiljön. Orsaker i arbetsmiljön som är komplexa och svåra att identifiera är därmed även svåra att effektivt åtgärda. Till dessa hör bl a vissa belastningsskador, kemiskt betingade sjukdomar och psykosomatiska sjukdomar och besvär.

För att kunna medverka i åtgärderna av dessa sammansatta problem, behövs det en sammanhållande expertresurs med kompetens inom olika discipliner.

Stor variation av hälsorisker

En uppfattning om mångfalden av och arten av ohälsa ger bl a arbetsskadestatistiken (Informationssystemet om arbetsskador ISA).

År 1990 var antalet arbetssjukdomar som drabbat arbetstagare 47 000. Därav var det nära 23 000 män (48 procent) och cirka 25 000 kvinnor (52 procent). Kvinnorna fortsätter att öka sin andel av de rapporterade arbetssjukdomarna.

Ungefär 80 procent av alla arbetssjukdomar bland kvinnor beror på belastningsfaktorer. Motsvarande bland män är 65 procent. De flesta arbetssjukdomarna har drabbat arbetstagare inom LO-området.

Belastningssjukdomar och psykosocialt orsakade arbetssjukdomar har ökat under större delen av 1980-talet. Övriga arbetssjukdomar har minskat eller i stort varit konstanta.

Till belastningsskadorna räknas även belastningsolyckor som ökat under 1980-talet. Från och med 1988 minskade de belastningsrelaterade arbetsolyckorna. Motsvarande minskning av belastningsjukdomarna kom först 1989.

Av de år 1990 rapporterade arbetssjukdomarna är 74 procent belastningssjukdomar i nacke, axel, arm eller rygg. Det var 11 procent av arbetssjukdomarna som orsakades av kemiska ämnen eller produkter. Av dessa är flertalet eksem eller andra hudskador, 25 procent är allergier. Sju procent av arbetssjukdomarna är bullerskador och fyra procent är orsakade av psykiska, sociala eller organisatoriska faktorer.

Det var 35 procent av arbetssjukdomarna som rapporterades inom tillverkningsindustrin och 31 procent inom offentlig förvaltning och andra tjänster. De flesta arbetssjukdomarna har relativt sett rapporterats inom malmgruvor, jord- och stenvaruindustri samt textil- och beklädnadsindustri med 33,26 respektive 25 arbetssjukdomar per 1 000 anställda.

Även om arbetsskadestatistikens siffror är beroende av anmälningsfrekvens och underanmälan kan förekomma mer i vissa branscher än i andra ger den en översiktlig information om arbetsmiljöns inverkan på arbetstagarnas hälsa. För detta talar som tidigare påpekats, det faktum att stor överensstämmelse finns mellan förekomst av arbetsskador och sjukfrånvaron för olika branscher och yrkesgrupper.

Arbetsmiljön förändras också ständigt och därmed förekomsten av olika slag av arbetsrelaterad ohälsa. Ny teknik, användning av kemikalier och nya arbetsmetoder medför dessvärre alltför ofta också nya hälso- och olycksfallsrisker. Det finns således ett påtagligt behov av särskilda expertkunskaper både för att kunna identifiera och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa. Den kompetensen behövs så nära problemen och de anställda som möjligt dvs i en särskild förebyggande organisation knuten till arbetsplatsen.

Omfattande förtidspensionering bland LOs yrkesgrupper

I hög grad visar också förekomsten av förtidspensionering var de dåliga arbetsmiljöerna finns.

Sjukdom i rörelseorganen har länge varit den vanligaste orsaken till förtidspension för både kvinnor och män. Sedan två år förtidspensioneras emellertid färre män av den anledningen medan antalet kvinnor ökar.

De som arbetar i LO-yrken löper större risk än andra att bli förtidspensionärer. De tio yrken där riskerna för förtidspension är högst för kvinnor respektive män (sedan hänsyn tagits till ålders- och regionala skillnader) redovisas nedan.

(I dessa yrken är risken för förtidspension 2-3 gånger större än genomsnittligt för kvinnor och 1,5-2 gånger större för män, jämfört med samtliga förvärvsarbetande.)

Kvinnor	Män
Kran- och traversförare	Lokalvårdare
Maskinmötörer	Gruvarbetare
Gummarivaruarbetare	Hytt- och metallugnsarb paketerare
Verkstadsmekaniker	Svetsare
Svetsare	Pappersarbetare
Paketerare	Skogsarbetare
Plastvaruarbetare	Lager- och förrådsarb
Elektriker	Verkstadsmekaniker
Slakt- och charkuteriarb	Ram- och cirkelsågare, hyvlare
Telemontörer	

I nedan redovisade yrken arbetar 54 000 kvinnor och 200 000 män.

Det visar sig dock att även i vårt land är hälsan mycket klass- och könsskiktad. Det finns utomordentligt starka och systematiska samband mellan hälsa och yrke. Vad gäller praktiskt taget samtliga mått på hälsa ligger arbetare sämst till, och arbetarkvinnorna är i många avseenden alldeles särskilt utsatta. Några exempel på tecken på allvarlig ohälsa kan anges:

- mer än 45 procent av alla kvinnliga arbetare förtidspensioneras
- var tredje kvinnlig arbetare i åldrarna 45-64 år har långvarig sjukdom i skelett eller rörelseorgan

- ungefär hälften av kvinnliga arbetare 45-64 år har värk i rygg eller höfter, drygt var femte har svår värk
- för många kvinnor börjar värken redan i unga år. Ungefär 40 procent av kvinnliga arbetare i åldrarna 16-29 år har värk i skuldror, nacke eller axlar
- var fjärde kvinnlig arbetare i åldrarna 45-64 år känner oro, ängslan eller ångest.

Kvinnliga arbetare har alltså den sämsta hälsan.

Arbetsmiljön och hälsan

Exakt samma mönster återfinns när vi ser på arbetsmiljön. Nedan har för åldersgruppen 45-64 år i en och samma tablå lagts in andelen med olika arbetsmiljöproblem, andelen med värk i olika rörelseorgan samt slutligen andelen med sjukdom i skelett eller rörelseorgan.

Problem i arbetsmiljö och hälsa
Procent av åldersgruppen 45-64 år

	Arbetare		Låg- och mellan-tjänstemän		Hög- tjänstemän	
	Kv	Man	Kv	Man	Kv	Man
Upprepade och ensidiga arbetsrörelser	59	50	35	14	7	2
Olampliga arbetsställningar	54	57	24	17	19	5
Enformigt arbete	26	24	9	5	5	3
Dagligen tunga lyft	37	31	9	7	6	1
Svår värk i skuldror, nacke eller axlar	22	16	13	4	16	2
Svår värk i rygg, höfter eller ischias	21	20	12	5	11	4
Svår värk i händer, armbågar, ben eller knän	16	11	8	3	5	2
Värk överallt	23	17	13	4	9	2
Långvarig sjukdom i skelett eller rörelseorgan	31	28	19	12	11	9

Det är en närmast bedövande stark överensstämmelse mellan förhållandena i arbetsmiljön och hälsan. Det är naturligtvis inte en slump att det är så. Vi vet att problem som upprepade och ensidiga arbetsrörelser, arbetsställningar med statisk belastning och tunga lyft, förorsakar värk, som ofta övergår till allvarliga sjukdomstillstånd. Forskning under senare år har visat att den här typen av arbetsmiljöproblem är allra allvarligast ur hälsosynpunkt om de kombineras med stress och brist på inflytande över den egna arbetssituationen.

Frihetsgrad

Den stora undersökning som SCB genomfört på LOs uppdrag, och som finns redovisad i rapportserien "LO-medlemmar i välfärden", visar att friheten är fördelad på samma sätt. Vi hämtar några resultat därifrån, och börjar med några olika mått på **brist på frihet vad gäller att kunna påverka sin arbetstid och ledighet.**

Ofrihet vad gäller arbetstid och ledighet. Procent

	LO		TCO		SACO	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Kan inte ta ledigt under arbetsdagen utan loneavdrag för att uträtta ärende på en timme	76	60	60	33	52	36
Kan inte börja senare en dag och jobba igen tiden vid ett annat tillfälle	56	44	41	27	34	26
Har inte flextid	83	81	64	49	47	37
Har stort arbets- tid	63	52	39	23	34	23

Med "hårt styrd arbetstid" menas att man har **högst** en av följande fyra friheter:

- * Har möjlighet att under arbetsdagen ta ledigt utan löneavdrag med kort varsel för att uträtta ett ärende på en timme.
- * Har möjlighet att börja arbetet något senare en dag och jobba igen tiden vid ett annat tillfälle.
- * Har flexibel arbetstid.
- * Har möjlighet att själv bestämma när man vill förlägga sin semester (huvudsemestern).

Resultaten i tablån visar samma mönster som tidigare, nämligen att kvinnliga arbetare har den allra minsta friheten i sitt arbete, medan manliga högre tjänstemän har den allra största friheten.

Styrd arbetssituation

Men också **möjligheterna att kunna styra sin arbetssituation** är mycket ojämnt fördelade. Vi redovisar några olika mått.

	LO		TCO		SACO	
	Kvinnor	Man	Kvinnor	Man	Kvinnor	Man
Kan inte välja i vilken ordning man ska utföra sina arbetsuppgifter	44	40	29	22	25	20
Kan inte bestämma vad man ska arbeta med nästa timme	65	66	43	32	33	33
Kan inte gå ifrån sin arbetsplats under 5 minuter utan att be om lov eller kalla på ersättare	31	13	27	10	14	7
Hårt styrd arbetssituation	47	40	33	21	26	19

Med "hårt styrd arbetssituation" menas att man har **högst en** av följande tre friheter:

* Har möjlighet att välja i vilken ordning man ska utföra sina arbetsuppgifter

* Har möjlighet att själv bestämma vad man ska arbeta med nästa timme

* Har möjlighet att gå ifrån sitt arbete under fem minuter utan att be om lov eller kalla på ersättare.

Även här är mönstret detsamma. Minst frihet att påverka sin arbetssituation har kvinnorna inom LO.

Det innebär att företagshälsovården med sin breda kompetens i än högre grad måste medverka i frågor som hänger samman med arbetets innehåll och organisation i vid mening.

Stort behov av FHV bland ej anslutna

Merparten av medlemmarna inom LOs medlemsförbund har idag tillgång till företagshälsovård ca 75-80 %. Samtidigt konstaterar vi att merparten av de företag där det finns LO-medlemmar inte är anslutna till företagshälsovården. Inom servicesektorn där förbund såsom Handelsanställdas förbund, Fastighetsanställdas förbund, Hotell- och Restauranganställdas förbund, Musikerförbundet så har högst 50 % av medlemmarna tillgång till FHV.

En kort genomgång av arbetsmiljöproblem i de företag/myndigheter som ej är anslutna visar följande:

Beklädnadsarbetarnas förb: Alla former av arbetsmiljöproblem finns. Därför svårt att precisera de som dominerar. Följande grova uppdelning kan dock göras.

Konfektionsbranschen: belastningsskador, damm/restkemikalier, ventilation (värme/drag), psyko-sociala arbetsskador.

Textilbranschen: belastningsskador, kemiska hälsorisker, buller, vibrationer.

Läderbranschen: belastningsskador, lösningsmedel, buller.

Bleck och Plåtslagareförb: Inom förbundets område finns stora arbetsmiljöproblem, som t ex hög sjukfrånvaro, högt antal förtidspensionerade, stor avgång bland plåtslagare, alltför många lämnar yrket i förtid.

Elektrikerförb: Ergonomiproblem, tunga lyft, temperaturproblem, ensidiga arbetsställningar.

Fastighetsanställdas förb: Dels ensidiga och monotona arbetsrörelser, dels psykisk belastning. Båda dessa arbetsmiljöproblem grundar sig i den arbetsorganisatoriska uppbyggnaden som inte medger inflytande över det egna arbetet.

Försäkringsanställdas förb: De arbetsmiljöproblem som dominerar på samtliga arbetsplatser är psykosociala frågor och belastningsproblem.

Grafiska fackförb: Ventilation, belastnings-ergonomi, buller och kemiska hälsorisker.

Gruvindustriarbetareförb: En del entreprenörer har överhuvudtaget ingen skyddsorganisation.

Handelsanställdas förb: Alla! Men i första hand belastningsskador, tunga lyft, rån, hot och våld, ensamarbete, möjlighet att ta ut rast/paus, helgarbete m m.

Hotell- och restauranganställdas förb: De arbetsmiljöproblem som dominerar branschen helt är belastningsskador, kemiska hälsorisker och utnyttjande av minderårig arbetskraft.

Lantarbetareförb: Ofta förekommande problem är hand-, ben- och fotskador, Ryggbesvär p g a belastnings- och förslitningsskador. Allergi och exempelvis alveolit p g a damm, mögel av olika arter. Dessutom inträffar olycksfall vid reparation och underhåll av maskiner och redskap samt vid arbete med djur.

Livsmedelsarbetareförb: Inom Livs är det stora problemet belastningsskador, vilket torde även gälla icke anslutna företag.

Metallindustriarbetareförb: Arbetsställningar, skäroljor, ensidighet, kemikalier, "hårt tryck" från arbetsgivare.

Musikerförb: Tungta in- och utpackningar av instrument eller annan rekvisita med rygg- och nackskador samt ofta klämskador på händer och fötter som ett ofta återkommande resultat. Passiv rökning är ett stort problem inte minst inom bingoområdet. Avsaknad av personalrum är ett mycket vanligt problem för bl a musiker. På restauranger är det ofta svårigheter att uppnå bra arbetsmiljö för musiker.

Målareförb: Ventilation, lösningsmedel, problem med rörelseorganen.

Statsanställdas förb: De grundläggande problemen finns inom det psykosociala området, nämligen arbetsorganisation och arbetsinnehåll. Även belastnings- och förslitningsskador samt allvarliga olycksrisker vid vägarbete.

Transportarbetareförb: Många av arbetsmiljöproblemen hänför sig till att arbetet i stor utsträckning sker på entreprenad.

Förutom belastningsskador är många även utsatta för avgaser och dåliga klimatförhållanden samt otillfredsställande arbetstider och ensamarbete. Hot och våld är ett arbetsmiljöproblem som uppmärksammats under senare tid.

Träindustriarbetareförb: Lösningsmedel, allergier, buller, belastningsproblem.

Hinder för anslutning

De hinder som förbunden anger att företagen inte är anslutna är

- 1) Ointresse från FHV-centralen att ansluta småföretagen därför att dessa kostar för mycket.
- 2) FHV-centralerna och deras uppbyggnad koncentreras till de större orterna och småföretagen får orimliga avstånd. Centralerna kan inte heller praktiskt utöva den verksamhet som är önskvärd.

3) Ovilja hos företaget.

4) Lågt intresse bland medlemmarna.

Nya regler ökar behovet av företagshälsovård

Nya krav på arbetsgivaren

Behovet av företagshälsovård har också ökat i och med de förändringar som nyligen har vidtagits i lagstiftningen. En rad uppgifter har lagts på arbetsgivaren som i varierande utsträckning kräver expertresurser för att kunna genomföras på ett tillfredsställande sätt. Effekten av lagändringar av särskild betydelse blir bl a:

- Systematiskt planera, leda och kontrollera arbetsmiljöverksamheten.
- Dokumentation av risker.
- Utredning av arbetsskador.
- Årliga handlingsplaner.
- Anpassning och rehabilitering

Arbetsgivaren får ökat ansvar för arbetets organisation. Det innebär bl a att:

- Starkt styrt eller bundet arbete ska undvikas eller begränsas.
- Arbetet ska ge möjlighet till samarbete och yrkesmässig utveckling.

Arbetsgivaren får ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Det innebär bl a att:

- Arbetsgivaren ska ha resurser och rutiner för rehabilitering på arbetsplatsen.
- Arbetsgivaren ska anpassa arbetet efter den enskildes särskilda förutsättningar.
- Arbetsgivaren ska utreda behovet av rehabilitering efter fyra veckors sjukskrivning, vid upprepad sjukskrivning eller när den enskilde begär det.

Med hänsyn till de ökade formella krav som nu ställs på arbetsgivarnas internkontroll av arbetsmiljön, på kartläggning av risker och ohälsa, på snabbt genomförande av utredningar och åtgärder finns starkare motiv än någonsin tidigare på tillgång till en särskild expertresurs som företagshälsovården. Detta medför ett allt mer ökat behov av medverkan från företagshälsovården, inte minst vad gäller de små företagen.

Mer än tidigare är också statsbidrag till denna verksamhet motiverad eftersom samhället nu kan "avlastas" en stor del av det arbete som hittills utförts av försäkringskassorna och experter i den allmänna hälso- och sjukvården. Oavsett utgången av utredningen om arbetsskadeförsäkringen kommer i många fall arbetsskadeutredningar att krävas.

Utredningsunderlag ska nu på ett helt annat sätt än tidigare genom arbetsmiljölagens uttryckliga krav kunna avkrävas av arbetsgivaren av berörda myndigheter. Tillgång till egen expertis för att utföra dessa utredningar underlättar självfallet fullgörandet av arbetsgivarens ansvar.

Än större insatser kräver sannolikt de rehabiliteringsutredningar som enligt lag ska genomföras när

en anställd varit sjukskriven i 4 veckor, vid upprepad sjukskrivning och när den anställde begär det. För de mer komplicerade rehabiliteringsutredningarna är tillgång till företagshälsovårdens kunskaper om arbetsrelaterad ohälsa av stort värde. Det gäller även dess kunskaper och erfarenheter ifråga om anpassning av arbetet till den enskildes särskilda förutsättningar som är ett krav i arbetsmiljölagen.

Tillgång till FHV kan sägas vara en förutsättning som man utgått ifrån både i AML och LAFs krav på rehabiliteringsområdet. Grundtanken om tidig rehabilitering och att den bäst kan ske på eller i anknytning till arbetsplatsen riskerar således att urholkas när det ekonomiska stödet till FHV uteblir, i synnerhet för de mindre företagen. Tillgång till FHV underlättar i hög grad också samarbetet mellan arbetsplatserna och olika ansvariga myndigheter, FK m fl i rehabiliteringsfrågor. Inte minst sekretesskraven kan lättare tillgodoses om en expertresurs som FHV finns att tillgå.

Gemensam resurs

FHV - en gemensam resurs

Nya AML innebär även på en rad punkter förstärkning av kravet på samverkan mellan parterna.

För att denna samverkan ska kunna resultera i praktiska åtgärder är en "gemensam" expertresurs av stort värde. Därför bör FHV fortsätta som en neutral expertfunktion **inte** minst för att kunna ha de anställdas förtroende.

Arbetsgivarens ansvar att fullgöra en rad olika uppgifter och ansvaret läggs i lagstiftningen mer entydigt "i linjen". Därmed följer emellertid ingalunda att FHV bör bli en ensidig resurs för arbetsgivarna.

Som exempel kan nämnas att i arbetet med handlingsplaner ska skyddsombudet delta och även skyddskommittén ska behandla planerna. I rehabiliteringsutredningar ska facket delta - såvida den enskilde medger det - och vi utgår ifrån att det i regel blir fallet. Skyddsombudet och skyddskommittén har även att följa hur rehabiliteringsarbetet bedrivs.

Kunskap och kompetens

Mångfalden av hälsorisker och olika kombinations-effekter ställer krav på kunskaper i en rad olika ämnesområden. Att tidigt identifiera hälso- och olycksfallsrisker och att åtgärda dessa ställer i många fall helt andra krav på FHV än den allmänna hälso- och sjukvården. Till skillnad från denna ska företagshälsovården i huvudsak arbeta förebyggande. Det innebär att om möjligt identifiera riskerna innan ohälsa och skador uppstått. FHV ska till skillnad från den allmänna hälso- och sjukvården inte behandla individerna, i varje fall inte i någon större omfattning, utan inrikta insatserna på arbetsmiljön. Detta kräver att FHV samarbetar med parterna och med bl a personalansvariga och tekniker inom företaget.

