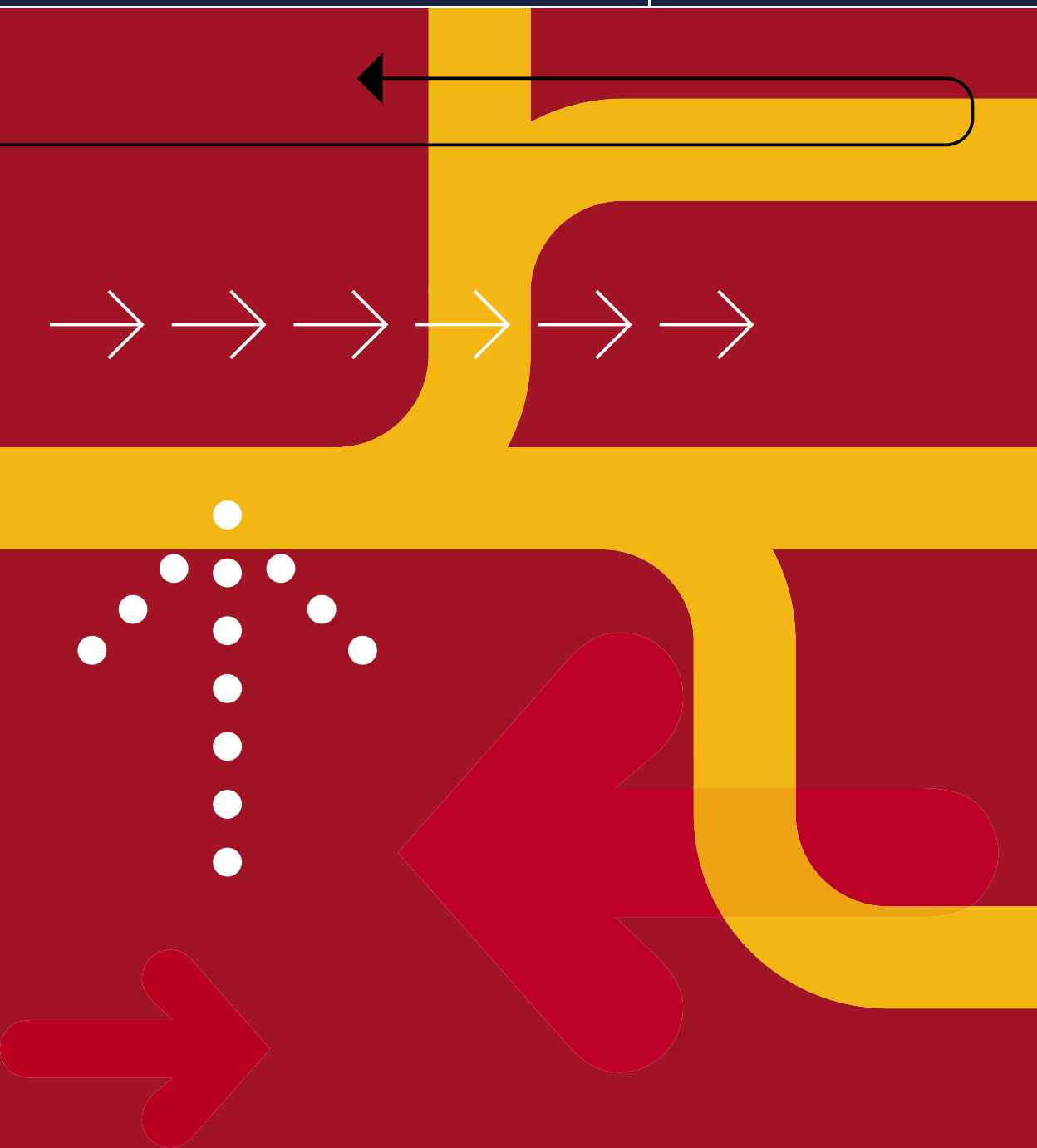


# Företagshälsovårdens vägval

Cristina Josefsson  
Ulla Kindenberg

SAL TSA  
SAL TSA  
SAMMANFATTAR





# Företagshälsovårdens vägval

En översikt av svensk företagshälsovårds framväxt,  
organisation och uppdrag med europeiska utblickar