FHV ska bidra med förslag till åtgärder för att förhindra ohälsa, skada och utslagning från

arbetet, ge underlag till parternas dialog om åtgärder samt förstärka linjeorganisationens beslut om arbetsorganisation, arbetsinnehåll m m.

Inom det medicinska området krävs fördjupning inom bl a ortopedi, toxikologi, yrkesdermatologi och epidemiologi. Skyddsingenjören/yrkeshygienikerna bidrar med kunskaper i bl a mät- och eliminations- teknik, tekniska olycksfallrisker och ergonomi. Ytterligare ergonomiska insatser kan göras av sjukgymnaster som idag finns inom flera företags- hälsovårdscentraler.

För att kartlägga och föreslå åtgärder ifråga om psykiska och sociala hälsorisker, när det gäller arbetsorganisatoriska förändringar, människa - maskinanpassningar m m behövs beteendevetenskapliga kunskaper. I varierande utsträckning finns inte sådan expertis att tillgå idag inom FHV. Detta har under en lång tid varit en uppenbar brist med hänsyn till den vikt arbetsorganisationen har särskilt för belastningssjukdomar.

Det är angeläget att det inom FHV finns kunskaper i psykosomatik och psykofysiologi med hänsyn till att FHV ska kunna identifiera tidiga signaler på hälsorisker. När besvär och sjukdomar blivit så påtagliga att långvarig sjukskrivning och vård krävs kan i många fall hälsa och arbetsförmåga vara svår att återfå. Då är det istället rehabilite- ringsinsatser som krävs, vilket även med mycket goda förebyggande insatser också alltid kommer att vara en viktig uppgift för FHV.

Den vanligaste arbetsskadan är ännu arbetsolycks- fallen. För att förebygga dessa krävs dels

tekniska, dels beteendevetenskapliga kunskaper. Olycksfallsrisker är i många fall specifika för en viss bransch. För företagshälsovårdens verksamhet krävs överhuvudtaget goda branschkunskaper. Det är den "friska" arbetsmiljön som ska åstadkommas så långt möjligt redan innan arbetstagare drabbats av ohälsa och skador. Det innebär en icke-klinisk inriktning på medicinsk och annan kompetens, som svårligen kan åstadkommas inom primärvården och ett ev framtida "husläkar"system.

Företagshälsovårdens mål och ledning

Den grundläggande idén med företagshälsovård är kunskapen om sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa och utifrån en helhetssyn medverka till att minimera arbetsbetingad ohälsa och att bidra till utvecklingen av "det goda arbetet". Företagshälsovården ska komplettera och ge stöd till det lokala arbetsmiljöarbetet. I det arbetet deltar både arbetsgivare och de anställdas representanter i form av skyddsombud etc. Det är därför viktigt att företagshälsovården inte blir en ensidig arbetsgivarresurs utan vilar på förtroende från såväl arbetsgivare som arbetstagare. Det grundläggande inflytandet över företagshälsovården utövas av parterna i företaget/motsvarande.

LO anser fortfarande att företagshälsovården i första hand ska regleras i avtal mellan arbetsmarknadens parter. Men om avtalsvägen inte är framkomlig bör det ligga ett starkt samhälleligt intresse att lagstiftningsvägen tillförsäkra de anställdas rätt till företagshälsovård samt underlätta och möjliggöra för arbetsgivaren att leva upp till de krav som Arbetsmiljölagen och Lagen om allmän försäkring ställer.

Det förtydligande och utökade ansvaret och skyldigheten för arbetsgivare kommer att innebära ett ökat behov av externa insatser (FHV) om arbetsgivaren ska kunna uppfylla de krav och mål som lagstiftningen angett. Marknaden själv kommer att bli ett effektivt verktyg i det arbetsmiljöarbete där det är möjligt att direkt ekonomiskt kunna mäta effekterna. Däremot är det mycket svårt att få en marknad på rent förebyggande arbetsmiljöarbete utan goda möjligheter att kunna utvärdera eller ekonomiskt beräkna insatserna. I företaget/förvaltningen finns det ett kortsiktigt ekonomiskt intresse dels ett långsiktigt ekonomiskt intresse.

Det finns även ett visst motsatsförhållande mellan företagsekonomisk vinst respektive samhällelig vinst. Detta förhållande uppmärksammas inte minst på rehabiliteringsområdet.

LO menar att det ur samhällelig synpunkt finns skäl att ge ekonomiskt stöd till företagshälsovården från fler aspekter.

1. Ge kvalitativt stöd för arbetsgivarna att leva upp till arbetsmiljölagstiftningen.
2. Minska samhällets utgifter för sjukvård, utslagning, förtidspensionering, arbetsskador.
3. Underlätta för företagshälsovården att ansluta småföretagen.
4. Garanti för de anställda att nyttja företagshälsovården.

5. Ge stöd för förebyggande arbetsmiljö där inte marknaden kan uppfylla behoven.

Företagshälsovården är inget mål utan ska vara en kvalitativt resurs för parterna i arbetsmiljöarbetet. Det är därför viktigt med hänsyn till såväl samhällets som parternas behov av företagshälsovård med hög kompetens och god kvalitet bör behovet av någon form av kvalitetsprövning i form av auktorisation övervägas samt fastställas vissa kompetenskrav på den personal som är anställd inom företagshälsovården.

Arbeterskyddsstyrelsen kan vara en lämplig myndighet som fastställer auktorisation och utfärdar en s k kvalitetssäkring för företagshälsovården.

Kvalitetssäkringen bör uppfylla den av Sveriges Riksdag ratificerade ILO-konventionen 161 om företagshälsovård.

Viktiga kriterier för en framtida fhv

- * FHV är en gemensam opartisk expertresurs åt såväl arbetsgivare som företrädare för lokala fackliga organisationer och anställda. Förtroende både från arbetsgivare och arbetstagare är en grundförutsättning för FHV:s verksamhet.
- * FHV-enheten ska ha en sammanhållen resurs för att medverka i såväl fysiska, psykiska, sociala och medicinska frågor.

- * FHV ska ha resurser för medverkan i arbetsanpassning och yrkesinriktad rehabilitering.
- * Företagshälsovårdens personal ska ha en för ändamålet lämplig utbildning.
- * Företagshälsovården ska samverka med berörda samhällsorgan.
- * Företagshälsovården ska ha en väl definierad ledningsfunktion för den operativa verksamheten.
- * Företagshälsovården ska utövas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenheter.
- * Företagshälsovården befattningshavare omfattas av tystnadsplikt motsvarande befattningshavare inom samhället.
- * Företagshälsovårdens roll som expertfunktion innebär även att den ska ha en skyldighet att ta egna initiativ och utifrån yrkesmässiga bedömningar tydliggöra problemställningar och föreslå åtgärder.

Ökade krav på lagstiftningen av FHV

I arbetsmiljölagen 3 kap 2 § står det "Om arbetsförhållanden påkallar det skall arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver."

Den lagskrivningen bör förtydligas till att ge yrkesinspektionen vidgade befogenheter att med stöd

av arbetsmiljölagstiftningen föranstalta om anslutning av företagshälsovård om inte skyldigheten för arbetsgivaren att vara ansluten lagfästs.

I arbetsmiljölagens 6 kapitel "Samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare" bör även samverkan i företagshälsovårdsfrågor markeras för att garantera partsinflytande över FHV.



LANDSTINGSS
FÖRBUNDET

1992-09-02

Företagshälsovårdsutredningen
Arbetsmarknadsdepartementet
103 33 STOCKHOLM

Landstingsförbundets syn på den fortsatta företagshälsovårds- utvecklingen

Företagshälsovårdsutredningen har önskat ta del av landstingsförbundets "samlade formulering av krav på en verksamhet av företagshälsovårds-typ, som tillgodoser de intressen organisationen har att bevaka".

Hittillsvarande utveckling

Inledningsvis kan konstateras att sjukvårdshuvudmännen (landstingen och de tre landstingsfria kommunerna) tidigt byggt ut företagshälsovård för den egna verksamheten. Företagshälsovården är en viktig resurs i det samlade personalpolitiska arbetet och bedöms mot bakgrund av en helhetssyn på detta.

Med beaktande av sjukvårdshuvudmännens folkhälsoansvar har landstingen också på olika sätt medverkat till övrig FHV-utbyggnad i många län. Västerbotten, Sörmland och Bohuslän har t ex tillgång till landstingsdriven, länstäckande företagshälsovård som står till förfogande även för företag och primärkommuner. Skaraborgshälsan, som är en sammanslutning av privata FHV-centraler i länet, har skapats med landstingets medverkan osv. I detta sammahang kan också nämnas den betydelse de av landstingen drivna yrkesmedicinska klinikerna har på arbetsmiljö- och företagshälsovårdsområdet.

Landstingsförbundet har i egenskap av central intresse- och arbetsgivarorganisation för sjukvårdshuvudmännen på olika sätt medverkat i företagshälsovårdsutvecklingen. Detta inbegriper t ex medverkan i utredningar, program, arbetsgrupper osv hos myndigheter och fonder, men också direkt stöd till landstingen och landstingens egen FHV-verksamhet i form av konferens- och utbildningsverksamhet, telefonrådgivning, sammanställning av projektkataloger mm.

Förbundet har också tecknat centrala arbetsmiljöavtal som omfattat även företagshälsovården.

Mellan 1987 och 1992 har landstingssektorn såväl lokalt i enskilda landsting som centralt på förbunds nivå gjort särskilda programsatsningar på arbetsmiljö-, sjukfrånvaro- och rehabiliteringsområdet. Inom ramen för detta har målsättningen beträffande företagshälsovården varit att med kraft fortsätta att

göra verksamheten mera anpassad till, och lyhörd för, landstingsarbetsplatsernas behov. En skrift med titeln "Företagshälsovård i landstingen. Från klientorganisation till organisationskonsult" har principiellt behandlat företagshälsovårdens fortsatta utveckling i denna riktning. (bilaga 1).

En mera utförlig bild av hur Landstingsförbundet hittills bedömt företagshälsovårdsfrågorna inom ramen för det samlade arbetsmiljöarbetet framgår av arbetsmiljöprogrammets två måldokument liksom av slutrapporten till förbundskongressen i maj 1992 (bilagorna 2, 3, 4).

Organisatoriskt har trenden i landstingen varit att succesivt frigöra företagshälsovården från övrig landstingsorganisation och allt mer se den som en extern resurs som arbetar på uppdrag från de primära verksamheterna. Samtidigt har en allmän decentralisering skett och förvaltningar och basenheter fått större frihet och ansvar när det gäller egen FHV-försörjning.

Ett första steg i denna process har ofta varit att omvandla företagshälsovården från en avdelning inom den centrala personalavdelningen till en egen förvaltning. Därefter har det varit naturligt att övergår från anslagsstyrd verksamhet till sk resultatenheter. I flera fall har företagshälsovården varit bland de första verksamheterna i ett landsting som förändrats på detta sätt. Utvecklingen går vidare och i nuläget har flera landstingshälsor överförs till bolagsform. Diskussion om detta pågår i ytterligare landsting liksom om förändrade ägarformer.

Beträffande avtalsreglering av företagshälsovården gäller att landstingen länge önskat en större frihet att utforma företagshälsovården efter lokala behov och förutsättningar än vad som angavs i Miljö 81. Detta avtal har nu ersatts av Samverkan 92 som dock inte behandlar företagshälsovård. Diskussioner om eventuell fortsatt avtalsreglering av företagshälsovården har våren 1992 påbörjats mellan Landstingsförbundet och berörda fackliga organisationer.

Förbundets grundläggande uppfattning beträffande landstingens fortsatta FHV-användning

För Landstingsförbundets medlemmar är det av avgörande betydelse att bedriva en modern, offensiv personalpolitik. En sådan är nödvändig för anpassning till den snabba samhälls- och medicintekniska utvecklingen. Den är också nödvändig för att möta de ökande kraven från allmänheten på service och effektivitet i sjukvården.

Som ett lede i det personalpolitiska arbetet är det viktigt att ha tillgång till kompetens på det mångfacetterade arbetsmiljöområdet liksom beträffande rehabilitering. Kompetensen måste omfatta såväl nyare forskningsrön som förmåga att tillämpa kunskaperna i arbetslivet.

Däremot är det av underordnad betydelse på vilket sätt och i vilka former kompetensförsörjningen sker. Målen på det personalpolitiska området bör uppnås på det enklaste och mest kostnadseffektiva sättet och med beaktande av krav på flexibilitet och oavbruten förnyelse och förändring.

Utvecklingen innebär för företagshälsovården en tyngdpunktsförskjutning från form till innehåll. Detta undestryks av de skärpta kraven mot arbetsgivarna i lagstiftningen på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet. Förbundets medlemmar kommer i fortsättningen att behöva ägna mer energi åt s k internkontroll och åt att finna metoder för målformulering och resultatmätning på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena. Förbundet kommer i motsvarande grad att koncentrera sin service och rådgivning till medlemmarna till dessa områden.

Redan idag finns en betydande variation, framför allt i organisatoriskt avseende, i landstingens sätt att lösa sina FHV-behov. Denna utveckling bör fortsätta. Ett slopat statsbidrag innebär att landstingen mera fritt än hittills kan använda såväl egna personal som alternativa externa specialister i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet. Behov av centralt FHV-avtal föreligger inte längre.

Synpunkter på företagshälsovårdsbranschen i sin helhet

Arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågorna är, förutom i landstingens personalpolitik, viktiga ur sjukvårds- och folkhälsoperspektiv. Förbundets allmänna uppfattning är således att det är viktigt med lokalt tillgänglig arbetsmiljö- och rehabiliteringskompetens av den typ företagshälsovården representerar för alla typer av arbetsplatser.

På samma sätt som för landstingen själva är det dock av underordnat betydelse på vilket sätt dessa behov tillgodoses. Behovet av alternativ till dagens FHV för småföretag är redan väl kända. För samtliga branscher gäller att den fortsatta FHV-utvecklingen måste kännetecknas av en hög grad av lokal anpassning och anpassning till verksamhetstypens speciella förutsättningar och behov.

Fråga är således vilka generella utvecklingsdrag som i fortsättningen bör känneteckna FHV-branschen för att den på bästa sätt skall tillgodose såväl behov hos förbundets medlemmar som behov på arbetsplatser i andra branscher och samhällssektorer.

Snabheten och komplexiteten hos samhällsutvecklingen gör en sådan bedömning osäker i flera avseenden. Detta gäller t ex FHV-verksamhetens kvantitativa omfattning, liksom personalsammansättningen.

Primärvårdens utbyggnad och införandet av ett husläkarsystem är en av de faktorer som försvårar en samlad bedömning. Förbundet anser liksom

socialdepartementet att husläkar- och företagshälsovårdsläkarrolleterna har två skilda uppdragsgivare och skall hållas isär, även om individuella läkare i vissa fall kan arbeta i båda rollerna. Effekterna för företagshälsovården av husläkarreformen är i övrigt svåra att bedömma. Andra faktorer som försvårar en bedömning är t ex den snabba kunskapspridningen på arbetsmiljö- och rehabområdet liksom de nya samarbetsformer som växer fram mellan personalkontor och försäkringskassor.

En avgörande fråga är om företagshälsovården fortsättningsvis, mot bakgrund av denna utveckling, kan ligga vid "kunskapsfronten". Företagshälsovård som inte tillför kunskap som arbetsplatsen själv saknar, eller som saknas hos alternativa externa aktörer, kommer inte att efterfrågas. För såväl landstingsförbundets medlemmar som landets övriga arbetsplatser är det således ett centralt krav att företagshälsovården fortsättningsvis lever under stark, kontinuerlig press att förnya och utveckla sin egen kompetens. Mekanismer som bättre än hittills garanterar detta måste skapas.

Ett huvudproblem med befintlig företagshälsovård har varit att få den "kundenpassad", dvs att arbeta konsultativt på uppdrag från arbetsplatserna och med problem och frågeställningar som formuleras av arbetsledning och anställda. Hittillsvarande brister i detta avseende kan, liksom beträffande bristande kompetensutveckling, betraktas som "systemfel". Fortsatt utveckling bör således också mer konsekvent och mer kraftfullt än hittills inriktas på att göra företagshälsovården efterfrågad. Detta kan innefatta flera saker.

Ägarformerna kan ändras. FHV-branschen har nu utvecklats och "mognat" till en nivå där arbetsmarknadsparterna direkta inblandning i drift- och ledningsfrågor övergår från att vara ett stöd och blir ett hinder. Fortsatt professionalisering kan underlättas av att personalen själv eller fristående ägare driver verksamheten.

Styrformerna bör också vidareutvecklas i den riktning som redan påbörjats. Det innebär att anställda på arbetsplatserna koncentrerar den fackliga medverkan på målfrågor på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet och på beställarfrågor i samverkan med arbetsgivaren. Inte längre som hittills på producent- och styrelsefrågor i företagshälsovården.

Utbildning till FHV-personal bör i fortsättningen kunna ges av flera olika utbildningsgivare. I kombination med den avreglering som det slopade statsbidraget innebär kan någon typ av auktorisering av FHV-enheter övervägas. Diskussioner om detta kan lämpligen föras mellan Föreningen Svensk Företagshälsovård och Företagshälsovårdens Utvecklingsråd, dvs mellan bransch- respektive partsrepresentanter. Dessa skulle också i samverkan kunna svara för ett eventuellt auktorisationsförfarande.

Landstingsförbundets fortsatta agerande

Landstingsförbundet kommer i egenskap av central bransch- och arbetsgivarorganisation att på olika sätt medverka i denna utveckling. Förbundet kommer att verka för att Företagshälsovårdens Utvecklingsråd (FUR) renodlar sin roll som arbetsmarknadsparternas forum för informationsutbyte och aktivitet ur beställarperspektiv.

Parallellt med detta kommer förbundet att verka för att FHV-branschen mera självständigt än hittills tar ansvar för sin fortsatta utveckling, vilket innefattar ansvar för driftfrågor, ledningsfrågor, utbildningsfrågor osv. Förbundet kommer också att verka för att branschen, direkt till enskilda FHV-enheter eller via t ex Föreningen Svensk företagshälsovård, får stöd för detta. I sin egenskap av arbetsgivarorganisation är Landstingsförbundet berett att ge självständiga FHV-enheter som så önskar arbetsgivar-service eller utgöra central arbetsgivarorganisation.

Bilagor: (Separat tryck)

1. Företagshälsovård i landstingen. Från klientorganisation till organisationskonsult (1990).
2. Landstingsförbundets arbetsmiljöprogram (A 89:7)
3. Fortsättning på Landstingsförbundets arbetsmiljöprogram (A 90:43)
4. Arbetsmiljö, rehabilitering och sjukfrånvaro inom landstingssektorn (branschprogram, 1990)
5. Framtidens primärvård. Delrapport om familjeläkare/husläkare. Landstingsförbundet 1992.
6. Landstingsförbundets remissyttrande över departementspromemoria Ds 1992:41, "Husläkare - för kontinuitet och trygghet i vården" (1992-08-17, Dnr 794/92)

Handläggare

Datum

Dnr

1992-05-07

9204-0343-Am
x05.3

Företagshälsovårdsutredningen
Arbetsmarknadsdepartementet
103 33 STOCKHOLM

I skrivelse till SAV den 6 april 1992 har företagshälsovårdsutredningen begärt att få ta del av SAVs samlade formulering av krav på en verksamhet av företagshälsovårdstyp som tillgodoser SAVs intressen.

SAV och de fackliga organisationerna på den statliga sektorn träffade den 21 november 1991 avtal om statlig företagshälsovård (FHVA). Avtalet träder i kraft den 1 juli 1992 och ersätter då avtal om företagshälsovård från 1979.

Avtalet har tillkommit som följd av flera ändringar i lagstiftning (bl.a. arbetsmiljölagen) samt arbetsmiljöavtalet AMLA -89.

I avtalets inledning samt 4 och 5 §§ finns återgivet vad som kan sammanfattas som SAVs krav på en verksamhet av företagshälsovårdstyp. Där står bl.a.

- företagshälsovårdens uppgift är att aktivt bidra till en bra arbetsmiljö
- företagshälsovården skall ställa en effektiv och behovsanpassad resurs till förfogande för arbetsgivaren
- företagshälsovården skall så långt möjligt bl.a. kunna förse de anslutna myndigheterna med beslutsunderlag som beskriver sambanden mellan arbetsförhållanden och hälsa/arbetstillfredsställelse och i dialog med arbetsgivaren diskutera behovet av insatser. Företagshälsovården skall så långt möjligt kunna förutse effekter på hälsan vid nya eller förändrade arbetsförhållanden samt tydliggöra problem i befintliga förhållanden och medverka till och vid förändring av dessa

- företagshälsovården skall också kunna engageras i myndigheternas förändringsarbete och bistå med synpunkter, råd och förslag
- företagshälsovårdens mål skall vara att bidra till att åstadkomma bästa möjliga hälsa och välbefinnande för arbetstagarna och därmed bidra till goda produktionsförutsättningar
- företagshälsovården skall bedrivas med uppdelning på medicinsk, teknisk och psykosocial funktion. Insatserna skall bygga på vetenskap, beprövad erfarenhet och kunskap om samspelet mellan människors välbefinnande och arbetslivets förhållanden. Detta innebär att man skall utgå från en helhetssyn på arbetsmiljöförhållandena, där sambanden mellan medicinska, fysiska, psykologiska och sociala faktorer skall beaktas. Verksamheten skall bedrivas med personal som har en sådan grund- och vidareutbildning och kompetens - medicinsk, ergonomisk, teknisk och vetenskaplig - som svarar mot de speciella krav som arbetet ställer
- företagshälsovårdens förslag till åtgärder skall beskriva sambanden mellan arbetsförhållandena och hälsa/arbetstillfredsställelse och ingå i arbetsgivarens beslutsunderlag för att säkerställa en arbetsmiljö som förhindrar ohälsa, skada och utslagning från arbetet
- företagshälsovården skall vara en partsneutral rådgivande expertfunktion. De fakta och förslag som presenteras skall vara baserade på vetenskap eller beprövad erfarenhet.

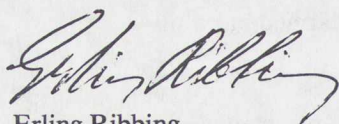
I övrigt hänvisar SAV till avtalet med tillhörande förhandlingsprotokoll som finns i SAV cirk 1992 A 10 där SAV också har skrivit en introduktion samt föreskrifter till avtalet. Cirkuläret biläggs denna promemoria.

Följaktligen ser SAV företagshälsovården som en viktig resurs för arbetsgivaren av största vikt när det gäller att klara arbetsgivaransvaret.

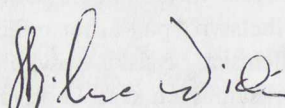
Förutsättningar för detta är att företagshälsovården intensivt samarbetar med och lyssnar på de olika anslutna myndigheterna och verken.

SAV kommer för sin del att aktivt verka för en höjd beställarkompetens hos myndigheterna.

SAV delar uppfattningen att de små företagen kan behöva särskild stimulans och vill i det sammanhanget också framhålla att de mindre myndigheternas situation uppvisar klara paralleller med de privata småföretagen.



Erling Ribbing
chef för enheten för
arbetsmiljö och arbets-
organisatoriska frågor



Stig-Arne Widén
förhandlingsdirektör

Företags- hälsovården under 90-talet

Förord

Tillgång till en behovsanpassad och effektiv företagshälsovård är nödvändig i företagens miljöarbete. Detta inte minst mot bakgrund av att arbetsgivaransvaret ytterligare förtydligats i den senaste lagstiftningen om arbetsmiljö och rehabilitering.

I denna skrift ger SAF sin syn på dagens företagshälsovård och förslag till åtgärder för hur en framtida marknadsanpassad företagshälsovård bör utformas.

Stockholm i oktober 1991

SVENSKA ARBETSGIVAREFÖRENINGEN

Göran Tunhammar

Innehåll

- Förord 1
- Företagshälsovården under 90-talet 3
- Utbyggnad - företagets behov av tjänster 3
- Ägarförhållande 4
- Arbetsmiljöavtalet ger oklara signaler 4
- Brister inom FHV 5
- Förslag till åtgärder 5
- Ett serviceföretag på en fri marknad 6
- Arbetsmiljöavtalet omprövas 6
- Bidragssystemet avskaffas 7
- Sjukvård som tilläggstjänst 7
- Rätta till systemfelen 8

Företagshälsovården under 90-talet

Företagens behov av samverkan med företagshälsovården (FHV) kommer med all sannolikhet att öka under 90-talet. Behoven gäller insatser för goda arbetsförhållanden i vid bemärkelse för att förebygga skador, snabbt omhändertaga medarbetarna vid sjukdom samt hjälp att snarast kunna återgå i arbete. FHV behöver mer än någonsin en hög kompetens, serviceanda och kostnadseffektivitet. För att verkligen bli efterfrågade måste FHV:s tjänster anpassas till de enskilda företagens önskemål och behov.

Nuvarande regler, uppsatta av myndigheterna och av arbetsmarknadsparterna, har dessvärre inte främjat en sådan inriktning. FHV har efter en kraftig uppbyggnad under 1980-talet stagnerat i sin utveckling som servicefunktion till företagen. Osäkerheten om FHV:s inriktning är stor både hos personalen och dess kunder. Regelverket har blivit ett hinder för utvecklingen och måste därför till stora delar avlägsnas. Radikala förändringar måste genomföras i FHV:s sätt att arbeta.

Utbyggnad - företagens behov av tjänster

FHV omfattar i sin nuvarande form ca 90 procent av alla fast anställda. Tidsbegränsat anställda har också viss tillgång till företagshälsovård om företaget är anslutet.

Fortsatt utbyggnad bör ske endast i den mån företagen anser sig vara i behov av tjänsterna. Tvångsmässig anslutning måste därför upphöra. För små företag kan den billigare formen arbetsmiljöservice, som bl a tillämpas i Örebro, prövas i större skala.

Företagen har endast anledning att anlita och betala för företagshälsovården om den bidrar till förbättrad produktivitet och lönsamhet. Lönsamhetsperspektivet får dock inte vara för snävt. FHV:s insatser kan sällan ekonomiskt avläsas omedelbart. En fortlöpande ekonomisk utvärdering av insatserna bör därför göras.

Ägarförhållanden

Företagens dubbla roll av ägare till och konsument av företagshälsovård är inte lyckad. Det är svårt att kritisera en FHV som man själv är delägare i. Arbetsgivarnas representanter i centralernas styrelser ställer sig oftast, och helt korrekt, solidariska med FHV och blir därmed automatiskt också producentföreträdare. Detta är troligen en viktig orsak till den dåliga kundanpassningen.

Arbetsmiljöavtalet ger oklara signaler

Genom arbetsmiljöavtalet är dessutom huvudmannabegreppet minst sagt diffust. Arbetsgivaren har enligt lag det yttersta och juridiska ansvaret för arbetsmiljön. För att leva upp till detta ansvar behöver arbetsgivaren förfoga över FHV:s insatser. Avtalet anger emellertid att skyddskommittén är "huvudman" för FHV. Skyddskommittén kan således genom arbetstagarmajoritet fatta beslut som kan gå emot arbetsgivaren när det gäller FHV:s insatser. Detta leder till en oklar arbetssituation och besvärlig balansgång. Det leder också till osäkerhet hos arbetsgivaren, om vem som bär ansvaret för FHV och vad den egentligen kan användas till.

Brister inom FHV

Många arbetsgivares misstro mot FHV har lett till verksamhetens isolering. Den har inte blivit mindre genom den oklara målsättningen och företrädarnas oförmåga att marknadsföra tjänsterna. Ännu värre är att många inom FHV anser sig bättre veta vad företagen behöver än företagen själva. Inte sällan har därför FHV:s agerande fått en lätt myndighetsprägel. En sådan attityd är direkt förödande för en konsultativ verksamhet.

Slutligen belastas FHV i många fall av en bristande effektivitet. Den yttrar sig dels i att felaktiga prioriteringar görs och man ägnar sig åt tjänster och utredningar som kunderna inte har bett om och inte anser sig behöva. Kostnads-nyttomedvetandet är som regel lågt därför att man aldrig har behövt tänka i dessa termer. Effektiviteten är låg därför att verksamheten inte är konkurrensutsatt. Avgifterna strömmar ofta in från företagen oberoende av insatsernas omfattning och kvalitet. Det saknas både piska och morot för FHV.

Förslag till åtgärder

Följande mål är vägledande för SAFs insatser.

- **Ändrat ägarförhållande**

Företagen skall inte längre behöva vara ägare till FHV. De ideella föreningarna av anslutna företag kan upplösas och aktierna i företagshälsovårdsbolagen överlåtas till andra ägare som är beredda att driva verksamheten vidare, t ex någon eller flera av de anställda. Entreprenörer är sannolikt att föredra som ägare. Ägarna utser själva majoriteten av ledamöterna i styrelsen.

- **Marknadsanpassade tjänster**

De nya centralerna måste då marknadsanpassa sina tjänster och effektivisera sin verksamhet för att överleva. De kan därvid ha nytta av SAFs utbildningsmaterial "Se om Ditt företag - FHV". Många handledare finns utbildade på detta material och kan hjälpa till. Centralens ägare utser själva majoriteten av ledamöterna i styrelsen.

- **Individuella kundkontrakt**

Villkoren för FHV:s fortsatta verksamhet fastställs i kontrakt mellan FHV och varje företag för sig. Lämpligen upprättas kontraktet för ett år i taget där man så långt möjligt fastställer vilka tjänster som skall utföras och priset för dessa. Från företagets sida förs förhandlingarna av företagsledningen och från FHV av dess VD. Det är företagsledningens sak att förankra överenskommelsen hos de anställda och deras organisationer.

Ett serviceföretag på en fri marknad

Genom dessa åtgärder blir FHV ett serviceföretag som erbjuder sina tjänster på en fri marknad. De tjänster som kan säljas beror dels på behov och efterfrågan hos företagen dels på kompetensen hos FHV:s personal. Det kommer därför att ligga i det egna intresset att behovsanpassa tjänsterna, att förbättra kompetensen och att bli kostnadseffektiv.

Arbetsmiljöavtalet omprövas

Ändrade förutsättningar gör att Arbetsmiljöavtalet SAF-LO-PTK måste omprövas, så även tillhörande Riktlinjer för företagshälsovården. Onödiga regler tas bort.

I fortsättningen bör FHV:s insatser avgöras lokalt i företaget genom förhandlingar mellan företagsledning och anställda, inte genom direktiv från myndigheter eller centrala arbetsmarknadsparter.

Bidragssystemet avskaffas

Med FHV som självständiga ekonomiska enheter finns det heller ingen anledning att behålla det transfereringssystem som kallas för bidrag. Medföljande myndighetsinflytande är nu bara ett hinder och subventionerna en chimär. SAFs åsikt är att bidragssystemet snarast bör avskaffas och att företagen får behålla den del av arbetsgivaravgiften som staten fördelar som bidrag. Företagen bör istället till full kostnad betala för de tjänster de vill ha. Yrkesinspektionens inflytande skall enbart utövas mot företagen inom ramen för gällande lag och förordning. FHV skall hjälpa företagen att uppfylla kraven. Hur denna service utformas är ingen angelägenhet för myndigheten. Det är en sak mellan företaget och dess FHV.

Sjukvård som tilläggstjänst

Företagen har ofta ett berättigat krav på lättillgänglig sjukvård för de anställda i anslutning till FHV. Lagen om sjuklön kommer att ytterligare understryka detta krav. Det är också alldeles uppenbart en fördel om företagsläkaren, som känner den anställda och dennes arbetsförhållanden, svarar för det primära omhändertagandet. Sådan sjukvård har hittills kunnat bedrivas inom ramen för övrig företagshälsovård, dock utan ersättning från sjukförsäkringen. Den möjligheten finns inte längre.

Inte heller har företagsläkaren kunnat få etableringstillstånd för att upprätta privatpraktik i anslutning till FHV. Detta på grund av landstingens monopolställning. SAF verkar därför för en betydligt friare etableringsrätt så att även företagsläkarna kan bedriva sjukvård för de anställda. Ersättning bör då utgå från sjukförsäkringen vars premier till övervägande del betalas av arbetsgivarna genom löneskatten.

Rätta till systemfelen

Självfallet fungerar FHV inte dåligt överallt. Där kunderna är nöjda behövs heller ingen ändring. Men bristerna är tyvärr så omfattande och så utbredda att man kan tala om systemfel, som i stor utsträckning beror på politikernas och centrala parterns agerande. Om dessa systemfel rättas till blir FHV den effektiva och behovsanpassade resurs företagen så väl behöver i sitt miljöarbete.


SVENSKA ARBETSGIVAREFÖRENINGEN

1992 års företagshälsovårdsutredning

Stockholm
1992-09-30

Vår ref
S Yllner/BiC

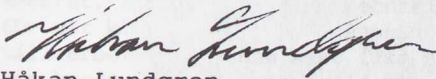
Kompletterande synpunkter till SAF's skrift "Företags-
hälsovården under 90-talet"

- Anslutning till FHV bör vara helt frivillig. Att tvångsansluta företag leder å priori till en negativ inställning till FHV. Därigenom saknas grundförutsättningen för FHV's arbete i företaget - ett ömsesidigt förtroende. Anslutning bör ske därför att företaget har uppfattningen att FHV's tjänster är bra och värda sitt pris.
- Detta leder i sin tur till att FHV måste vara lyhörd för företagets önskemål och behov. FHV måste anpassa sina tjänster enligt överenskommelse med varje enskild kund och inte efter centralt utfärdade direktiv.
- FHV måste snarast överge den myndighetsattityd som av och till förekommer som ett resultat av centralt utformade regler för hur FHV ska bedrivas. Myndigheterna har genom lagstiftning ålagt arbetsgivarna att tillhandahålla en god arbetsmiljö. FHV måste vara fri att bistå arbetsgivaren med den hjälp han behöver för att uppfylla kraven.
- Arbetsmiljölagen, lagen om allmän försäkring och lagen om sjuklön lägger ett så långtgående ansvar på den enskilde arbetsgivaren att han torde få mycket svårt att motsvara kraven utan att anlita FHV's tjänster. Detta bör leda till en fortsatt utbyggnad av FHV även bland återstående småföretag. Förutsättningen är dock ett konsultativt arbetsätt.
- FHV's tjänsteutbud får inte vara statiskt utan måste ständigt anpassas till utvecklingen och de förändrade behoven i företagen. Tjänsteutbudet kan bara formas i en fortlöpande dialog mellan FHV och dess enskilda kunder.

- Det är viktigt att statliga eller andra myndigheter inte genom regler, t ex inom sjukvården, hindrar FHV att tillhandahålla de tjänster som företagen och deras anställda har behov av.
- FHV måste upprätthålla en god kvalitet på sina tjänster vilket innebär kunskap och erfarenhet. Kvalitetssäkring sker bäst genom ändamålsenlig vidareutbildning där staten har ett primärt ansvar. De ansvariga bör samråda om utbildningens utformning och innehåll med företrädare för såväl FHV som deras kunder.

Stockholm som ovan

SVENSKA ARBETSGIVAREFÖRENINGEN



Håkan Lundgren



SVENSKA
KOMMUNFÖRBUNDET
Förhandlingssektionen

1992-05-27

Dnr 1992/0704

Hans Granqvist, Rth

Arbetsmarknadsdepartementet

103 33 STOCKHOLM

Kommunförbundets underlag till diskussioner i FHV-utredningen

UNDERLAG FÖR PM TILL FHV-UTREDNINGEN

Den kommunala sektorn befinner sig i en omfattande förändringsprocess där det bl a gäller att förändra verksamhet, inriktning och omfattning samt ta till vara den kompetens och det engagemang som finns i organisationerna, när kommunerna går från en myndighetskultur till en mer utpräglad servicekultur. Arbetstagarna ska här ges möjlighet att påverka den egna arbetssituationen och medverka i förändrings- och utvecklingsarbete så att det goda arbetet på den goda arbetsplatsen kan skapas i syfte att öka effektivitet och produktivitet.

I detta utvecklingsarbete borde företagshälsovården ha en viktig funktion att fylla. Men det kräver att företagshälsovården ikläder sig en annorlunda roll - att man förflyttar sig från de mer traditionella arbetsområdena till att medverka till förändring av bl a arbetsorganisation, arbetsinnehåll och arbetsklimat.

Detta förutsätter emellertid helt andra angreppssätt att FHV-enheten blir mer

- * resultatinriktade
- * arbeta utifrån ett helhetstänkande
- * arbeta mer integrerat med linjeorganisationen mot uppdragsgivarna
- * arbeta mer konsultativt
- * är lyhörda för att möta uppdragsgivarnas behov etc

Men också att FHV-personalen utöver sin specialistkompetens har kunskaper om hur organisatoriska system och hur mänskliga processer i dessa verkar. Vidare hur förändring av organisationen kan genomföras för att såväl medarbetare som organisationen ska kunna berikas.

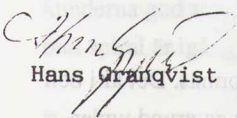
FHV skall bl a förse de anslutna arbetsplatserna med beslutsunderlag som beskriver sambanden mellan arbetsförhållanden och hälsa/arbetstillfredsställelse och i en dialog med verksamhetsansvariga diskutera behov av olika insatser. FHV skall

kunna förutsäga effekter på hälsa med nya eller ändrade arbetsförhållanden och tydliggöra problem i befintliga förhållanden och medverka vid förändring av dessa. Det blir också viktigt, i dialogen med verksamhetsansvariga, att synliggöra sambanden av effekter på hälsa och verksamhetens resultat. FHV:s insatser får emellertid inte stanna i kartläggningsarbetet, riskbedömningar etc. Det är lika viktigt att FHV aktivt deltar i förvaltningarnas förändringsarbete och bistår med råd. FHV måste komma med tidigt i förändringsarbetet på arbetsplatserna. Information, utbildning och träning av personal vid förnyelse utgör en viktig del av företagshälsovårdens arbete. Det ställer stora krav på "ny kompetens" hos FHV inom arbetsorganisationens område, men förutsätter också att FHV åtnjuter förtroende från ledningens sida.

En förutsättning för framgångsrikt anpassnings- och rehabiliteringsarbete är att insatserna sätts in tidigt, att de är arbetsplatsanknutna och att det finns en väl fungerande plan för arbetet. Arbetsgivaren behöver stöd och expert/konsultresurs för att klara dessa uppgifter. FHV har genom sin nära koppling till arbetsplatsen en nyckelroll i detta arbete. Den kan med sin breda kompetenssammansättning anlägga ett helhetsperspektiv på problemen och fungera som en brygga mellan arbetsplatsens och samhällets insatser. Det blir alltså viktigt att företagshälsovårdens arbetsuppgifter spänner ifrån reellt förebyggande arbete dvs deltar i planeringen eller förändring av olika arbetsförhållanden över träning och utbildning till rehabiliteringsarbete. Utgångspunkten måste dock vara det reella behov som finns hos uppdragsgivarna.

Med de förändrade förutsättningar som företagshälsovården nu har accentueras behovet av att de i ännu större utsträckning än tidigare orienterar sig mot uppdragsgivarnas behov och på det sättet bidrar till en förbättrad kommunal service för medborgarna.

SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET
Kommunalekonomi och Personalpolitik
Förhandlingssektionen
Enligt uppdrag


Hans Granqvist

92-05-14

SAMPELET MELLAN MÄNNISKAN OCH ARBETSMILJÖ - den professionella företagshälsovårdens kärnverksamhet

SACO ser morgondagens företagshälsovård som den samlade verksamhet

- där vi möter professionella yrkesutövare med stor frihet och stort handlingsutrymme
- där vi får kvalificerad hjälp att bedöma de komplexa sambanden mellan individ och arbetsmiljö
- där vi får hjälp med att utvecklas i arbetet och förebygga arbetsmiljörisker
- där vi bemöts med integritet och kvalificerat etiskt förhållningssätt.