---

**Cristina Josefsson**  
**Ulla Kindenberg**

**SAL TSA**

ETT SAMARBETSPROGRAM FÖR  
ARBETSLIVSFORSKNING I EUROPA

Arbetslivsinstitutet, LO, TCO och SACO i samarbete

# Förord

Företagshälsovården i Sverige är en resurs som är nyttig för samhället, för företagen och för de anställda. Att rätt nyttja företagshälsovårdens samlade och tvärfunktionella kompetens kan ge såväl bättre arbetsmiljöer, god hälsa som minskade kostnader i socialförsäkringssystemen.

Det är alla stora aktörer i arbetslivet överens om. Ändå närmast försvann företagshälsovårdsfrågorna från den politiska agendan och överläggningarna mellan arbetsmarknadens parter under 1990-talet.

Nu, åren 2003 och 2004, har – i trepartssamarbetet mellan regeringen, arbetsgivarnas och arbetstagnas organisationer – företagshälsovården återigen getts hög prioritet i arbetslivspolitik. En särskild statlig utredning undersöker än en gång hur företagshälsovårdens förutsättningar kan stärkas och hur dess kunnande bättre tas tillvara.

Vad kännetecknar god företagshälsovård? Hur kom det sig att företagshälsovården byggdes upp? Varför avvecklades så många företag inom branschen under 1990-talet? Hur har man organiserat och hur använder man företagshälsovård i andra europeiska länder? Vilka vägval står – och ställs – branschen inför de närmaste åren?

Dessa frågor och många fler diskuteras i denna bok som är tänkt att utgöra ett studiematerial i Arbetslivsinstitutets utbildning för företagshälsovårdspersonal. Den tar även upp småföretagens arbetsmiljöarbete och anslutning till företagshälsovård, områden som är eftersatta både i Sverige och övriga Europa.

Boken riktar sig också till dem som vill sätta sig in i företagshälsovårdens utveckling, inte minst inför de strategiska val som väntar. Både de europeiska och de svenska erfarenheterna som lyfts fram i boken är intressanta att ta del av inför kommande avgöranden.

Boken har tagits fram inom ramen för SALTSA som är ett samarbetsprogram mellan Arbetslivsinstitutet, LO, TCO och SACO för arbetslivsforskning och kunskapsutveckling. Programmet har svenskt arbetsliv i fokus och anlägger också ett europeiskt perspektiv på de arbetsmarknadspolitiska, arbetsorganisatoriska och arbetsmiljömässiga frågor som programmet ska belysa och foga samman. Mer information om programmet och dess kontaktpersoner går att finna på [www.arbetslivsinstitutet.se/saltsa](http://www.arbetslivsinstitutet.se/saltsa).

Vi tackar journalisterna Cristina Josefsson och Ulla Kindenberg som på SALTSA:s uppdrag författat boken. Den utgår från rapporterna "Survey of the Quality and Effectiveness of occupational health Services in the European Union, Norway and Switzerland" (red. Jorma Rantanen) och "Health and Safety in Small Enterprises. European strategies for managing improvement" av David Walters. Dessa rapporter finns att beställa från Arbetslivsinstitutet.

Med tillönskan om givande och lärorik läsning om företagshälsovården och dess utveckling.