Utgångspunkt

För SACO, som företräder 25 förbund med totalt 340.000 medlemmar inom alla arbetsmarknadssektorer, är den primära utgångspunkten att den enskilde anställde skall ha förtroende för företagshälsovården och uppleva dess verksamhet som relevant. Eller rättare, vårt intresse ligger främst vid **samspelet** och det ömsesidiga beroendet mellan individ och omgivning. Individerna i kollektivet, på arbetsplatsen, i arbetsorganisationen -- no man is an island.

Detta synsätt vill vi ska utgöra grunden för hur framtidens företagshälsovård formas. Det är i och för sig inget nytänkande men väl värt att åter betona. Vår uppfattning är att denna grund under åren kommit att sjunka undan och ersatts av föreställningar om att det går att inrikta företagshälsovård mot arbetsmiljön såsom fristående och åtskild från människan och verksamheten i vilken hon arbetar. Inte sällan har företagshälsovården kritiserats just för att personalen arbetat individinriktat och krav har gång på gång rests om att den i stället måste arbeta "på annat sätt" - förebyggande, övergripande. Själva kärnan, samspelet individ/arbetsmiljö, måste åter lyftas fram och tydliggöras. Den utgör själva motivet för FHV som sammanhållen verksamhet med ett unikt arbetsfält.

Tillbakablick och nuläge

Svensk företagshälsovård har historiskt en lång tradition framförallt emanerande i den gamla bruksläkarfunktionen och i anvisnings- resp. personalläkarsystemen, som under åren vuxit fram parallellt med eller ibland fristående från arbetarskydds/arbetsmiljölagstiftningar. Under de expansiva 60-70-talen kom företagshälsovården att förändra inriktning på en mängd olika orsaker; bl a det vidgade arbetsmiljöbegreppet, arbetstagarnas stärkta ställning genom sina organisationer och en växande insikt om förebyggande insatser betydelse. Den moderna företagshälsovården blev en fråga för arbetsmarknadens parter och verksamheten kom att utformas som en "opartisk rådgivande expertfunktion" och ersätta tidigare system som ofta kritiserades för att fungera som "arbetsgivarens förlängda arm". Detta paradigmskifte ledde bl a till en uppbyggnad av styrsystem för företagshälsovården som i backspegeln inte kan ses som vare sig funktionella eller rationella. Styrsystemen kom dessvärre att fjärma företagshälsovården från nära kontakt med de anställda och arbetsplatserna. En starkt bidragande orsak torde vara att styrsystemet som helhet inte ifrågasatts. SACO tar, som en av arbetsmarknadens parter, på sig del av ansvaret och skulden för att företagshälsovården aldrig i egentlig mening erhållit sådana goda förutsättningar för sin verksamhet som bra styrsystem bidrar till.

I en period av lågkonjunktur och av kraftfull strukturomvandling finns stora behov av att tillvarata och omsätta de kunskaper och erfarenheter som företagshälsovården besitter. Det behövs för att klara de kraftiga omställningarna i arbetslivet och stödja och hjälpa de anställda som utsätts för ett svårhanterligt förändringstryck. För att nyttja företagshälsovårdens tjänster rätt skulle verksamheten som sådan nu behövt befinna sig i en stabil period för att klara sin uppgift. Men så är ju inte fallet. Utan en egen stabil ekonomisk bas att falla tillbaka på slår nu arbetsgivarnas besparingskrav och förändringar av personalstyrka och arbetsorganisation rakt mot företagshälsovården, som direkt reagerar med egna driftinskränkningar och personalnedskärningar. (Avvecklingen av nuvarande statsbidrag bidrar till men orsakar inte ensamt företagshälsovårdens instabilitet). Företagshälsovårdens minskande möjligheter att ge kunderna god service gör i sin tur kunderna mindre benägna att satsa på företagshälsovård. En ond spiral är igång, den måste och går att snabbt bryta!

Egentligen skulle man kunna säga att arbetslivets decentraliseringssträvanden nu gör att det som inom företagshälsovårdsområdet benämns småföretagar-problematiken, (svårigheterna att få små företag att ansluta sig till företagshälsovård), nu blivit ett generellt anslutningsproblem i och med att stora företag och förvaltningar inrättar självständiga resultatenheter med eget kostnadsansvar. Företagshälsovårdens framtid är delvis avhängigt förmågan att tidigt bedöma

hur förändringar i omvärlden påverkar företagshälsovården, att omformulera gamla problemställningar som t ex i frågan om småföretagens anslutning.

Arbetsgivaren har ansvar

Genom de senaste förändringarna i Arbetsmiljölagen och Lagen om allmän försäkring har arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering förtydligats och förstärkts samtidigt som höga krav ställs på arbetsgivarna att bli en organiserad verksamhet för dessa frågor för att kunna fullgöra sina uppgifter. SACO kan inte se att arbetsgivarna kan ta detta ansvar eller fullgöra uppgifterna på ett riktigt sätt utan tillgång till den professionella kompetens som företagshälsovården besitter. Denna koppling mellan arbetsgivarens ansvar och företagshälsovården borde kunna öppna till konstruktiva vägar att tillförsäkra de anställda tillgång till företagshälsovård. Visserligen kan en risk skönjas med att företagshälsovården i likhet med tidigare personalläkarsystem kan börja uppfattas vara "arbetsgivarens förlängda arm", men denna risk kan på olika sätt minimeras och den är definitivt värd att ta med tanke på att det nu realistiska alternativet är att de anställda inte får tillgång till någon företagshälsovård alls.

FHV stödjer dynamiken

Begreppet arbetsmiljö har inte längre några gränser. Det är svårt att omsätta i praktiskt arbete, vilket vållar företagshälsovården och alla andra aktörer inom arbetsmiljöområdet problem med att finna och formulera sin uppgift. Paradoxalt nog är också begreppet en smula statiskt; arbetsmiljön ska "anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende". Inte heller individens förutsättningar är för allom givna utan i högsta grad föränderliga.

En god arbetsmiljö kan bidra till att utveckla individens förutsättningar som i sin tur kan bidra till att förbättra arbetsmiljön och inte minst stärka verksamheten på den egna arbetsplatsen. Företagshälsovårdens insatser kan tydliggöras och komma mer till sin rätt om den dynamiskt inriktade växelverkan mellan människan och arbetsmiljön fokuseras.

Företagshälsovårdens roll som en resurs för individen, som samtalspartner och "pedagogisk stöd", förtar inte utan snarare förstärker företagshälsovårdens uppgift att bistå arbetsgivaren att fullgöra sitt arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar.

Individen möter FHV

Individens möte med företagshälsovården möjliggörs genom tillgänglighet. Tillgängligheten får inte hämmas av regleringar eller centralstyrning. Den får inte heller styras av ekonomiskt snedvridande system som medför risk att individen känner sig kränkt i sina möjligheter att få kontakt med företagshälsovården. Det synes oss orimligt att exempelvis avgiftssystem konstrueras på sätt som gör den anställde beroende av arbetsgivarens bedömning och ställningstagande om denna kontakt får tas eller inte. Särskilt när det gäller ohälsa förorsakad av psykosociala konflikter, missbruk eller liknande är det orimligt att den anställde måste få acceptans för en kontakt med företagshälsovården på sin arbetsplats.

Individens behov av stöd och hjälp låter sig inte på förhand indelas och paketeras efter olika instansers kompetensområden och penningpåsar. Därför är det fel att försöka styra innehållet i kontakten mellan individen och företagshälsovården. Det måste lämnas till professionella bedömningar och individens egna önskemål att utforma insatserna på bästa sätt - det må röra rådgivning, utredning, sjukvårdande insatser, samtal i behandlings- eller förebyggande syfte, åtgärder på arbetsplatsen mm. Allt inom företagshälsovårdens kompetensområde. För att företagshälsovården ska kunna erbjuda denna frihet och flexibilitet i kontakten krävs ett konkurrensneutralt system för ersättning i förhållande till vårdgivare eller företag som erbjuder liknande tjänster.

Såväl individens som företagshälsovårdens möjligheter inskränks genom olika styrande regleringar som särbehandlar företagshälsovårdens behandlande insatser. Vi kan se att kostnadsfördelningen mellan arbetsgivare och samhälle för företagshälsovården kommer att bli en besvärlig nöt att knäcka, men problemet får inte lastas över på företagshälsovårdens personal så att det hindrar individens kontakt med företagshälsovården.

Respekt för FHV

Den enskilde individen har i sin kontakt med företagshälsovården rätt att förvänta sig ett professionellt bemötande. För att samspelet mellan individen och arbetsmiljön ska kunna förstås och eventuellt förändras är det viktigt att företagshälsovårdens personal är förtrogen med varje enskild kunds organisationsstruktur, verksamhet och arbetsmiljö. Företagshälsovårdens ägare må därför lägga stor vikt vid att legitimera betydelsen av denna "kulturkompetens" och bereda personalen tillfälle till arbetsplatsbesök etc.

Att bli professionellt bemött innebär också att individen har rätt att förvänta sig objektiva och självständiga bedömningar, utifrån personalens kunskap och kompetens. Utan objektivitet blir grunderna för den konsultativa diskussionen oklara och företagshälsovårdens roll vacklande och otydlig.

Arbetsgivarens företrädare borde ha ett intresse av att i t ex rehabiliteringsarbetet få stöd av företagshälsovården att sätta realistiska mål för sina insatser och bistånd med att forma olika handlingslinjer samt hjälp med att bedöma konsekvenser av alternativa vägar. Företagshälsovårdens personal måste ges reella förutsättningar att kontinuerligt hålla sig á jour med förändringar av villkor etc. som har betydelse för att kunna bistå arbetsgivaren med sådan rådgivning. Detta också självklart för att de som behöver rehabilitering ska få så bra hjälp som möjligt.

Som arbetstagarorganisation har SACO intresse av att kunna initiera och få inflytande över sådana uppdrag till företagshälsovården som omfattar en eller flera arbetsplatser inom arbetsgivarens område (dvs. skilt från enskilda individer). Vi bedömer att detta inflytande bäst utövas i samverkan mellan arbetstagarerna och arbetsgivarna på berörda arbetsplatser i en öppen och fri dialog med företagshälsovården.

En förutsättning för att företagshälsovården skall kunna fullgöra sina uppgifter i förhållande till individen och uppdrag från kundernas lokala parter är att personalen har ett stort handlingsutrymme vad gäller arbetets planering och uppläggning. Ju större och mer splittrat kundunderlaget är desto svårare för företagshälsovården att ge den kvalitativa service varje kund förväntar sig.

Kort- och långsiktighet

Finansieringen är en viktig faktor för företagshälsovårdens arbetsförutsättningar. SACO anser att dagens system som oftast bygger på att arbetsgivarna betalar ett antal kronor per år och anställd ger en alltför bräcklig grund för verksamheten. Vi har också tidigare tagit avstånd från delningstal med ett visst antal anslutna per befattningshavare. Dessa kvantitativa beräkningsgrunder ger ringa stöd för verksamhet som bygger på kunskaps- och servicetjänster.

Differentierade avgifter för olika typer av tjänster och företag blir nödvändiga (och förekommer de facto redan idag). Systemen får dock inte utvecklas i en ren McDonald's-anda med tanke-

styrande och kreativitetsinskränkande "smörgåslistor". Sådana leder till en falsk tro på påverkansmöjligheter och en risk för nya tungrodda administrativa system.

För att underlätta enskilda individers kontakt med företagshälsovården och undvika att verksamheten blir rent ad-hocmässig och styrd av kortsiktiga önskemål tror vi det är nödvändigt med en viss långsiktig basfinansiering. Den är också nödvändig om kärnan för företagshälsovårdens verksamhet inte ska gå förlorad, då samspelet mellan individ och arbetsmiljö är en kontinuerlig process.

En viktig uppgift för företagshälsovården är att systematisera kunskaper och erfarenheter av sina insatser så att ny kunskap erhålls och nya förklaringsmodeller kan växa fram och lägga grund för framtidens arbetsmiljöer. Det är när företagshälsovården ges möjlighet att arbeta på detta sätt som verksamheten blir unik och de direkta insatserna får en förebyggande verkan.

Sannolikt kan inte ens det bästa tänkbara finansieringssystem garantera företagshälsovårdens förutsättningar att arbeta långsiktigt och kvalitativt. Utan att binda oss för någon lösning eller modell är SACO berett att diskutera någon form av legitimering eller auktorisation för företagshälsovårdsenheterna. Med erfarenheten av parternas tidigare styrning över företagshälsovården så intar vi tills vidare en avvaktande hållning mot traditionella avtalsregleringar i frågor om företagshälsovårdens kvalitet. Men arbetsmarknadens parter har stora möjligheter att finna nya former att stödja företagshälsovårdens långsiktiga utveckling.

SACOs bild av 90-talets FHV

SACO ser att vi i arbetslivet inom de närmaste åren kommer att möta en företagshälsovård med professionella yrkesutövare, med stor frihet och stort handlingsutrymme, som kan ge oss hjälp att se och förstå de komplexa sambanden mellan individ och arbetsmiljö. Som kan hjälpa oss att utvecklas i arbetet, rätta till brister och uppmärksamma oss på hinder och framtida risker. Som kan ge oss kunskap som vi inte har egen tillgång till. Som vi med förtroende kan vända oss till med personliga problem som hindrar oss i vårt arbete. Som arbetar utifrån en gemensam verksamhetsidé och ett etiskt förhållningssätt. Som vågar påverka, ta ställning och "vara saltet i vår arbetsstillvaro".



Tjänsteställe, handläggare

Arbetslivsenheten, Sandqvist

Direktnr: 08-782 92 86

Dokumentnamn
Policydokument

Datum
1992-06-10

SOU 1992:103
Bilaga 2.13

Sida
2
Sakregisternummer

TCOs SYN PÅ FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

TCOs syn på företagshälsovården i sammanfattning

Företagshälsovården ska biträda arbetsgivaren i arbetet med att skapa bästa möjliga anpassning av arbetet till människors olika förutsättningar. Den ska arbeta utifrån en helhetssyn på människan i arbetsmiljön. Företagshälsovården ska spåra hälso- och skaderisker i arbetsmiljön och föreslå arbetsmiljöförbättrande åtgärder i företagen. Företagshälsovården ska ha en god kunskap om företagen och tyngdpunkten ska ligga på det förebyggande arbetet. Företagshälsovården ska organiseras med god ledning och hög kompetens.

Såväl verksamheten i företagshälsovårdsenheterna som bemanningens omfattning och kompetens ska utgå från företagets arbetsmiljöbehov.

TCO anser att företagshälsovården ska vila på avtal mellan parterna. Företagshälsovårdens insatser på arbetsplatsen ska slås fast i överenskommelser mellan arbetsplatsen och företagshälsovårdsenheten. Omfattningen av verksamheten ska regleras genom direktkontakter mellan företaget och företagshälsovårdsenheten.

Anpassning och rehabilitering har arbetsgivarna ansvar för enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Företagshälsovården har en nyckelroll inom dessa områden. Ett effektivt arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbete kräver medicinsk kompetens i företagshälsovården. Medicinsk service bör finnas i anslutning till företagshälsovården. Medicinsk service bör ges med bidrag från staten eller landstinget.

Inflytandet i företagshälsovården ska i första hand utövas genom att de lokala fackliga organisationerna ställer krav på företagshälsovårdens insatser på arbetsplatserna i förhandlingar med arbetsgivarna.

Grundutbildningen i företagshälsovård för personalen ska organiseras i ett basblock och ett specialistblock och anordnas i samhällets regi.

Företagshälsovården är en kunskapsintensiv bransch och för att säkerställa personalens utveckling bör varje företagshälsovårdsenhet anta en utbildningspolicy för sin personal.

TCO anser att generell statsbidrag till företagshälsovården bör bytas ut mot ett ekonomiskt bidrag från staten som syftar till en hög kvalitet i företagshälsovården.

Företagshälsovårdens arbetsuppgifter

Företagshälsovården ska ha god kunskap om företagen (motsv) samt om vilka krav som ställs på såväl organisation som enskilda individer. I detta ingår kännedom om företagets produktion och verksamhetens mål, omfattning och innehåll. Insatserna måste utformas med hänsyn också till de olika förutsättningarna i små och stora företag. Företagshälsovården ska verka stödjande och pådrivande för förändringar av arbetsmiljön, samt spåra hälso- och skaderisker i arbetsmiljön och föreslå arbetsmiljöförbättrande åtgärder. (Bilaga 1.)

Företagshälsovårdsenheterna insatser i företagen bör ersättas på affärsmässiga grunder.

I företagskonceptet bör företagshälsovårdsenheterna markera upp-
giften som rådgivare åt företagsledning, verksamhetsansvariga, anställda och lokala fackliga organisationer. Det kan t ex avse att på uppdrag av företagen utreda och/eller verkställa uppdrag inom arbetsmiljöområdet samt medverka i utvärdering av olika arbetsmiljöförbättrande insatser.

Arbetet ska ske i samverkan med företagets linjeorganisation och parternas arbetsmiljöverksamhet .

Personalen i företagshälsovårdsenheten ska ha stor kunskap om företagets verksamhet och dess olika miljöer, arbetsuppgifter och anställda.

Ordet företagshälsovårdsenhet används genomgående som beteckning på inbyggd företagshälsovård, företagshälsovårdscentral och branschhälsa.

Arbetsmiljöarbete

De lokala parterna bör kräva att företagshälsovårdsenheten gör en beskrivning av de uppdrag som enheten åtar sig. Beskrivningen ska innehålla ett antal kriterier där man bedömer olika arbetsmiljöfaktorer inverkan på människan och organisationen. Företagshälsovården föreslår hur genomförande och uppföljning ska ske. En överenskommelse mellan arbetsplatsen och företagshälsovården träffas om innehållet i uppdraget.

När företagshälsovården presenterar förslag till förändringar och förbättringar på arbetsplatsen bör dessa innehålla ekonomiska beräkningar om vad åtgärderna kostar och vilka förbättringar arbetsplatsen beräknas uppnå.

Yrkesinspektionen utövar systemtillsyn, med vilket menas att yrkesinspektionen i överläggningar med företaget går igenom planer för arbetsmiljöarbetet, hur arbetsmiljöarbetet är organiserat, kontrollerar hur arbetsgivaransvaret utövas i arbetsmiljöfrågor (internkontroll), m m. Arbetsgivarens internkontroll kräver kvalificerad konsult hjälp i företagen, vilket påverkar företagshälsovården positivt eftersom den får ett tydligt arbetsområde.

Företagshälsovårdsenheternas överenskommelse med företagen bör utformas så att enheterna får tillgång till och information om företagets arbetsmiljöarbete. Företagshälsovårdsenheterna bör vidare tillförsäkra sig rätt att besöka företagen och rätten att lägga förslag till förändringar på arbetsmiljöområdet.

Anpassning och rehabilitering

Att organisera anpassning och rehabilitering är en skyldighet för arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen. Insatserna för den som behöver rehabilitering ska utgå från den enskildes totala behov och situation och ske i samråd med denne. Arbetsgivaren har vidare förstahandsansvar för att rehabilitera den anställda tillbaka till arbetsplatsen enligt lagen om allmän försäkring. Företagshälsovården har en nyckelroll inom dessa områden.

Det är väsentligt att företagshälsovården inriktar sina insatser mer på den förebyggande och åtgärdande verksamheten än medicinsk rehabilitering som sjukvården ska svara för. Inom företagshälsovårdsenheterna bör även finnas en gemensam syn på arbetet med rehabiliteringsfrågorna.

Företagshälsovårdens roll i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten bör vara att

- bistå arbetsgivaren i konkreta anpassningsärenden
- föreslå åtgärder på arbetsplatsen så att det inte blir fler långtidssjukskrivna
- utföra rehabiliteringsutredningar
- informera personalen på företagen om deras roll i anpassnings- och rehabiliteringsarbetet
- utbilda chefer i deras roll i anpassnings- och rehabiliteringsarbetet.

Personalsammansättningen

Bemanningen bör utgå från arbetsmiljön och behoven i företagen. Utvecklingen i arbetslivet visar ett ökat behov av kunskap på grupp- och organisationsnivå i företagen, ett område där företagshälsovårdsenheterna bör ha kompetens.

Eftersom företagshälsovården ska arbeta med komplexa problem bör den bemannas med personer med en bred kunskapsbakgrund.

Ledningsfunktionen

Ledningsfrågorna i företagshälsovården är mycket viktiga, då ett effektivt kunskapsföretag förutsätter hög kompetens i ledningen. Företagshälsovårdsenheterna bör sträva efter att ha en ledningsfunktion med arbetsuppgifter som är väl definierade och självständiga.

Ledare för en företagshälsovårdsenhet bör vara en person som har kunskap och förmåga att utveckla arbetsmiljöarbetet, erfarenhet av att leda specialister och god kännedom om de anslutna företag som ska betjänas.

Eftersom företagshälsovårdsenheten innehåller specialister krävs också en god överblick över verksamheten och inriktning på att samordna de anställda i gemensamt arbete.

Medicinsk kompetens

Ett effektivt arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbete i företagen förutsätter medicinsk kompetens i företagshälsovården. Företagsläkarna har kompetens i arbetsmedicinska frågor genom att företagsläkarutbildningen är en särskild specialité inom läkarutbildningen.

Samhällsbidrag för medicinsk service

Arbetsgivare och anställda har uttalat intresse av att det finns medicinsk service i anslutning till företagshälsovården. Företagen kan tillhandahålla en medicinsk service antingen inom företagshälsovården eller genom separata avtal med läkare eller sammanslutning av läkare typ läkarhus.

Denna typ av tjänster, som inte direkt är att hänföra till arbetsmiljön, kan tillgodoses under förutsättning att detta inte påverkar företagshälsovårdens verksamhetsidé.

Ska företagshälsovårdsenheten bedriva sjukvård enligt primärvårdens uppgifter bör det dessutom föreligga ett avtal med landstinget bl a för att få del av statens eller landstingens ekonomiska bidrag för att bedriva sjukvård. Detta är särskilt viktigt med hänsyn till att företagshälsovårdsenheterna ska vara konkurrensneutrala i förhållande till vårdcentraler och privata läkare.

Inflytande i företagshälsovården

Företagshälsovårdens hitillsvarande verksamhet har byggts på avtal mellan parterna. Styrkan i avtalen är att fackförningens position tydligt anges. TCO anser att avtal bör vara grunden för företagshälsovård på arbetsplatsen.

Det är viktigt att anpassa inflytandeformerna i företagshälsovården till hur företagen och fackföreningen arbetar med arbetsmiljö och arbetsorganisationsfrågor. Ansvaret för arbetsmiljön har arbetsgivaren. Åtgärder för att skapa en bra arbetsmiljö innebär ofta ekonomiska och organisatoriska insatser.

De lokala parterna bör i förhandlingar fastställa krav och önskemål beträffande företagshälsovårdens insatser i företaget. TCO-förbunden anser att inflytandet i företagshälsovården i första hand ska utövas genom att de lokala fackliga organisationerna ställer krav på företagshälsovårdens insatser på arbetsplatsen. I andra hand kan även de fackliga organisationerna utöva inflytande i företagshälsovårdsenheternas verksamhet genom att ingå i deras styrelse.

Det lokala inflytandet över företagshälsovårdsenheternas verksamhet utövas förutom i lokala förhandlingar med arbetsgivaren även ute på arbetsplatserna genom fackliga förtroendemän t ex skyddsombud.

Ansvaret för kontakt mellan företagshälsovården och de anslutna företagen ska ligga på företagets ledningar och företagshälsovårdsenhetens ledning. Kontakt bör ske regelbundet med respektive företag. I dessa kontakter bör företagshälsovårdens verksamhet i företaget diskuteras.

Utbildning

Hög kvalitet på utbildningen ger kvalificerade medarbetare och innebär i sin tur hög kvalitet på företagshälsovården.

All personal bör utbildas. Arbetsmiljöinstitutet utbildar f n företagsläkare, företagssköterskor, företagsgymnaster, skyddsingenjörer, beteendevetare och chefer. Grupper som fortfarande saknar en vidareutbildning inom företagshälsovården är assistenter och annan administrativ personal, vilka även de borde erhålla utbildning.

Den administrativa personalen har under senare år fått mer varierande och omfattande arbetsuppgifter inom ekonomi, marknadsföring, ledning och samordning. Dessa arbetsområden anknyter till företagshälsovårdsenhetens verksamhet och understryker vikten av att alla jämställs i utbildningshänseende.

Utbildningen är ett viktigt instrument för att utveckla arbetet i företagshälsovårdsenheten. En del av utbildningen bör vara gemensam för alla yrkesgrupper både till innehåll och genomförande. Utbildningen delas upp i två block, ett basblock som är gemensamt för alla och ett specialistblock som är anpassat till tidigare arbets- och utbildningsbakgrund. I basblocket borde ingå ämnen som företagshälsovårdens mål, företagshälsovårdens uppgifter, projektarbete, lagar, avtal, föreskrifter m m.

Framtidens utbildning bör kunna anordnas av fler än Arbetsmiljöinstitutet, men i samhällets regi, dvs samhället ska bekosta utbildningen av personalen. Utbildningen av personalen i företagshälsovården ska vara konkurrensneutral. Företagshälsovården är en kunskapsintensiv bransch. Därför är det viktigt att personalen kontinuerligt får möjligheter att vidareutbilda sig. I detta sammanhang har företagshälsovårdsenheternas ledning en viktig uppgift att besluta om ekonomiska resurser för utbildning. Det är viktigt att det råder ett gemensamt synsätt på utbildningen mellan ledning och personal. Ett sätt att få en grund att stå på i dessa frågor är att varje företags hälsovårdsenhet i sin styrelse antar en utbildningspolicy för företagshälsovårdsenhetens personal. Policyn bör baseras på de miljöer och problem som personalen möter i sitt arbete.

Finansiering

TCO anser att generellt bidrag till företagshälsovården bör bytas ut mot ett ekonomiskt bidrag från staten som syftar till att upprätthålla en hög kvalitet i företagshälsovårdens verksamhet.

Beslutet om att ta bort det generella samhällsstödet till företagshälsovården från den 1 januari 1993 får enligt TCO mycket negativa effekter i företagshälsovården både vad gäller omfattningen och kvalitén. TCO anser att det generella stödet borde utvecklas etappvis under 1993 och 1994 för att företagshälsovårdens insatser i företagen ska kunna upprätthållas på en hög kvalitativ nivå. Om inte detta går kommer riksdagens beslut vad avser arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö, arbetsanpassning och rehabilitering inte att kunna genomföras. Riksdagen beslutade i maj 1991 om förändringar i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring som förutsatte att företagshälsovården fanns i nuvarande omfattning och hade samhällsstöd.

Att spåra och förebygga

Den nära kopplingen till arbetsplatser ger företagshälsovården bra signaler för dess verksamhet. Dessa kan vara:

- kontakt genom besök av individen eller telefonsamtal från individen eller telefonsamtal från individ eller arbetsgivare
- besök på arbetsplatser
- uppdrag från arbetsgivare, facket, skyddskommitté eller företagshälsovårdskommitté
- vetenskapliga rapporter
- press, radio och TV
- föreskrifter från arbetarskyddsstyrelsen.

Exempel på uppgifter i arbetet:

- arbeta för förebyggande av arbetsskador såsom arbetsolyckor och arbetssjukdomar, såväl fysiska som psykiska
- att skaffa sig kunskap om miljön genom olika mätmetoder för att kunna vidta åtgärder för att förbättra miljön
- medverka i verksamhetsplanering, organisationsförändring och projektverksamhet
- medverka vid inköp/upphandling av maskiner, utrustning och produkter
- medverka i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten
- medverka vid introduktion och utbildning av anställda
- medverka i förebyggande hälsovårdsarbete genom råd och upplysningar.
- genomföra lagstadgade årliga hälsokontroller av anställda som följer livsmedelslagen i sitt arbete
- genomföra riktade hälsokontroller och uppföljning enligt vissa av arbetarskyddsstyrelsen utfärdade föreskrifter

I begreppet förebyggande arbetsmiljöarbete för följande arbetsuppgifter integreras:

- utbildning och information om arbetsmiljöverksamheten på arbetsplatserna. I informationen bör ingå hur arbetsgivaren åtgärdar och förebygger arbetsmiljöproblem. Utbildningen bör organiseras i lärande aktiviteter i syfte att öka det förebyggande arbetsmiljöarbetet
- aktiviteter på en arbetsplats som förhindrar att människor blir sjuka, drabbas av ohälsa eller olycksfall
- följa upp sjukfrånvaro, arbetsskador och personalomsättning, dra slutsatser av informationen samt föreslå åtgärder
- genom kartläggning redovisa vilka komponenter i arbetsmiljön som åstadkommer ohälsa. All typ av kartläggning bör leda till förändringar så att tidigare problem inte upprepas och på detta sätt bli förebyggande ur arbetsmiljösynpunkt.

1. Allmänt

Under senare år har det publicerats åtskilliga studier som behandlar ämnet företagshälsovård. Inom ramen för Arbetsmiljööfondens företagshälsovårdsprogram som avslutades vid årsskiftet 1990/91 efter sju års arbete har exempelvis behandlats sammanlagt 60 projekt som resulterat i, i stort sett, lika många rapporter. Rapporterna har utformats så att de skall kunna användas som metodvägledning i det dagliga arbetet.

Även de fackliga organisationerna, liksom arbetsgiversidan, har producerat åtskilligt material om företagshälsovården — både som programförklaringar och som studie- och informationsmaterial.

I arbetsmiljööfondens företagshälsovårdsprogramms slutrapport 1991-01-21 återfinns följande tankeväckande rader.

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

Arbetsmiljön i sin tur är inget eget ”område” med egna förutsättningar och mål utan en funktion av verksamheten i arbetsorganisationen. Arbetet för en god miljö på arbetsplatsen är därigenom ett led i utvecklingen av det goda företaget eller den goda förvaltningen, där människans hälsa och utvecklingsmöjligheter värnas och en effektiv produktion och verksamhet främjas.”

Programstyrelsen har angett att ovan angivet synsätt varit vägledande i arbetet med företagshälsovårdsprogrammet. Frågan om programmet kunnat utveckla detta synsätt och avsätta resultat som är tillämpbara i verkligheten har emellertid av olika skäl ej kunnat besvaras. Detta har berott på att det bl.a. saknats studier av mera analyserande och utvärderande karaktär av företagshälsovårdens verksamhet.

Arbetsmiljööfonden har inom ramen för Företagshälsovårdsprogrammet tagit fram olika idéskrifter och rapporter.

Från delrapporten Rehabilitering i arbete, utgiven i början av 1990, kan hämtas följande citat.

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

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

ökat. Frågan är om det ens med sofistikerade metoder finns resultat att redovisa. — Detta kan inte enbart lastas företagshälsovården. En del av skulden måste läggas på den förvirrande konstruktion vi har idag. Företagshälsovården är inte direkt ansvarig inför sina kunder utan inför en företagshälsovårdskommitté, som i praktiken är utan ansvar inför kunderna.”

”Företagshälsovården måste för att bli trovärdig få lov att fungera mer som ett konsultföretag med direkt kundansvar i stället för att som i dag närmast likna en skyddad verkstad. Ett kundansvar kommer också att leda till att resultatinriktade människor söker sig till företagshälsovården. I dag är det inte så.”

”Det finns ingen stark utvecklingspotential eller tydlighet i dagens verksamhet, främst beroende på de skyddsnät som omgärdar den. Det finns inte heller någon gemensam och tydlig målsättning som är accepterad. Det föreligger alltför många dubbla budskap. Att man gör något beror på att någon annan inte fullgör sin uppgift på bästa sätt.”

”Företagshälsovården har under hela utvecklingstiden haft en svag och komplicerad ledning baserad på inflytande, positionsbevakning och administration snarare än utveckling. — Den största bristen har naturligtvis varit okunskapen om hur ett tjänsteproducerande företag bör drivas samt om hur arbetsmiljöarbetet bör utvecklas för att skapa framförhållning.”

”Företagshälsovården har kanske på papperet varit en föregångare när det gäller synen på organisationen och de anställdas möjligheter till inflytande i den egna arbetssituationen. Problemet är dock oklarheter i inriktningen och den svaga kopplingen mellan avgift och faktisk insats. Därigenom har verksamheten inte utvecklats på avsett sätt.”

En annan skrift inom ramen för Företagshälsovårdsprogrammet, utgiven i mitten av 1991, *Nu eller aldrig*, behandlar företagshälsovårdens förändringsarbete i ett framtidsperspektiv.

2. Översynsutredningen

Utredningen Företagshälsovård i omvandling, Ds 1990:42 har behandlat företagshälsovårdens verksamhet på ett mera övergripande sätt.

För att få en bild av företagshälsovårdens verksamhet och inriktning lät arbetsgruppen för nämnda utredning, den s. k. översynsgruppen, genomföra en enkät riktad till samtliga landets företagshälsovårdsenheter. Resultaten av den enkät, som genomförts av IMU-testologen under hösten 1989, redovisas i översynsgruppens delrapport Företagshälsovård (Ds 1990:23).

Ett antal frågor i enkäten avsågs belysa hur stor del av arbetstiden som olika befattningshavare inom företagshälsovården ansåg sig använda för förebyggande arbetsmiljöarbete, sjukvård/behandling, anpassning och rehabilitering samt övrigt, tex administration och egen utbildning. Några frågor gällde också hur man på centralerna upplevt förändringarna i verksamheten efter 1986.

Det framgick av svaren att de förändringar som redovisats av verksamheten till viss del gått i den riktning som eftersträvades i 1986 års reform. Däremot tydde svaren på att förändringen av verksamheten endast i liten omfattning beror på de ändrade bidragsreglerna.

Resultatet av enkäten tydde på att tiden som relativt sett använts för arbetsmiljöarbete och anpassning/rehabilitering ökat hos 50-60 procent av enheterna. Trots den redovisade förändringen, läggs fortfarande relativt mycket tid på sjukvård/behandling.

Läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster ägnade, enligt vad som framkom i enkäten, som genomsnitt för alla enheter, 42, 28 resp 32 procent åt sjukvård/behandling. Motsvarande siffror för förebyggande arbetsmiljöarbete var 24, 44 respektive 40 procent. För nämnda personalkategorier var siffrorna för anpassning/rehabilitering 20, 12 respektive 16 procent. För vissa enheter var inslaget av sjukvård/behandling betydligt högre än vad genomsnittssiffrorna angav. Nämnda tre personalkategorier utgjorde samtidigt drygt 50 procent av alla anställda inom företagshälsovården. Hos skyddsingenjörerna, som utgjorde ca 13 procent av alla anställda, dominerade arbetsmiljöarbetet helt med 77 procent av arbetstiden. Beteendevetarna, som endast utgjorde sex procent av alla anställda, delade sin tid mellan främst arbetsmiljöarbete och anpassning/rehabilitering. För övrigt var beteendevetarna den personalgrupp som ägnade störst andel tid åt arbetsanpassning och rehabilitering, 26 procent.

För den kommunala respektive de privata företagshälsovårdsenheterna täcktes 31 respektive 25 procent av de sammanlagda kostnaderna av det statliga bidraget. Knappt 70 procent av såväl kommunala som privata enheter tog ut samma avgift för samtliga anslutna (medelvärde 601 kronor respektive 762 kronor).

Översynsutredningen konstaterade i sitt betänkande att det råder delade meningar om hur det förebyggande arbetsmiljöarbetet skall läggas upp och om hur företagshälsovården skall kunna förverkliga sina målsättningar. Som ett skäl till detta anges det förhållandet, att företagshälsovården inte lyckats tala om för avnämarna vad man är till för och vad man står för. Företagshälsovården har inte lyckats marknadsföra sig på rätt sätt och till rätt målgrupp. Ett annat skäl är, enligt översynsutredningen, att företagshälsovården har olika roller och skall tillgodose behoven hos skilda målgrupper på en arbetsplats.

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

3. Svenska Arbetsgivareföreningens studie 1992

En studie "Företagens krav och förväntningar på företagshälsovården" baserad på en enkätundersökning våren 1992 behandlar företagshälsovårdens verksamhet ur användarsynpunkt, avgränsad till företagsledningens perspektiv på företagshälsovården. Studien har initierats och finansierats

av SAF. Högskolelektor Göran Bostedt, Högskolan i Sundsvall/Härnösand har varit projektansvarig. Av rapporteringen om studien framgår bl. a. följande.

Syftet med projektet har varit att inventera de förväntningar, och de önskemål/krav, företagen har på företagshälsovården. Rapporten ger svar på vilka hinder och möjligheter som idag karaktäriserar samarbetet mellan företagen och företagshälsovården. En beskrivning av nuläget ger underlag för en, i överensstämmelse med uttryckta behov och önskemål från kunderna, fortsatt utveckling av företagshälsovårdens tjänster och arbetsformer.

Materialinsamling har skett genom telefonintervjuer. Företagen utgör ett representativt urval av Svenska Arbetsgivareföreningens medlemsföretag vad avser olika storleksklasser och förbund. I urvalet finns även en spridning vad avser geografisk hemvist, branscher och typ av företagshälsovård. Företag ej anslutna till företagshälsovård ingår också i studien. Totalt intervjuades 978 av 1 184 företag. Det ger en svarsfrekvens på 83 procent. Dock bör noteras att företag med mellan en och fem anställda och inte heller inbyggd företagshälsovård ingår i studien.

I rapporten presenteras inledningsvis de dominerande arbetsmiljöproblemen i företagen idag och i framtiden, enligt företagsledningarnas bedömning. Dagens problemtyper domineras av psykosociala frågor, belastningsskador och frågor rörande arbetets organisation. Den nära framtidens problem bedöms bli tekniska frågor, belastningsskador och de psykosociala frågorna.

Uppfattningar om dominerande problemtyper jämförs därefter med hur företagen använder företagshälsovårdens tjänster. Mest nyttjade tjänster är allmänna sjukvårdsinsatser, åtgärder rörande belastningsskador och tekniska arbetsmiljöproblem. De psykosociala frågorna samt insatser rörande arbetsorganisation tillhör de områden där företagshälsovården används minst. Det gäller även för insatser rörande analys av frånvarons storlek och orsaker. Friskvård, fysiska arbetsmiljöinsatser, allmänna sjukvårdsinsatser och rehabiliteringsåtgärder utgör områden där företagshälsovårdens tjänster anses kunna nyttjas mer i framtiden.

Med undantag för allmänna sjukvårdsinsatser och åtgärder rörande belastningsskador kan företagshälsovårdens tjänster sägas vara dåligt utnyttjade. 49 procent av företagen anser därutöver att tjänsterna inte motsvarar de resurser de avsätter i form av medlemsavgifter. 69 procent av företagen kan inte se några motiv till att acceptera ytterligare resursavsättning till företagshälsovården. 16 procent av företagen, företrädesvis små företag, planerar att gå ur företagshälsovården.

Företagshälsovårdens främsta bidrag kan enligt företagen sammanfattas i dels allmänna sjukvårds- och friskvårdsinsatser, dels tillgängligheten. De största bristerna kan sammanfattas i otillräckliga kontakter mellan företagshälsovården och företagen samt avsaknaden av sjukvård. Olika sätt att förbättra kontakterna mellan företagshälsovården och kunderna dominerar bland förslagen om hur samarbetet kan utvecklas vidare.

I rapporten presenteras avslutningsvis motiv till att företag inte ansluter sig till företagshälsovård. Det viktigaste skälet till att anslutning inte sker är

att det saknas behov i företaget av företagshälsovårdens tjänster. I andra hand saknas informations- och marknadsföringsåtgärder. Det senare gäller speciellt de små företagen. Allmänna sjukvårdsinsatser utgör den bästa profileringen från företagshälsovårdens sida för att motivera de icke anslutna att gå med.