Stockholm sommaren 2004

*Inger Olsson*  
Arbetslivsinstitutet

*Sture Nordh*  
TCO

*Wanja Lundby-Wedin*  
LO

*Anna Ekström*  
SACO

## **Del 1 Allmänt om företagshälsovård**

- 5** Vad är företagshälsovård?
- 7** Företagshälsovård idag
- 15** Företagshälsovårdens tjänster
- 21** Lagar och andra ramar
- 23** Företagshälsovårdens historia
- 31** Utblick mot Europa
- 41** Företagshälsovård vid Fors Bruk
- 44** Westhälsan i Arvika
- 49** Tysk företagshälsovård – några exempel

## **Del 2 Företagshälsovård i småföretag**

- 53** Småföretag – vad är det?
- 57** Systematiskt arbetsmiljöarbete i småföretag
- 65** Företagshälsovård i småföretag – en översikt
- 69** Företagshälsovård för småföretag – Finland
- 71** Företagshälsovård för småföretag – Norge
- 75** Företagshälsovård för småföretag – Danmark
- 79** Företagshälsovård för småföretag – Sverige
- 83** Viktiga vägval väntar
- 90** Referenser

## Del 1 Allmänt om företagshälsovård

# Vad är företagshälsovård?

## Svensk definition

Den viktigaste definitionen av företagshälsovård finns i arbetsmiljölagen.

Enligt den är företagshälsovård en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering som särskilt ska arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser. Den ska ha kompetens att identifiera och beskriva samband mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (Arbetsmiljölagen 3 kap. § 2b andra stycket).

Eftersom svensk företagshälsovård traditionellt reglerats genom kollektivavtal har det tidigare saknats anledning att definiera begreppet i arbetsmiljölagstiftningen. Mellan 1986 och 1992 beskrevs begreppet genom reglerna för statsbidrag till anordnare av företagshälsovård. I samband med utvecklingen av kvalitetssäkringssystemet (se avsnittet Kvalitetssäkrad företagshälsovård) definierades begreppet för första gången. Definitionen skulle beskriva verksamheten inom området och framför allt de arbetsmiljötjänster som krävdes för att lagar, avtal och föreskrifter skulle kunna efterlevas. Även i förarbetena till kommunalskattelagen från 1994 och 1998 (numera inkomstskattelagen), beskrivs företagshälsovården i samband med bestämmelser om avdrag i näringsverksamhet, på ett snarligt sätt.

Arbetsmiljölagens formuleringar baseras på inkomstskattelagens definition och innehåller även formuleringar om att företagshälsovården ska verka professionellt och oberoende både mot uppdragsgivare och brukare samt att den utifrån en helhetssyn ska lämna förslag på åtgärder och verka för att genomföra dem.

Vissa kriterier återkommer i flera definitioner och bildar en kärna för vad som avses med företagshälsovård. Dit hör att den ska vara en professionell och oberoende rådgivare för arbetsgivare och anställda, ha till uppgift att arbeta så att ändamålet med arbetsmiljölagen uppfylls, arbeta förebyggande inom arbetsmiljöområdet och med arbetslivsinriktad rehabilitering samt baseras på bred kompetens inom ämnesområden som medicin, teknik, beteendevetenskap, arbetsorganisation och rehabiliteringsmetodik.

Företagshälsovården ska fungera som en resurs inom arbetsmiljöområdet för företag, organisationer och offentlig sektor. Den ska ha kompetens att identifiera och beskriva samband mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Företagshälsovården är också viktig i rehabiliteringsarbetet, som enligt gällande lagstiftning förutsätts ske i samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagen och försäkringskassan.

En väl fungerande företagshälsovård som arbetar förebyggande bidrar till att långsiktigt minska sjukvårdens och samhällets kostnader, öka konkurrenskraften hos de företag som utnyttjar dess tjänster och inte minst viktigt, minskar den enskilda individens lidande av dålig arbetsmiljö, anser Föreningen Svensk Företagshälsovård.

Verksamheten ska vara partsneutral och kunna utnyttjas av både arbetsgivare och anställda, därför är det viktigt att den upphandlas utifrån eller har en självständig ställning inom företaget. Företagshälsovårdens tjänster ska anlitas som en sammanhållen resurs och inte bara till enstaka tjänster. En ensam arbetsmiljökonsult eller personalläkare kan därför inte, enligt tillsynsmyndigheten Arbetsmiljöverket, betraktas som företagshälsovård.