De olika avsnitten ur studien redovisas här i den ordning de refereras i kapitel 5.

Beträffande företagets värdering av företagshälsovårdens insatser anges i utredningen följande.

”Olika tänkbara arbetsmiljöinsatser i företagen kan grovt kategoriseras efter tekniska, fysiska, sociala och psykiska aspekter av arbetsmiljön. Denna bredd i möjliga arbetsmiljöproblem kräver motsvarande bred kompetens inom företagshälsovården. Det medför att företagets kontakter med företagshälsovården kännetecknas av samarbete med flera olika personalkategorier. De arbetsmiljöanknutna frågorna skiftar därutöver från enkla och snabbt åtgärdade problem till mer komplexa och i åtgärdsledet mer kunskapsintensiva frågor. Samarbetet mellan företag och företagshälsovård sker slutligen på flera olika arenor (skyddskommittéer, företagshälsovårdskommittéer, skyddsronder, utredningar, löpande kontakter m m). Då såväl kontakter som problembilder är av skiftande slag fanns det skäl att söka företagets helhetsintryck av företagshälsovården. Vilka är företagets sammanfattande bedömning av samarbetet med företagshälsovården?

Tabell. Företagens sammanfattande värdering av företagshälsovården. Reaktionen på fyra påståenden. Siffrorna anger procentuell fördelning. Antal observationer=674.

	Procent
– FHV utgör en viktig och ofta använd resurs för företaget	27
– FHV utgör en viktig men outnyttjad resurs för företaget	36
– FHV har litet att erbjuda som utgör ett bidrag till arbetet i företaget	22
– FHV utgör en ekonomisk och verksamhetsmässig belastning för företaget	6
– Inget av alternativen	6

Företagen kan delas in i tre grupper. 22 procent är kritisk till företagshälsovården, 27 procent är odelat positiv och en stor grupp (36 procent) ser fördelarna med företagshälsovård som idé men har av olika anledningar inte nyttjat dess kompetens. De totalt 28 procent som är kritisk eller mycket kritisk till företagshälsovård är en för företagshälsovården förlorad målgrupp. Här har legitimitetsproblemen övergått till ett avståndstagande.

Det finns en påtaglig variation i svaren med avseende på företagsstorlek och svarandegrupp i denna intervjufråga. De stora företagen anger oftare (38 procent) än de övriga att företagshälsovården både är viktig och ofta använd. Bland personalcheferna har 51 procent denna åsikt mot t. ex. bara 21 procent bland VD/chefer. Bland de senare anser 10 procent att företagshälsovården utgör en belastning. Här återkommer avståndet mellan företagshälsovården och verksamhetsföreträdarna. Av de totalt 64 procent av företagen som ansåg att företagshälsovården inte utgör en både viktig och använd resurs svarar 23 procent (d v s 15 procent av företagen med extern företagshälsovård) att de planerar att utträda ur företagshälsovården.

Detta är mest vanligt bland de små företagen och bland de som dels menar att företagshälsovården har litet att erbjuda som utgör ett bidrag till arbetet i företaget, dels att företagshälsovården utgör en ekonomisk och verksamhetsmässig belastning för företaget.”

Av studien framgår bl. a. inom vilka branscher anslutningen till företagshälsovården är minst.

”Av de 265 företag som i urvalet ej var anslutna till företagshälsovård dominerar de små företagen, 43 procent. Medelstora företag utgjorde 28 procent och stora företag 11 procent av gruppen. Företagen återfinns i såväl faktiska tal som i procent inom framförallt Handels- och Tjänstegruppen samt Transportgruppen, se tabell nedan.

Tabell. Företag ej anslutna till företagshälsovård redovisad efter förbundsgrupper. Siffrorna anger procentuell fördelning. Antal observationer=265

	Procent
1. Verkstadsgruppen	4,5
2. Skogsgruppen	7
3. Stål- och Metallgruppen	2
4. Industrigruppen	2,5
5. Transportgruppen	19
6. Byggnadsgruppen	7,5
7. Handels- och Tjänstegruppen	47
8. Finansgruppen	0,5
9. Informations- och Mediagruppen	3
10. Allmänna gruppen	7

15 procent av företagen hade tidigare varit anslutna till företagshälsovård. Andelen ej anslutna företag hade säkert varit högre än vad som redovisas ovan om inte de allra minsta företagen (mellan en och fem anställda) valts bort i studien. Vilka är de viktigaste skälen till att företagen inte ansluter sig till företagshälsovård?

Tabell. Motiv till att ej ansluta företaget till företagshälsovård. Siffrorna anger procentuell fördelning. Antal observationer=265

	Procent
1. Inom företaget finns inga behov av företagshälsovårdens tjänster	51
2. Frågan har aldrig varit uppe till diskussion	46
3. Inom företaget saknas kunskap om FHV	43
4. Det kostar för mycket att vara ansluten till FHV	38
5. Det utbud av tjänster som finns hos FHV-enheterna på orten motsvarar inte de behov som finns inom företaget	29
6. Inom företaget finns uttalade önskemål om att inte vara ansluten	6
7. Företaget har sökt anslutning till FHV men inte fått tillträde till dess tjänster	6
8. Det finns ingen FHV-enhet att ansluta sig till på orten	5

I rapportens inledning presenteras de mest frekventa problemtyperna i företagen. Där konstaterades att det är arbetsmiljöfrågor med hög problemkomplexitet som idag är, och i framtiden kan förväntas bli, de dominerande problemen. De psykosociala frågorna, förslitningsskadorna, organisationsfrågor, vissa tekniska och kemiska frågor m. fl. har det gemensamt

att de ofta är kunskapsintensiva i åtgärdsledet, visar sig ofta när skadan redan är ett faktum och är bestående under längre tid hos individen, även om orsakerna kan fastställas och undanröjas. Med sådana problembilder har företagshälsovården en viktig potentiell roll för problemhantering. Företagen anger som det enskilt dominerande skälet till att anslutning ej skett att det inte finns några behov av företagshälsovårdens tjänster. Detta visar att företagen inte anser att FHV kan erbjuda de tjänster som de behöver, dvs bristande förtroende för FHV:s förmåga. Många FHV-enheter saknar också specialistkompetens inom områdena psykosocial arbetsmiljö och organisationsteori.

Företagshälsovården upplevs inte av dessa företag som problemlösare, det är det enskilt viktigaste skälet till att anslutning inte skett. I andra hand saknas informations- och marknadsföringsåtgärder från företagshälsovårdens sida. Det gäller speciellt de små företagen och därmed också rimligen den grupp som exkluderats från undersökningen, dvs. företag med en till fem anställda där samtidigt anslutningsgraden till företagshälsovård är lägst. I tredje hand anges ekonomiska orsaker. Det finns ingen variation i svar beroende på svarandegrupp. Handels- och Tjänstegruppen skiljer sig från Transportgruppen enbart i det avseendet att alternativet "det saknas kunskap om företagshälsovård" prioriteras i tredje hand före alternativet "det finns uttalade önskemål om att inte vara ansluten". I Transportgruppen är förhållandet det motsatta.

Vid intervjuerna ställdes frågan om en förstärkning av vissa av företagshälsovårdens tjänster kunde motivera att företaget nu eller i framtiden anslöt sig till företagshälsovård.

Tabell. Kan en förstärkning av vissa av företagshälsovårdens tjänster motivera företaget att ansluta sig. Siffrorna anger procentuell fördelning. Antal observationer=265

	Samtliga ej anslutna	Handels- och Tjänstegruppen	Transport gruppen
Ja, absolut	9	12	4
Ja, kanske	23	27	22
Nej	44	39	47
Vet ej	23	22	27

32 procent av samtliga anslutna företag menade att en profilering av företagshälsovårdens tjänster kunde motivera företaget att ansluta sig. En naturlig följdfråga till denna avgränsade grupp blev då hur denna profilering skall se ut?

Allmänna sjukvårdsinsatser, friskvård och fysiska arbetsmiljöinsatser (förslitningsskador) dominerar i nu nämnd ordning som önskemål rörande profilering från företagshälsovårdens sida för att motivera anslutning, se tabellen nedan. Det överensstämmer med de redan anslutna företagens uppfattningar om dels vilka av tjänster som kan nyttjas mer, dels vad som kan motivera dem att avsätta mer resurser till företagshälsovården. Kravet på allmänna sjukvårdsinsatser är särskilt tydligt markerat för denna grupp företag jämfört med de redan anslutna.

Tabell. Vilka delar av företagshälsovårdens tjänster skall förstärkas för att motivera företagen till anslutning. Siffrorna anger procentuell fördelning. Antal observationer=86

	Totalt	HTG	TG
– Allmänna sjukvårdsinsatser som t.ex. allmän mottagning, hälsoundersökning m.m.	71	70	67
– Fysiska arbetsmiljöinsatser som t.ex. belastningsskador, allergier, ergonomi m.m.	49	47	33
– Tekniska insatser som t.ex. skyddsfrågor, ventilation, buller eller kemiska hälsorisker	34	26	42
– Allmänt konsultstöd som t.ex. utbildning, information m.m.	28	26	33
– Rehabiliteringsåtgärder	36	51	8
– Psykisk arbetsmiljö som t.ex. trivsel, stress, samarbetsfrågor, hot om våld m.m.	29	40	8
– Friskvård som t.ex. gymnastik, kost och motion	56	51	67
– Sociala frågeställningar som t.ex. missbruk	16	14	–
– Arbetsorganisationsfrågor	20	21	33
– Analys av frånvaros storlek och orsaker	27	26	33

Not: Totalt=samtliga ej anslutna, HTG=ej anslutna i Handels- och Tjänstegruppen, TG=ej anslutna i Transportgruppen.

Profilering i tjänsteutbud behöver inte vara det enda som kan motivera företag att ansluta sig till företagshälsovård. Avslutningsvis ställdes därför en öppen fråga (dvs. utan givna svarsalternativ) rörande andra viktiga skäl som kunde motivera anslutning.

Tabell. Andra faktorer som kunde motivera företaget att ansluta sig till företagshälsovård. Siffrorna anger procentuell fördelning. Antal observationer=86

	Procent
– Lägre kostnad/betala för varje tjänst	12
– Behöver få veta mer om företagshälsovården	10
– Finns inte behov eller önskemål från personalen	7
– Övriga faktorer	8
– Nej, kommer inte på något	65

Profilering i tjänsteutbud är uppenbarligen viktigt, 65 procent av företagen kommer inte på något annat alternativ. Företag som tidigare varit anslutna till företagshälsovård anger i förhållandevis större omfattning än övriga alternativet lägre kostnad/betala för varje tjänst. Det antyder att kostnaden var en viktig orsak till att utträda ur företagshälsovården.”

4. Rehabilitering i utveckling

I skriften Rehabilitering i utveckling, (RFV redovisar 1990:2), beskrivs positiva erfarenheter från olika former av samverkan mellan försäkringskassan och arbetsgivare/företagshälsovård.

”Cirka 85 procent av de långtidssjukskrivna har en anställning. Många försäkringskassor arbetar därför i dag tillsammans med arbetsgivare med rehabiliteringsfrågorna. Det finns många olika sätt att göra detta, vilket belyses genom de exempel som redovisas i skriften. Gemensamt för de olika samarbetsformerna är synsättet att det är hos den egna arbetsgivaren som stora möjligheter till en lyckad rehabilitering finns. För den enskilde blir omställningen minst om han kan gå tillbaka till sin vanliga arbetsplats där han känner arbetskamraterna, produktionen, får samma resväg till arbetet etc. En annan viktig anledning till att satsa på arbetsplatsanknuten rehabilitering är de lagar som finns om arbetsgivarens skyldigheter t. ex. vad gäller anpassning av arbetsuppgifterna till den anställdes förutsättningar. Viktiga mål för samverkan är att rehabilitera de sjukskrivna på arbetsplatsen, att förebygga fortsatt sjukskrivning hos dem som gått tillbaka till arbetet och att mer generellt se över och förbättra arbetsmiljön.

Samarbetet kan utformas på många olika sätt. I en mängd projekt har försäkringskassan placerat ut en eller flera handläggare på företaget för att få till stånd ett effektivare samarbete. Kassans anställda har funnits på arbetsplatsen varje dag eller några dagar per vecka. Så gjorde man i Trelleborgsprojektet. Det gör man nu också i projekt som pågår i Göteborg i samarbete med Volvo och i Trollhättan i samarbete med SAAB. Denna modell prövas på många andra platser i landet – även om inte i projektform.

I många projekt har samarbetet med arbetsgivaren skett via företagshälsovården. Det har även prövats att en FHV-central hjälper till att omplacera personer mellan de företag som är anslutna till centralen som t. ex. i projektet Samarbete företagshälsovård-försäkringskassa inom rehabiliterings- och anpassningsområdet som bedrivs av Västerbottens försäkringskassa. I detta projekt har även prövats att avdela en anställd på försäkringskassan att arbeta med sjukskrivna som har anställning hos arbetsgivare anslutna till den aktuella FHV-centralen. Möjligheterna till omplacering av anställda mellan olika företag prövas även i projektet Aktivering av rehabiliteringsfrågor för företag med 5-200 anställda, som försäkringskassan i Kopparberg driver.

I rapporten framhålls vidare att samarbetet med arbetsgivare är mycket viktigt i rehabiliteringen. Genom projekt och försök har det visats att stora effekter kan nås genom insatser på den egna arbetsplatsen. Försäkringskassan har genom samarbetet fått bättre kontakt med de anställda, en bättre inblick i de olika arbetsuppgifterna och arbetsmiljöerna på företaget liksom bättre kontakt med arbetsledare och övriga i ansvarig ställning på arbetsplatsen. Arbetsgivaren har fått bättre kunskap om vad sjukförsäkringen och försäkringskassan kan bidra med i en rehabiliteringssituation. Genom detta har rehabiliteringsåtgärder både lättare kunnat ordnas och tidigare kommit i gång på arbetsplatsen.

En hel del olika samarbetsmodeller har prövats i projekten. Här finns många idéer att använda sig av för att starta samarbete där sådant inte finns. Viktigast i samarbetet är att de som skall samarbeta är överens om vad man vill åstadkomma. Rutiner och arbetsmodeller får sedan anpassas till de lokala förutsättningarna.”

5. Utdrag ur propositionen 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering, avsnitt 4.3, Sjukvårdens roll inom företagshälsovården. Avsnittet redovisas i sin helhet.

”Den dåvarande chefen för arbetsmarknadsdepartementet behandlade frågan om sjukvårdens roll inom företagshälsovården i propositionen 1984/85:89 om företagshälsovård och arbetsanpassning. Hon konstaterade att sjukvård, i bemärkelsen medicinsk behandling, i första hand skall tillgodoses inom ramen för samhällets hälso- och sjukvård. Dock bedömde hon att en viss andel sjukvård har sitt berättigande inom företagshälsovården. Statsrådet betonade samtidigt vikten av ett väl fungerande samarbete mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvården och pekade på att landstingens planeringsansvar för den allmänna hälso- och sjukvård även gäller företagshälsovården.

I den nämnda propositionen framhöll föredraganden särskilt vikten av en ökad satsning på förebyggande verksamhet inom företagshälsovården. Det bidragssystem som infördes år 1986 syftade till att stimulera till förebyggande insatser och reducera sjukvårdens omfattning genom att ta bort den tidigare kopplingen mellan ersättningen och företagshälsovårdens sjukvårdande verksamhet.

Den ändring av bidragssystemet som gjordes år 1986 har inneburit att sjukvårdens omfattning har minskat bara marginellt. Detta framgår av den enkätundersökning till landets samtliga företagshälsovårdsenheter som arbetsgruppen låtit utföra. Trycket på företagshälsovården att tillhandahålla sjukvård är fortfarande stort, samtidigt som sjukvården tar anse- nliga resurser i anspråk inom företagshälsovården.

Arbetsgruppen har, som jag tidigare nämnt, varit enig om att tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete skall vara att förebygga ohälsa och bristande välbefinnande i arbetet. Därvid har insatser riktade mot arbetsmiljön av högsta prioritet. Denna uppfattning delas av remissinstanserna.

Arbetsgruppens majoritet har vidare uttalat uppfattningen att allmänna sjukvårdande, behandlande uppgifter i princip inte faller inom företagshälsovårdens ansvarsområde utan är en uppgift för hälso- och sjukvården, främst primärvården. Svenska arbetsgivareföreningens (SAF) representant i arbetsgruppen har reserverat sig mot detta och anser att företagshälsovården måste få ta på sig visst allmänt sjukvårdsansvar om uppdragsgivaren så önskar. SAF har framför allt hänvisat till bristande resurser inom hälso- och sjukvården. Även bland remissinstanserna råder delade meningar om sjukvårdens roll inom företagshälsovården och flera instanser anser att viss sjukvård skall vara kvar.

Jag har tidigare uttalat att företagshälsovården främst skall arbeta förebyggande och medverka i anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen. De medel som samhället ställer till företagshälsovårdens förfogande är avsedda att användas för dessa uppgifter och därigenom bidra till att minska samhällets totala kostnader för hälso- och sjukvården. En förutsättning för att företagshälsovården till fullo skall uppnå dessa syften anser jag vara att den klart avgränsar sin roll och koncentrerar sina insatser på arbetsförhållandena, såväl generellt som för den enskilde. Detta innebär att allmänna sjukvårdande, behandlande uppgifter i princip inte ingår i företagshälsovårdens uppgifter.

Ett vanligt argument för en stor andel sjukvårdande verksamhet inom företagshälsovården är att sjukvården ger viktig information om hälsoproblem i arbetsmiljön. Denna ståndpunkt förs också fram i några av

remissvaren. Även jag har förståelse för denna uppfattning, men jag anser samtidigt att signaler på ohälsa måste och kan fångas upp i ett tidigare skede, innan det uppstått ett behov av sjukvård. Effektiva insatser i såväl det förebyggande arbetet som i rehabiliteringsarbetet förutsätter tidiga insatser. Genom nära kontakter med arbetsplatserna, anställda, arbetsledning m. fl. kan företagshälsovårdens personal i ett tidigare skede få en uppfattning om problemen i arbetsmiljön.

Det hävdas ofta att företagshälsovården skall ägna sig åt arbetsrelaterad sjukvård. Arbetsgruppen har emellertid ansett att detta begrepp är oprecist och ger en oklar avgränsning av företagshälsovårdens roll. Jag vill erinra om att liknande synpunkter fördes fram redan vid remissbehandlingen av företagshälsovårdsutredningens betänkande (SOU 1983:31) Företagshälsovård för alla. Enligt min mening bör inriktningen vara att företagshälsovården i början av ett sjukdomsförlopp kan konstatera eventuella samband med arbetsmiljön och hänvisa en anställd till rätt vårdinstans och mot slutet underlätta återgång till arbetet och bistå med förslag om anpassningsåtgärder som behövs för att arbetstagaren skall kunna utföra arbetet.

Företagshälsovård ses ibland som en arbetsplatsanknuten primärvård, kanske därför att en betydande del av företagshälsovårdens personal har sjukvårdsinriktning i kompetens och arbetssätt. Att förväntningarna på företagshälsovården inte alltid stämmer överens med företagshälsovårdens målsättning på det sätt den kommit till uttryck i avtalen och i statsmakternas uttalanden har även visat sig vara en konflikt som ibland varit svår för personalen vid företagshälsovårdsenheterna att hantera. En väl genomarbetad policy och klara riktlinjer liksom en effektiv styrning och ledning som håller ihop verksamheten anser jag vara en grundförutsättning för att på ett effektivt sätt klargöra rollen gentemot beställarna.

Jag anser dessutom att bemanningsstrukturen inom företagshälsovården, med en hög andel medicinskt utbildad personal, bidrar till föreställningen om företagshälsovården som en allmän sjukvårdsinstans. En utveckling av företagshälsovården i riktning mot mer förebyggande arbete bör få till konsekvens att personalsammansättningen förändras. Detta är emellertid inte en fråga som statsmakterna har att besluta om. Det ankommer i stället på de berörda parterna att behandla sådana frågor i sina överväganden om företagshälsovården.

SAF har som nämnts ansett att viss sjukvård behövs inom företagshälsovården bl. a. därför att primärvårdens resurser inte räcker till. Jag anser att ett sådant synsätt motverkar en rationell lösning av båda verksamheterna. Sjukvården inom företagshälsovården undandrar resurser från primärvården samtidigt som den förebyggande verksamheten inte ges tillräckligt utrymme. Jag vill också erinra om att det inom hälso- och sjukvården pågår olika förändringar som bl. a. syftar till att öka valfrihet, tillgänglighet och kontinuitet i vården. Möjligheten att välja vård inom eller utom det egna landstinget finns redan på många håll. Inom olika landsting förbättras kontinuiteten i vården och tillgängligheten genom t. ex. längre öppettider, kortare köer och ökade möjligheter att komma till samma läkar eller sköterska vid upprepade besök.

Jag anser liksom arbetsgruppen att samverkan mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvården har stor betydelse. Inte minst blir behovet av samverkan påtagligt genom den ökande rehabiliteringsverksamheten. Det borde finnas ett starkt intresse från båda parter att få till stånd en sådan samverkan. Initiativet till planering och utformning av samverkan mellan hälso- och sjukvården och företagshälsovården skall enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ankomma på huvudmannen för hälso- och

sjukvården. Det hindrar dock inte att initiativet kan tas även från företags-
hälsovårdens sida.

I likhet med arbetsgruppen och flera av remissinstanserna vill jag fram-
hålla vikten av att det sker en konkretisering av formerna för samarbetet
mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvården, i första hand pri-
märvården. Olika vägar kan prövas. Ett exempel är samlokalisering av
företagshälsovård och primärvård. Jag ser också positivt på att ett samar-
bete formaliseras, exempelvis i avtal mellan företagshälsovårdsenheter och
respektive landsting. Sådan samverkan kan t. ex. gälla ömsesidig hänvis-
ning av patienter, ömsesidiga konsultationer, gemensam bedömning av
anpassnings- och rehabiliteringsbehov, utbyte av kunskap och träffar för
ömsesidig orientering om varandras verksamheter m. m. Samverkan måste
givetvis ske under iakttagande av sedvanliga sekretessregler och ske i
sämförstånd med patienter/arbetstagare.”

6. Arbetsmiljöarbete och företagshälsovård inom kommunerna

Undersökningen ”Politisk institutionalisering. Organisering av lokalt ar-
betsmiljöarbete”, genomförd av Göran Bostedt publicerad 1991 är en
akademisk avhandling. Den består av en empirisk och teoretisk studie av
politisk institutionalisering. Syftet är bl. a. att studera hur individer i sina
kommunala förvaltningar organiserar sig för att definiera och åtgärda
arbetsmiljöfrågor.

Den empiriska delen av studien bygger på ett urval av 18 kommuner för
en intervjustudie och 74 kommuner för en enkät. Totalt genomfördes 332
intervjuer i de utvalda kommunerna. En enkät har vidare skickats ut till 1
226 befattningshavare i 74 kommuner. Svarsfrekvensen var 85 procent.
Kommunerna valdes ut i ett stratifierat oblandat slumpmässigt urval.
Stratifieringsgrund var befolkningsmässig storlek och geografisk fördelning
över Sverige. Ett antal frågor ställdes till arbetsmiljöarbetets aktörsgrupper
– chefstjänstemän, arbetsledare, huvudskyddsombud, skyddsombud och
företagshälsovård.

Samstämmigheten inom aktörsgruppen visade sig vara relativt stor om
en sak: att det är inställningen till arbetsmiljön och dess betydelse som i
första hand behöver förändras. Samstämmigheten var även stor om att det
i andra hand saknas personella och ekonomiska resurser och i tredje hand
att arbetsformerna behöver ses över. Normsystemets, dvs. lagars och
avtals, betydelse för definition och åtgärd av problem var ringa. Dess
betydelse för organiseringen av arbetsmiljöarbetet är därmed också liten.
Problemen löses så smidigt som möjligt utan kännedom om regelverken.
Aktörerna kan sägas ha en autonom hållning till normsystemet utan att
dess legitimitet för den skull ifrågasätts.

Företagshälsovårdens tänkta roll är att utifrån en partsneutral position
utgöra lokal specialistkompetens i arbetsmiljöfrågor. Till företagshälsovår-
den skall såväl arbetsgivare som arbetstagare kunna vända sig med tek-
niska, fysiska och psyko-sociala frågeställningar för en ”objektiv” värde-
ring av en frågas eventuella arbetsskadeeffekter och lämpliga åtgärder.

Aktörsgruppernas uppfattningar om företagshälsovårdens deltagande i arbetsmiljöarbetets olika uppgifter inhämtades i undersökningen. Även företagshälsovården fick ange sin uppfattning om sitt engagemang. Det visade sig att de anställda inom företagshälsovården var den aktörsgrupp där den egna uppfattningen om deltagande i arbetsmiljöarbetet kraftigast skilde sig från de övriga aktörsgupper. Företagshälsovården ansåg nämligen sitt deltagande vara mer omfattande än vad andra i aktörsgupperna gjorde.

Författaren pekar på ett antal faktorer som kan utgöra förklaringar till skillnaden i uppfattningar om företagshälsovårdens engagemang.

En faktor är företagshälsovårdens betoning av den formella skyddsorganisationens arbete. Skyddsorganisationen utgör tillsammans med huvudskyddsombuden, den grupp som starkast markerar kontakter med de formella partsammansatta organen. För övriga aktörskonstellationer har dessa organ inte samma ställning i arbetsmiljöarbetet.

Som en annan förklaringsfaktor nämns att företagshälsovårdens anställda inte har anpassat, eller hittat former för, en anpassning av sitt arbete till de behov som andra uppfattar finns i verksamheten. De har samtidigt, i kraft av sin professionalitet, kunnat vidmakthålla sin egen problembild samt planerar och inriktar sitt arbete efter denna. Detta skapar avstånd mellan företagshälsovårdens personal och dem som "äger" problemen, dvs. de "enskilda" arbetstagarna. Detta skapar också avstånd till, och mistänksamhet mot, företagshälsovården från övriga arbetsmiljöaktiva grupper (undantaget huvudskyddsombuden) på arbetsplatsen.

Såsom ytterligare förklaringsfaktor anges i studien företagshälsovårdens dåliga interna samarbetsklimat. Företagshälsovården är en komplicerad organisation. Flera professionella grupper med olika inriktningar och med relativt få kontaktpunkter skall söka enas om en gemensam inriktning av arbetet. Detta tar mycket av tid och kraft och medför även en otydlig profil gentemot andra arbetsmiljöaktiva grupper.

Dessa faktorer utgör sammantaget en bakgrund till att företagshälsovårdens placering i arbetsmiljöarbetet skiljer sig så markant från övriga aktörsgruppers uppfattningar.

Inbyggd företagshälsovård verkar enligt intervjuresultaten i studien stå för en mer aktiv företagshälsovård. Aktörer i de fyra intervjukommunerna med inbyggd företagshälsovård anger ett något annorlunda perspektiv på företagshälsovården än i övriga kommuner. Genomgående finns en bättre kunskap om företagshälsovården, dess metoder och syfte, och en större allmän tilltro till dess arbete. En orsak verkar vara att företagshälsovårdens personalrekrytering anpassats efter dominerande problemtyper, t.ex. i fråga om psykosocial kompetens. Av de åtta intervjukommuner där företagshälsovården hade inrättat en tjänst för psykosociala arbetsmiljöproblem fanns tre av urvalets fyra intervjukommuner med inbyggd företagshälsovård.

I ett avsnitt avhandlas frågan om arbetsmiljöarbetets uppföljning och utvärdering. Författaren konstaterar att utvärderingsfunktionen är mycket svagt organiserad i kommunerna idag. Det är en av de mest tydliga slutsatser som materialet tillåter. Någon mer systematisk utvärdering (en

intervjukommun delvis undantagen) görs inte och någon arbetsform för att systematiskt utvärdera arbetsmiljöarbetet har inte hittats.

Beträffande vikten av uppföljning och utvärdering anför i avhandlingen följande.

”För policydiskussioner är utvärderingsfunktionen väsentlig av flera skäl. Ur ett funktionellt perspektiv är kunskaper om huruvida insatta åtgärder verkligen medför avsedda resultat viktiga för alla policyrelevanta aktörer. Detta oavsett om utvärderingen sker genom formella eller informella strukturer. I synnerhet för ansvariga på olika nivåer, politiker/chefstjänstemän och de professionella aktörerna är systematisk organisering av utvärderingsfunktionen av stor vikt.

Utvärdering är särskilt väsentlig för politiska beslut. Om problemlösningen organiseras genom informella genomförandestrukturer är insyn- och kontrollfunktionerna från folkvalda förtroendemän svagare. Inte heller chefstjänstemännens möjligheter till ansvarstagande och kontroll – de har det formella ansvaret för arbetsmiljöarbetet – kan bli större än vad arbetsformerna för utvärdering tillåter. Med tanke på det ”glapp” som föreligger mellan nivåerna i linjeorganisationen och att många frågor löses vid sidan om den, bör chefstjänstemännen ha stort intresse av att praxisnära utvärdering organiseras. Det görs dock inte.

Företagshälsovårdens personal representerar professionell kompetens i det lokala arbetsmiljöarbetet. De markerades inledningsvis i avhandlingen som en intressant ”aktörsuppsättning”. Deras deltagande kan primärt avgränsas till prioriteringsinsatser avseende rehabiliterings- och de psykosociala frågorna (givet de avgränsningar som gjorts). Men det kan samtidigt konstateras att företagshälsovården är osynlig i arbetsmiljöarbetet. Dess funktionella bidrag till organiseringen av arbetsmiljöarbetet är lågt. En förklaring till detta är just bristen på utvärdering.

Att systematiskt och praxisnära utvärdera om den service företagshälsovården ger också motsvarar de behov och den efterfrågan som finns från verksamheten borde vara ett grundläggande intresse för företagshälsovården. Saknas praxisnära utvärderingskriterier så har de professionella ej instrument för att veta om de gör rätt saker. Detsamma gäller om ”feedback” kommer från andra institutioner (skyddskommittéer) eller representanter (huvudskyddsombud) som inte heller har tillräcklig kännedom om verksamhetens behov.”

PRINCIPER FÖR DIFFERENTIERADE AVGIFTER I SOCIALFÖRSÄKRINGEN SOM STYRNING AV INSATSER FÖR PREVENTION OCH REHABILITERING

BAKGRUND

Arbetsmiljökommissionen konstaterade att eftersom stora delar av socialförsäkringssystemets utgifter för sjukfrånvaro, sjukvård, arbetsskador och förtidspension kan hänföras till arbetsförhållandena och brister i arbetsmiljön bör dessa kostnader täckas av en arbetslivsavgift som differentieras. Arbetslivsavgiften differentieras med ohälsotalet som utgångspunkt. Försäkringskassan i regionen fastställer företagets arbetslivsavgift utifrån de anställdas sjukfrånvaro, arbetsskador, och förtidspensioner. Till viss del skulle också avgiften kunna reduceras med hänsyn till åtgärdsprogram för bättre arbetsmiljö, sociala åtaganden m.m.

I stort sett alla remissinstanser uttalade sitt gillande för Arbetsmiljökommissionens idé om en differentierad arbetslivsavgift. Flera remissinstanser tog upp risken för ökad utstängning och utslagning från arbetsmarknaden. Man menade att ett differentierat avgiftssystem måste ta hänsyn till olika former av anställningsbefrämjande stöd t ex lönebidrag, rekryteringsbidrag, företagsutbildning och som ger möjlighet till individuell prövning. En farhåga gäller även för vissa företag och branscher som inte anses kunna ta alltför långtgående ansvar för anställda som blir långtidssjuka.

I regeringspropositionen 1991:141 ang. rehabilitering och rehabiliterings ersättning anfördes beträffande differentierade avgifter i socialförsäkring att en speciell utredning skulle tillsättas för denna fråga. Arbetskadeförsäkringsutredningen har vissa uppgifter inom detta fält men dess uppgift är inskränkt till en mycket liten del av det område som aktualiserats av arbetsmiljökommissionen.

Ändringarna i Lagen om Allmän Försäkring innebär att arbetsgivaren ansvarar för rehabiliteringen på arbetsplatsen. Samordningsansvaret för den enskildes rehabilitering har försäkringskassan. Så långt möjligt ska arbetsgivarens resurser

utnyttjas men stöd ska erhållas från försäkringskassan m fl, särskilt för småföretagen. Försäkringskassan ska också ge råd och stöd i rehabiliteringen och samtidigt tillse att arbetsgivaren fullgör sina skyldigheter när det gäller den enskildes rehabilitering. Om inte arbetsgivaren tar sitt ansvar eller om den enskilde inte har någon arbetsgivare så ska försäkringskassan överta ansvaret för rehabiliteringen

EKONOMISKA STYRMEDEL - DIFFERENTIERADE AVGIFTER

Från flera håll, och senast i Arbetsmiljökommissionens slutbetänkande "Arbete och hälsa" och RRV:s rapport "Den statliga styrningen av företagshälsovården", har framförts ståndpunkten att en verklig förändring endast kan komma till stånd om det finns ekonomiska incitament till förändring och förbättring av arbetsmiljöarbetet.

I debatten, t.ex i konjunkturrådets rapport 1990, "I samtidens bakvatten" har vidare hävdats att betydande effektivitetsvinster bör kunna göras i socialförsäkringssystemet. Dessa kan göras främst genom att införa ett försäkringsmoment som gått förlorat i det nuvarande systemet. Det finns stora skillnader i risknivå mellan företag, branscher och regioner, men likafullt betalar alla samma avgift. Därför blir incitamenten till åtgärder som förebygger riskerna små. Företaget får inte tillräckliga signaler om att anpassa sin teknik och organisation för att reducera arbetsskaderisker och för att i övrigt vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaro och förtidspensionering. Dessutom gynnas högriskbranscher och näringslivet riskerar därigenom att få en ineffektiv struktur.

Kostnaderna i försäkringssystemet påverkas av ett flertal olika faktorer som är relaterade dels till försäkrad person, arbetsmiljö, och samhällsfaktorer. Alla kategorierna kan också indelas i förebyggande, skaderelaterade och rehabiliteringskostnader. De stora kostnaderna är de direkt skaderelaterade, framför allt ersättning för inkomstbortfall till de skadade eller sjuka.

AVGIFTSDIFFERENTIERINGSSYSTEMET

En grundläggande frågeställning är vad som ska utgöra underlaget för en differentiering. Klart är att både arbetsmiljökommissionen och övriga som utalat sig om förslaget anser det naturligt att man utgår

från kostnader som kan hänföras till arbetsskador och skadliga exponeringar i arbetsmiljön. Detta för att sambandet mellan avgift/premie och skadeförebyggande ska stå klart för en var. Rättvisande kriterier som indelar och grupperar inte bara efter kostnadsutfall utan även olika verksamheters olika karaktär och förutsättningar bör också ta med sjukfrånvaron i avgiftsunderlaget eftersom sjukfrånvaron ger en bra bild av de sammansatta hälsokonsekvenserna av arbetet. Dessutom kan man på arbetsplatsen göra mycket för att minska sjukfrånvaron även där orsakerna primärt ligger utanför arbetet

Samtidigt är det emellertid ett faktum att skador och sjukdomar som har liten eller oklar anknytning till arbetet kan godkännas som arbetsskada. Den totala sjukfrånvaron oavsett orsak framstår som ett rimligt "mått" att använda. Oavsett nya arbetsskadedefinitioner kommer gränsdragningar mellan vad som är arbetsrelaterat eller ej att skapa problem om "kantiga" mått av typ "antal anmälda arbetsskador" används för differentiering av avgifter. Ett "runt" eller "yvig" sjuktal torde rätt tillämpat ha större förutsättning att accepteras i detta sammanhang

Införandet av sjuklön under de två första veckorna innebär i sig en differentiering av kostnaderna för korttidssjukfrånvaron. Denna har naturligtvis sin främsta orsak i förkylningar, småkrämpor m.m. Fördelningen av korttidssjukfrånvaron mellan olika företag och branscher, ålder och kön osv. är annu ej helt utredd. Upprepad korttidssjukfrånvaro kan emellertid vara en indikation på att det finns arbetsförhållanden och arbetsmiljörisker som bör åtgärdas.

Det är de långa sjukfallen, sjukbidragen och förtidspensionerna som står för den största delen av försäkringskostnaderna och ofta finns också klara samband med förhållandena i arbetet. En del av kostnaderna för långtidssjukskrivning och förtidspension bör vara med i ett differentieringsunderlag och således även belasta arbetsskade resp. sjukförsäkringen.

Det är emellertid inte rimligt att hela kostnaden för ett skade- eller sjukfall ger utslag på ett enskilt företags premie. Enskilda fall varierar stort, även vid samma typ av olyckor och samma sjukdomsdiagnoser kan utfallet i form av t.ex. sjukskrivningstidens längd bli mycket olika. Skadefrekvensen kan också variera tex i och med att olika epidemier kan drabba ett enskilt företag. Viss sjukfrånvaro har mycket lite med arbetsförhållanden att göra och kan vara omöjliga att förebygga eller påverka. Det bör således finnas

begränsningar i fråga om i vilken omfattning de verkliga kostnaderna ska tillåtas påverka avgiften för det enskilda företaget. Begränsningar per skada och försäkringsår måste finnas.

EN MODELL FÖR ARBETSSKADE-OCH SJUKFÖRSÄKRING

Idag omfattas alla av samhällets grundskydd i form av sjukförsäkring och pensionsförsäkring och genom de avtal som nu finns på arbetsmarknaden tillsammans med samordningen mellan sjukförsäkringen och den allmänna arbetsskadeförsäkringen kan ersättningen vid arbetsskada ses som en tilläggsförmån till grundskyddet. Samhället ansvarar för ersättning av inkomstbortfall oavsett orsaken till skadan eller sjukdomen som leder till att man inte kan arbeta. Produktionen står för huvuddelen av kostnaderna genom arbetsgivaravgifter.

Anställda som skadas i arbetet kan, om skadan orsakats genom vårdslöshet från arbetsgivarens sida, ha rätt till skadestånd. Genom nuvarande arbetsskadeförsäkring och trygghetsförsäkring garanteras de skadade ersättning enligt skadeståndsrättsliga principer. En särskild trygghetsförsäkring av typ TFA behövs i första hand för att slå vakt om "no fault"-principen och undvika utdragna skadeståndsprocesser.

Utgångspunkt för den vidare diskussionen tas en systemmodell (IPSO 1992) som bygger såväl på differentiering av sjukförsäkringsavgiften med utgångspunkt från sjuktalet som differentiering av en arbetsskadeförsäkringspremie med tilläggspremie baserad på risk och förebyggande aktiviteter. Modellen innebär i och för sig att alla arbetsskaderelaterade ersättningar hanteras i en samordnad arbetsskadeförsäkring och den allmänna sjukförsäkringen ersätter sjukfrånvaro som inte uttryckligen kan sättas i samband med skadlig inverkan i arbetet. Försäkringarna ska också initiera och stödja förebyggande och rehabiliterande verksamhet i företagen.

Här har modellen omformats till en omgivning där både arbetsskadeförsäkring och sjukförsäkring hanteras samlat under offentligt ansvar. Motivet är, att kunna bibehålla ett samlat ansvar för samordning av den enskildes rehabilitering på ett organ - försäkringskassan. Illustreras i **figur 1**

Trygghetsförsäkringen blir enligt den modell som här beskrivs även fortsättningsvis en fråga i huvudsak för arbetsmarknadens parter.

Försäkringsbolag sköter uppbörderna av en differentierad premie

Av administrativa skäl (ett icke offentligt försäkringsbolag kan lättare hantera en differentierad premieuppörd) kan man tänka sig att uppbörderna av avgiften överlåtes till försäkringsbolag som i konkurrens på en öppen marknad tillhandahåller den tjänsten kopplat till erforderliga försäkringslösningar och till erbjudande om aktivt stöd iform av rådgivning och resurser för rehabiliterings- och förebyggande arbete.