Företagshälsovården ska ses som ett hjälpmedel för företagen att åtgärda och förebygga arbetsmiljöproblem och ohälsa i arbetslivet. Det är en verksamhet som ska försörja arbetslivet med tillämpad expertis i arbetsmiljöfrågor. Benämningen företagshälsovård är specifikt svensk, internationellt används ofta termen occupational health services, OHS.

## Internationella definitioner

Minsta gemensamma nämnare i flera av definitionerna är orden ”hälsa” och ”arbetsmiljö” som också återkommer i en vidare, internationell definition från WHO (Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services):

Företagshälsovård stödjer god hälsa och åtgärder för miljö och säkerhet i företag.

International Labour Organisation, ILO, den internationella arbetsorganisationen, definierar företagshälsovård som i huvudsak förebyggande tjänster och ansvar för rådgivning till arbetsgivare, arbetstagaren och deras representanter, när det gäller att skapa och upprätthålla en säker och hälsosam arbetsmiljö.

ILO betonar i sin konvention vikten av en multidisciplinär inriktning och samarbete över sektorsgränserna, något som också återkommer när Föreningen Svensk Företagshälsovård beskriver företagshälsovårdens kännetecken, där tvärvetenskaplig kompetens och helhetssyn är två viktiga delar.

Syftet med företagshälsovården är att bidra till sunda och lönsamma organisationer där chefer och medarbetare trivs och kan prestera optimalt. ”Våra tjänster täcker in organisation, ledarskap, arbetsmiljö, hälsa, livsstil och rehabilitering”, skriver ett av de stora företagshälsovårdsföretagen i en presentation. Föreningen Svensk Företagshälsovård vill helst se företagshälsovården som en etablerad del av, och en egen specialitet inom, det nationella folkhälsoarbetet.



# Företagshälsovård idag

Enligt Föreningen Svensk Företagshälsovård, FSF, fanns 2003 cirka 500–600 företagshälsovårdsenheter i landet med omkring 5–6 000 anställda. Att beskriva svensk företagshälsovård i siffror är svårt. Skälet är dock enkelt. Det finns ingen officiell statistik eller sammanställning över verksamheten. Därför går det inte att ange exakt hur många företagshälsovårdsenheter som finns, hur stora de är, hur många som är verksamma i branschen och hur yrkeskategorierna är fördelade. Däremot finns siffror som bygger på uppskattningar och beräkningar utifrån enkäter, intervjuer och medlemskap i exempelvis Föreningen Svensk Företagshälsovård. Flera osäkerhetsfaktorer bidrar till en oklar bild, inte minst eftersom företag kan uppge att de sysslar med företagshälsovård utan att uppfylla de krav som ställs på en sådan verksamhet enligt arbetsmiljölagens definitioner och Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

Hösten 2003 hade FSF 188 medlemsföretag med sammanlagt 253 underenheter. Statskontorets utredare räknade i rapporten ”Utnyttja företagshälsovården bättre” (2001) med att det ”i dagsläget” fanns ungefär 670 externa eller inbyggda företagshälsovårdsenheter med sammanlagt omkring 5 100 anställda. Drygt hälften av dessa bedömdes vara läkare, sjuksköterskor och företagssjukgymnaster, ungefär en femtedel beteendevetare, tekniker och friskvårdare och återstoden internadministrativ personal inklusive ledning. Av företagshälsovårdsenheterna var drygt 115 inbyggda, enligt Statskontorets beräkningar, därutöver tillkommer 22 kommunhälsor och 27 landstingshälsor.

## Yrkesgrupper i företagshälsovården

### FÖRETAGSLÄKARE

Svenska Företagsläkarföreningen (SFLF) har cirka 1 000 medlemmar verksamma inom företagshälsovård eller skola (Läkarförbundets webbsida november 2003).

### FÖRETAGSSKÖTERSKOR

Riksföreningen för företagssköterskor har cirka 1 400 medlemmar, verksamma inom företagshälsovård, arbetshälsovård och yrkesmedicin (Föreningens webbsida november 2003). Dessutom finns ett okänt antal företagssköterskor och egna företagare som inte är anslutna till riksföreningen.