Utbetalning av ersättningar till den enskilde samt samordning av rehabiliteringsinsatser utförs som nu av försäkringskassan. Socialförsäkringskostnaderna debiteras respektive företags försäkringsbolag.

Ett försäkringsbolag sätter normalt sina premier efter aktuariella principer. Aktuariemässiga premier innebär att premien på en konkurrensmarknad pressas ned till den förväntade kostnaden för försäkringens åtagande. Ett företag som kan uppvisa goda historiska skadedata, bra arbetsmiljö, förebyggande aktiviteter m.m. borde på en väl fungerande försäkringsmarknad kunna tillgodoräkna sig lägre premier. Försäkringsbolagen kan också knyta krav på förebyggande åtgärder till lägre premie. Företaget får då möjlighet att avväga förväntade lägre skadekostnader mot kostnaderna för de förebyggande åtgärderna.

Ett försäkringssystem bör således vara så uppbyggt att även kostnader som leder till skadebegränsning genom förebyggande och återställande genom rehabilitering ingår i försäkringspremierna. En del av premien kan t.ex. avsättas i en fond som kan användas av försäkrade företag för skadebegränsande och skadeförebyggande åtgärder. Denna fond bör vara tillgänglig på bättre villkor än andra låneinstituts medel för att ha ett existensberättigande.

En premiereserv fonderas för kommande kostnader på samma sätt som sker idag vad gäller olycksfallsförsäkring. En kollektiv reservfond behöver också byggas upp för ersättning till sjukfall vars arbetsgivare försummat sjukförsäkringen. Detta bör kunna ske i likhet med vad som idag gäller för trafikoffer.

En viktig förutsättning för att försäkringsbolaget i denna modell ska kunna ha en verksamhet omfatta d som beskrivits ovan är att

den information om skador, ersättningar, skadliga verksamheter och exponeringar m.m. som ett försäkringsbolag normalt förfogar över (i och med sin ersättningsadministration) tillställs bolaget för att utgöra underlag för premiedifferentiering, prevention och rehabiliteringsåtgärder.

Det finns ingen anledning för en offentlig reglering av hur premien skall bestämmas för de enskilda företagen. Det väsentliga är att försäkringsbolagen bygger upp riktiga skadereserver samt bedriver försäkringsverksamheten efter sunda företagsekonomiska principer så att deras fortbestånd garanteras. Möjligen bör av tidigare nämnda orsaker en högsta premienivå defineras.

Insatser av den typ företagshälsovården avses tillhandahålla för förebyggande arbete, rehabilitering och anpassning är givetvis av stort intresse för försäkringen, liksom för företaget, varför en koppling/styrning av företagshälsovården till försäkringen är naturlig. Detta särskilt med tanke på försäkringens ställningstagande i ett enskilt beslut om sjukförsäkringsavgift/premie. I detta sammanhang bör försäkringen kunna ställa krav på företagshälsovårdens insatser.

Konsekvenser av förslaget

Oavsett storlek på sjukfrånvaro och utnyttjande av sjukförsäkringssystemet betalas den nuvarande sjukförsäkringsavgiften, efter införande av arbetsgivarperioden på 14 dagar, (7.8 %) som generell avgift. Det nya systemet där RFV/Försäkringskassan debiterar ett eller en grupp av företag genom ett försäkringsbolag kan innebära att en premie differentieras så att vissa företag betalar ett par procent och andra kanske 15-20 procent. Exakt hur denna fördelning ser ut är omöjligt att bedöma i förhand eftersom detta är beroende av rad olika förutsättningar.

Ohälsotalet (sjukpenningdagar, arbetsskadesjukpenningdagar, och förtidspension /sjukbidragdagar per försäkrad) var 1991 44.5 dagar. Tar vi bort sjukpenning de första 14 dagarna, är motsvarande tal för 1991 38.4. Kostnaderna för detta plus arbetsskadelivränta, administration m.m. motsvarar avgift/premie i storleksordningen 10% av lönesumman.

Vad förslaget innebär ifråga om spännvidd i total försäkringskostnad för ett företag kan vara svår att uppskatta eftersom differentieringen är utlämnad till en fri försäkringsmarknad. Om denna i genomsnitt uppgår till 10% kan ett nytt socialförsäkringssystem med differentiering av arbetsskade- och sjukförsäkringspremier (exklusive TFA) innebära att den högsta avgift ett företag drabbas av sätts till 15% och lägsta avgiften blir 5% vilket skulle kräva en i det närmaste arbetsskadefri historia och låg sjukfrånvaro.

Frågan är hur pass realistiska dessa ytterligheter är och hur respektive företag påverkas av en tio-procentig skillnad i avgift på lönesumman. Vilka incitament till förebyggande insatser och rehabilitering ger detta upphov till? Ska det finnas ett "högekostnadsskydd" och en generell solidarisk lägsta avgift som begränsar skillnaderna i premienivå? - eller ska differentieringen få vara obegränsad?

Vilka företag kan tänkas drabbas av hög resp. låg avgift? När det gäller arbetskadorna är det främst de företag som sysselsätter de värst utsatta yrkeskategorierna - "de 400.000 värsta jobben" - enligt arbetsmiljökommissionens kartläggning som ligger illa till för de högsta premierna. Det gäller främst yrken tillhörande tung verkstadsindustri, trä-, gruv-, livs-, transportsektorn m.fl. Sjukfrånvaron är inte lika snedfördelad även om ovan uppräknade branscher också har höga sjuktal. Socialförvaltningen i Stockholm, Arbetsarkivstyrelsen, för att ta några exempel från andra verksamhetsområden, har väl så höga sjuktal som de värst drabbade industriföretagen (48 resp 45 sjukdagar/anställd).

Förutom snedfördelning av sjukalet beroende på yrke och bransch är sjukalet också ojämnt fördelat över arbetskraften med hänsyn till en rad andra faktorer som ålder, kön, socialgrupp osv. Exempelvis kan man från RFV:s statistik utläsa att sjukalet bland utländska medborgare genomsnittligt ligger 70% över svenskarnas. Detta kan naturligtvis i ett system med differentierade avgifter baserat på sjukalet ytterligare försvåra för vissa grupper på arbetsmarknaden. Dessa gruppers eventuella ökade problem måste mötas med ett ökat arbetsmarknadspolitiskt stöd.

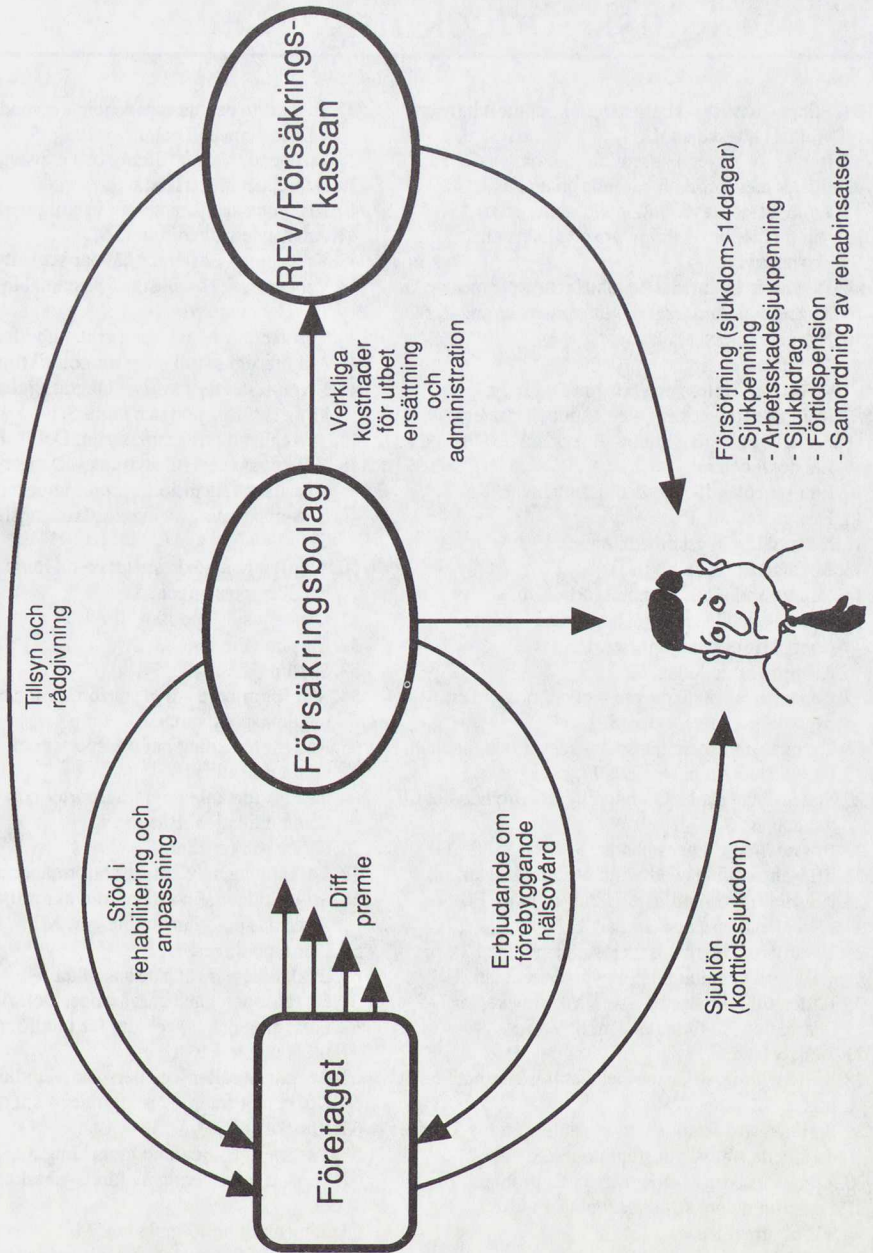
Det finns även stora regionala skillnader. Enligt ovan var 1991 ohälsotalet för hela riket 44.5 dagar. Ohälsotalet varierar mellan 35.7 (Skaraborg) och 54.6 (Gävleborg). De olika komponenterna sjukpenning och förtidspension har emellertid olika fördelning. Sålunda är den regionala skillnaden i förtidspension större, 17.6

(Skaraborg) till 31.9 (Norrbotten). Motsvarande för sjuktalet är 17.8 (Halland) och 26.9 (Västerbotten)

Risk finns också, som i alla typer av avgiftssystem, att olika manipulativa åtgärder (dvs andra än förebyggande insatser och rehabiliterande) vidtas från företagets sida i syfte att reducera sina avgifter. Alla dessa innovationer får man ha ögonen på och alla behöver ju heller inte vara illa menade. Idag kan man ju t.ex hävda att byggföretagens generellt relativt låga sjuktal i hög grad beror på att man i branschen anställer sina långtidssjuka i ett gemensamt bolag (Galaxen).

De totala kostnaderna bestäms i hög grad av de 6-7 % av arbetskraften som är förtidspensionerade och de 2% av de sjukförsäkrade som är långtidssjuka (över 90 dagar) Dessa kostnader bör täckas av en generell solidarisk avgift i såväl arbetsskade som sjukförsäkringen som således är relaterat till ohälsotalet. En rimlig nivå efter dagens förhållanden bör i det nya systemet ligga på drygt 5%.

INFÖRANDE AV FÖRSÄKRINGSBOLAG SOM SKÖTER PREMIEUPPBÖRDEN MED KOPPLING TILL RESURSER FÖR ARBETE MED ARBETSMILJÖ OCH REHABILITERING



STOCKHOLM
1995-11-28
KUNGL. BIBL.

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatri i Norden – ett jämförande perspektiv. S.
5. Koncession för försäkringssammanslutningar. Fi.
6. Ny mervärdesskattelag.
– Motiv. Del 1.
– Författningstext och bilagor. Del 2. Fi.
7. Kompetensutveckling - en nationell strategi. A.
8. Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. Fi.
9. Ekonomi och rätt i kyrkan. C.
10. Ett nytt bolag för rundradiosändningar. Ku.
11. Fastighetsskatt. Fi.
12. Konstnärlig högskoleutbildning. U.
13. Bundna aktier. Ju.
14. Mindre kadmium i handelsgödsel. Jo.
15. Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. U.
16. Kroppen efter döden. S.
17. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. S.
18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. S.
19. Långtidsutredningen 1992. Fi.
20. Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. S.
21. Bostadsstöd till pensionärer. S.
22. EES-anpassning av kreditupplysningslagen. Ju.
23. Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. Fi.
24. Avreglerad bostadsmarknad. Fi.
25. Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. U.
26. Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. S.
27. Årsarbetstid. A.
28. Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. Fi.
29. Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. S.
30. Kreditförsäkring – Några aktuella problem. Fi.
31. Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. Ku.
32. Nya Inlandsbanan. K.
33. Kasinospelsverksamhet i folkkrörelsernas tjänst? C.
34. Fastighetsdatasystemets datorstruktur. M.
35. Kart- och mätningutbildningar i nya skolformer. M.
36. Radio och TV i ett. Ku.
37. Psykiatri och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. S.
38. Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. U.
39. Begreppet arbetsskada. S.
40. Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. Fi.
41. Angående vattenskotrar. M.
42. Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. M.
43. Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. M.
44. Resurser för högskolans grundutbildning. U.
45. Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. M.
46. Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka – forskning kring service, stöd och vård. S.
47. Avreglerad bostadsmarknad, Del II. Fi.
48. Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. Fi.
49. EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. C.
50. Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. S.
51. Översyn av sjöpolisen. Ju.
52. Ett samhälle för alla. S.
53. Skatt på dieselolja. Fi.
54. Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitik. C.
55. Råd för forskning om transporter och kommunikation. K.
Råd för forskning om transporter och kommunikation. Bilagor. K.
56. Färjor och farleder. K.
57. Beskattning av vissa naturaförmåner m.m. Fi.
58. Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. M.
59. Läraruppdraget. U.
60. Enklare regler för statsanställda. Fi.
61. Ett reformerat åklagarväsende. Del. A och B. Ju.
62. Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. Fö.
63. Regionala roller – en perspektivstudie. C.
64. Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. C.
65. Kartboken. C.
66. Västsverige – region i utveckling. C.
67. Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 1. Fi.
68. Långsiktig miljöforskning. M.
69. Meningsfull vistelse på asylförläggning. Ku.
70. Telelag. K.
71. Bostadsförmedling i nya former. Fi.
72. Det kommunala medlemskapet. C.

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

73. Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. S.
 74. Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och SMP i europaperspektiv. N.
 75. Ekonomisk politik under kriser och i krig. Fi.
 76. Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. Jo.
 77. Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. S.
 78. Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. Ju.
 79. Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. Fi.
 80. Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. Ju.
 81. Trafikpolisen mer än dubbelt bättre. Ju.
 82. Genteknik – en utmaning. Ju.
 83. Aktiebolagslagen och EG. Ju.
 84. Ersättning för kränkning genom brott. Ju.
 85. Förvaltning av försvarsfastigheter. Fö.
 86. Ett nytt betygssystem. U.
 87. Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabiliesektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. Jo.
 88. Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. Jo.
 89. Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. S.
 90. Biobränslen för framtiden. Jo.
 91. Biobränslen för framtiden. Bilagedel. Jo.
 92. Pliktleverans. U.
 93. Svensk skola i världen. U.
 94. Skola för bildning. U.
 95. Den svenska marknaden för projektkapital – statens nuvarande och framtida roll. N.
 96. Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. Ku.
 97. Sparar vi för lite? Hushållssparandet i samhälls-ekonomi. Fi.
 98. Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. S.
 99. Rådgivningen inom jordbruket och trädgårdsnäringen. Jo.
 100. Staten och arbetsgivarorganisationerna. Fi.
 101. Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Fö.
 102. Myndigheternas förvaltningskostnader – budgetering av pris- och löneförändringar. Fi.
 103. FHU92. A.
-

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Bundna aktier. [13]
- EES-anpassning av kreditupplysningslagen. [22]
- Översyn av sjöpolisen. [51]
- Ett reformerat åklagarväsende. Del A och B. [61]
- Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. [78]
- Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. [80]
- Trafikpolisen mer än dubbelt bättre. [81]
- Genteknik – en utmaning. [82]
- Aktiebolagslagen och EG. [83]
- Ersättning för kränkning genom brott. [84]

Försvarsdepartementet

- Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. [62]
- Förvaltning av försvarsfastigheter. [85]
- Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. [101]

Socialdepartementet

- Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]
- Psykiatri i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]
- Kroppen efter döden. [16]
- Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. [17]
- Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. [18]
- Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. [20]
- Bostadsstöd till pensionärer. [21]
- Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. [26]
- Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. [29]
- Psykiatri och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. [37]
- Begreppet arbetsskada. [39]
- Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka – forskning kring service, stöd och vård. [46]
- Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. [50]
- Ett samhälle för alla. [52]
- Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. [73]
- Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. [77]
- Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. [89]
- Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. [98]

Kommunikationsdepartementet

- Nya Inlandsbanan. [32]
- Råd för forskning om transporter och kommunikation. Råd för forskning om transporter och kommunikation. Bilagor. [55]
- Färjor och farleder. [56]
- Telelag. [70]

Finansdepartementet

- Koncession för försäkringssammanslutningar. [5]
- Ny mervärdesskattelag. – Motiv. Del 1. – Författningstext och bilagor. Del 2. [6]
- Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. [8]
- Fastighetsskatt. [11]
- Långtidsutredningen 1992. [19]
- Kontrollfrågor i tuldatoriseringen m.m. [23]
- Avreglerad bostadsmarknad. [24]
- Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. [28]
- Kreditförsäkring – Några aktuella problem. [30]
- Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. [40]
- Avreglerad bostadsmarknad, Del II. [47]
- Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. [48]
- Skatt på dieselolja. [53]
- Beskattnings av vissa naturaförmåner m.m. [57]
- Enklare regler för statsanställda. [60]
- Fortsatt reformering av företagsbeskattnings. Del 1. [67]
- Bostadsförmedling i nya former. [71]
- Ekonomisk politik under kriser och i krig. [75]
- Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. [79]
- Sparar vi för lite? Hushållssparandet i samhälls-ekonomi. [97]
- Staten och arbetsgivarorganisationerna. [100]
- Myndigheternas förvaltningskostnader – budgetering av pris- och löneförändringar. [102]

Utbildningsdepartementet

- Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. [1]
- Konstnärlig högskoleutbildning. [12]
- Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. [15]
- Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. [25]

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. [38]
Resurser för högskolans grundutbildning. [44]
Läraryrket. [59]
Ett nytt betygssystem. [86]
Pliktleverans. [92]
Svensk skola i världen. [93]
Skola för bildning. [94]

Jordbruksdepartementet

Mindre kadmium i handelsgödsel. [14]
Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande. [76]
Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. [76]
Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. [76]
Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabilie-sektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. [87]
Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. [88]
Biobränslen för framtiden. [90]
Biobränslen för framtiden. Bilagedel. [91]
Rådgivningen inom jordbruket och trädgårdsnäringen. [99]

Arbetsmarknadsdepartementet

Kompetensutveckling - en nationell strategi. [7]
Årsarbetstid. [27]
FHU92 [103]

Kulturdepartementet

Ett nytt bolag för rundradiosändningar. [10]
Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. [31]
Radio och TV i ett. [36]
Meningsfull vistelse på asylförläggning. [69]
Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [96]

Näringsdepartementet

Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och SMP i europaperspektiv. [74]
Den svenska marknaden för projektkapital – statens nuvarande och framtida roll. [95]

Civildepartementet

Ekonomi och rätt i kyrkan. [9]
Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? [33]
EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. [49]
Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitik. [54]
Regionala roller – en perspektivstudie. [63]
Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. [64]
Kartboken. [65]
Västsvrige – region i utveckling. [66]
Det kommunala medlemskapet. [72]

Miljö- och naturresursdepartementet

Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. [2]
Fastighetsdatasystemets datorstruktur. [34]
Kart- och mätutbildningar i nya skolformer. [35]
Angående vattenskotrar. [41]
Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. [42]
Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. [43]
Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. [45]
Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. [58]
Långsiktig miljöforskning. [68]