### ERGONOMER, LEGITIMERADE SJUKGYMNASTER

Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, har drygt 350 medlemmar verksamma inom företagshälsovården men tror att antalet sjukgymnaster inom företagshälsovård är mycket större. Man hänvisar till statskontorets beräkning 2001 att omkring 690 sjukgymnaster är verksamma inom företagshälsovården.

### ARBETSMILJÖINGENJÖRER

Någon enkel sammanställning finns inte. Statskontoret räknade 2001 med att 9 procent av företagshälsovårdspersonalen, eller cirka 470 personer var arbetsmiljöingenjörer.

Föreningen FTF Arbetsmiljö som är en intresseförening för arbetsmiljö- och skyddsingenjörer hade våren 2004 680 medlemmar, varav de flesta är verksamma. Föreningen uppskattar att det därutöver finns cirka 100 arbetsmiljöingenjörer som inte är anslutna till FTF.

## PSYKOLOGER OCH ANDRA BETEENDEVETARE

Även här är det svårt att få exakta siffror av samma skäl som ovan. Men statskontorets beräknar antalet till strax under 500.

## HÄLSOAKADEMIKER OCH FRISKVÅRDARE

Nya yrkesgrupper som inte fanns för något decennium sedan har tillkommit i företagshälsovården. Idag finns sålunda både friskvårdare och hälsoakademiker. Hälsoakademiker är en samlingsbeteckning för dem som utbildats vid något av de program med folkhälsoinriktning som idag finns vid flera universitet och högskolor. Exempel på sådan utbildning är folkhälsovetenskapligt program, folkhälsovetenskapligt program eller hälsoutvecklingsprogram. Enligt statskontorets beräkning var de cirka 140 till antalet år 2001.

## ARBETSTERAPEUTER

Ett litet antal arbetsterapeuter finns också men det är svårt att få fram hur många.

## Utbildning av företagshälsovårdspersonal

Utbildningen av företagshälsovårdens personal var från 1950-talet en uppgift för dåvarande Arbetsmedicinska Institutet och – då institutet inordnades i Arbetskyddsstyrelsen – för denna myndighets forskningsavdelning (från 1972). När forskningsavdelningen blev egen myndighet under namnet Arbetsmiljöinstitutet 1988 (från och med den 1 juli 1995 Arbetslivsinstitutet) överfördes utbildningsansvaret dit.

Idag utbildas företagshälsovårdspersonal vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm och Umeå. Vissa kurser ges även i Lund, Örebro och Göteborg. Arbetslivsinstitutet har dock inte egen examinationsrätt. Företagsskötorskor och företagssjukgymnaster som utbildas i Stockholm examineras av Karolinska institutet.

För läkarna är företagshälsovård sedan 1993 en av Socialstyrelsen fastställd medicinsk specialitet. Eftersom den handledda tjänstgöring i företagshälsovård, som utgör ett av kraven för specialistkompetensen, ännu inte kunnat ordnas på föreskrivet sätt, har specialistbehörigheten hittills bara interimistiskt utfärdats av Socialstyrelsen. För företagsläkare utgör genomgången utbildning vid Arbetslivsinstitutet – eller annan institution som bedöms likvärdig – ett obligatoriskt krav för att få specialistbehörighet.

Hösten 2003 startade vid Luleå tekniska universitet en bred magisterutbildning med inriktning mot arbetsmiljöledning.

Hur utbildningen av företagshälsovårdens personal skall bedrivas i framtiden är för närvarande (2004) oklart. Det är en av frågorna för den utredning om företagshälsovårdens framtid som tillsattes av regeringen 2003 och som beräknas vara klar vid utgången av 2004. Bland annat ska utbildningens omfattning, inriktning, kapacitet, finansiering, organisation och huvudmannaskap utredas. Uppenbart är dock att det redan stora behovet av utbildning för företagshälsovårdspersonal kommer att växa ytterligare. En orsak är att stora pensionsavgångar väntas inom alla yrkeskategorierna. Dessutom ökar de faktiska kompetenskraven i takt med de stora förändringarna i arbetslivet och på arbetsmarknaden. Företagshälsovården har därtill en stor uppgift i att medverka i kampen mot ökade sjukskrivningar och ohälsa i arbetslivet.

## **FÖRETAGSLÄKARE**

Redan 1948 startade Statens institut för Folkhälsan kurser på två till fyra veckor för industriläkare. När Arbetsmedicinska institutet startade 1966 övergick utbildningen dit och utökades.

Utbildningen av företagsläkare sker vid Arbetstlivsinstitutet i Stockholm. 2002–2003 genomfördes även en företagsläkarutbildning vid arbets- och miljömedicinska institutionen vid Göteborgs universitet.

För antagning krävs redan förvärvat annan specialistkompetens och för närvarande antas till utbildningen nästan uteslutande redan verksamma företagsläkare. Utbildningen som sammanlagt omfattar nio veckors schemalagd kurstid och ett handlett projektarbete bedöms av Arbetstlivsinstitutet svara mot cirka 15 högskolepoäng. Efterfrågan på utbildningen är stor och många står i kö till kurserna som i genomsnitt har cirka 40 deltagare.

## **FÖRETAGSSKÖTERS KOR**

Utbildningen av företagssköterskor (som inte är en skyddad specialistbeteckning) vänder sig till legitimerade sjuksköterskor med minst två års yrkesverksamhet. För antagning krävs anställning inom företagshälsovård eller arbetsmiljögrupp. Till 2003 års utbildning sökte 149 personer till 90 platser. Utbildningen som ger 40 poäng läses på halvfart under fyra terminer och ges i Stockholm, Lund och Örebro. Utbildningsgrupperna omfattar i regel kring 30 personer.

## **FÖRETAGSSJUKGYMNASTER**

Företagssjukgymnaster utbildas vid Arbetstlivsinstitutet i Stockholm och Umeå i samarbete med Karolinska Institutet respektive Idrottsmedicinska kliniken vid Universitetet i Umeå. Åren 2003 till 2004 genomfördes även en utbildningsomgång vid Lunds universitet. Utbildningen omfattar 20 poäng som läses på halvfart under två terminer och den riktar sig främst till legitimerade sjukgymnaster som är verksamma inom företagshälsovård eller arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering. Även här är antalet sökande till kurserna större än antalet platser, cirka 30 per kurs.

I Stockholm utbildas även arbetsterapeuter.

## **ARBETSMILJÖINGENJÖRER**

Arbetsmiljöingenjörer utbildas vid Arbetstlivsinstitutet i Stockholm. Några kurser ges vid Arbetstlivsinstitutet Norr i Umeå. Utbildningen har utvecklats ur den tidigare skyddsingenjörutbildningen. Den vänder sig i första hand till tre kategorier: verksamma arbetsmiljöingenjörer som saknar relevant utbildning, skyddsingenjörer som vill fördjupa eller bredda sina kunskaper samt andra kategorier inom eller utom företagshälsovården som är intresserade av delar av utbildningen. Den motsvarar 40 högskolepoäng och antalet sökande brukar stämma med antalet platser, cirka 30.

## **BETEENDEVETARE/PERSONALVETARE**

Mellan 1993 och 1998 utbildades knappt 150 beteendevetare för företagshälsovården. Därefter låg utbildningen nere i flera år men återupptogs 2002, då som kursen ”Arbetsorganisation och förändringsarbete” riktad till såväl beteendevetare inom företagshälsovården som andra

som arbetar med personalfrågor i andra organisationer. Utbildningen pågår under fem veckor med ett av Arbetslivsinstitutet rekommenderat meritvärde på 10 poäng.

#### **ANDRA YRKEN I FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN**

Även för andra yrkeskategorier inom företagshälsovården finns kurser och utbildningar vid Arbetslivsinstitutet. Assisteranter, sekreterare och administratörer erbjuds en kortare utbildning bestående av två tredagarsblock med föreläsningar och gruppdiskussioner.

#### **MAGISTERUTBILDNING I ERGONOMI**

Arbetslivsinstitutets magisterutbildning i ergonomi står öppen för flera kategorier inom och utom företagshälsovården och ordnas i samarbete med Linköpings universitet och Arbetslivsinstitutet Väst. Den omfattar 45 poäng som läses på halvfart och målgruppen anges vara hälsovetare (sjukgymnaster, sjuksköterskor, arbetsterapeuter), beteendevetare (psykologer, personaladministratörer och pedagoger) samt tekniker (arkitekter, designer, arbetsmiljöingenjörer). Intresset för magisterutbildningen är stort. Ett hundratal brukar söka till tjugotalet platser.

#### **FÖRDJUPNING OCH FORTBILDNING**

Utöver ovannämnda längre utbildningar erbjuder både Arbetslivsinstitutet och de yrkes- och miljömedicinska klinikerna olika fördjupnings- och fortbildningskurser. Även här är intresset stort. I Arbetslivsinstitutets årsberättelse för 2002 konstaterade man att efterfrågan ökat på efterutbildning i form av kortkurser.

#### **Tillgång till företagshälsovård**

Ungefär 70 procent av de anställda beräknas ha tillgång till företagshälsovård (2001 års arbetsmiljöundersökning). Tillgången har, enligt de siffror som finns att tillgå, sjunkit något, åtminstone jämfört med 1980-talet då 86 procent av de fast anställda hade tillgång till företagshälsovård (enligt 1992 års företagshälsoutredning). Räknat på det totala antalet anställda var siffran 77 procent. I mitten på 1990-talet uppgav 73 procent att de hade tillgång till företagshälsovård.

Variationen mellan branscher och mellan typ av arbetsgivare är stor. Generellt är tillgången större på större arbetsställen. Enmansföretag eller mycket små arbetsställen har sällan tillgång till företagshälsovård. Bäst är situationen för anställda i offentlig förvaltning, finansiell verksamhet och inom el-, gas- värme- och vattenförsörjning där 90 procent eller fler har tillgång till företagshälsovård. Sämst är det i jordbruk, jakt, skogsbruk och fiske med 45 procent.

Det är viktigt att notera att uppgifterna ovan bygger på en enkätundersökning där svaren utgår från den enskildes uppfattning om vad som är företagshälsovård. Det kan vara en vidare tolkning än definitionen i Arbetsmiljölagen. Svaret kan alltså likaväl rymma möjligheten att anlita en särskilt anvisad läkare som att det finns en fullt utrustad företagshälsovårdsenhet att tillgå.

#### **Vad utmärker god företagshälsovård?**

God företagshälsovård arbetar för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt för att befrämja och utveckla hälsa. Tidiga och förebyggande insatser är viktiga, därom är alla aktörer ense. Företagshälsovårdens verksamhetsidé är bland annat att kunna förklara ar-

betsmiljöns påverkan på medarbetarnas hälsa och dess effekter för företagets ekonomi.

En bärande idé för svensk företagshälsovård är att arbeta mångdisciplinärt och tvärvetenskapligt. Företagshälsovården är uppbyggd av medarbetare med olika professioner med en gemensam helhetssyn på samspelet mellan människa och miljö. Företagshälsovårdens styrka är just denna samverkan mellan olika kompetenser som ger möjligheter att hitta lösningar på skilda typer av problem. Detta arbetssätt har också lyfts fram i kvalitetssäkringssystemet och utgör en förutsättning för certifiering.

Den samlade kompetensen är en avgörande skillnad mellan företagshälsovård och verksamheter som allmänt erbjuder tjänster inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet. Den gör det möjligt att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Genom dessa beskrivningar får uppdragsgivaren möjlighet till en helhetsyn på företagets arbetsmiljö. Utifrån denna grundval lämnar en god företagshälsovård förslag på åtgärder och verkar för att de genomförs.

Arbetsmiljöverket anser att kompetens måste finnas inom områdena beteendevetenskap, arbetsorganisation, ergonomi, teknik, yrkeshygien samt medicin och rehabilitering. Om inte alla kompetenser finns inom företagshälsovården ska den kunna ange hur kunskanden knutits till enheten, till exempel genom samarbetsavtal. En hög tvärvetenskaplig kompetens är ett viktigt kännetecken på en bra företagshälsovård, betonar även Föreningen Svensk Företagshälsovård.

Även från fackligt håll betonas att ett helhetsperspektiv bör vara utgångspunkten för företagshälsovårdens arbete kring arbetsmiljö, arbetsorganisation, rehabilitering och även för en hälsofrämjande livsstil. Ett sådant perspektiv innebär att arbetsmiljöarbetet också omfattar insatser kring arbetets organisation och de anställdas välbefinnande och trivsel.

## Oberoende resurs

Oberoende, självständighet, opartiskhet, är andra viktiga kännetecken. God företagshälsovård ska vara en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. En professionell företagshälsovård gör självständiga och opartiska bedömningar utifrån sin samlade kompetens och bidrar aktivt till att förslagen genomförs, skriver Arbetsmiljöverket i sin strategi för företagshälsovård.

Men det är också viktigt att företagshälsovården fungerar som en sammanhållen resurs och inte bara anlitas för enstaka tjänster. Kontinuitet både i tid och personal krävs för att tidigt upptäcka hälsorisker och för att säkra kvaliteten i tjänsterna. Långsiktiga kundrelationer ger kunskap om arbetsplatsen och dess förutsättningar. En god företagshälsovård erbjuder hög service, tillgänglighet och väl utvecklad kommunikationsförmåga.

Däremot är inte företagshälsovårdens organisationsform avgörande för tjänsternas kvalitet. Arbetet kan bedrivas från en företagshälsovårdsenhet inom eller utanför företaget. Huvudsaken är enhetens självständighet, att den har en fristående och oberoende ställning och kan utnyttjas av både arbetsgivare och arbetstagare.

God företagshälsovård arbetar naturligtvis utifrån intentionerna i gällande arbetsmiljölagstiftning och angränsande lagar. Den följer de internationella regler och konventioner som Sverige åtagit sig att följa.

## Tvärprofessionell samverkan

Hur har den tvärprofessionella samverkan påverkats av branschens marknadsanpassning? Vissa farhågor kring att samarbetet mellan yrkesgrupperna inom företagshälsovården minskat, framfördes av Statskontoret 1997 i utredningen "Företagshälsovården idag". Personal hade uppgivit att man oftare än tidigare arbetade ensam i förhållande till kunderna. Kunderna betalade i ökad utsträckning för varje enskild tjänst. Före statsbidragets avskaffande garanterade anslutningsavgiften kundföretagen i princip obegränsad tillgång till företagshälsovårdens tjänster. Numera tillämpas ofta ett prissystem med en basavgift för ett grundpaket och därefter styckpriser för extratjänster.

Statskontoret pekade på risken att kunderna väntar med att anlita företagshälsovården tills arbetsskadorna redan uppstått. Dessutom visar en senare undersökning "Utnyttja företagshälsovården bättre" från Statskontoret 2001 att i något mer än vart tionde kundföretag, privat eller offentligt, måste de anställda anmäla sin avsikt att besöka företagshälsovården. Detta väcker frågor om problem som kräver medverkan av fler kompetenser blir tillräckligt uppmärksammade.

Samtidigt slås det tvärprofessionella arbetssättet fast i kvalitetssäkringssystemet och Arbetsmiljöverket talar i sin strategi för företagshälsovården om "förslag på åtgärder utifrån en helhetssyn" och "självständiga och opartiska bedömningar utifrån sin samlade kompetens".

Företagshälsovårdens kunder uppskattar när de i dialog får hjälp att identifiera ett problem, får förslag till lösning, stöd i genomförandet och redovisning av resultat. I sådana fall upplevs tjänsten från företagshälsovården som både nyttig och prisvärd, kvalitetsnivån uppfattas som hög. Företagshälsovårdsföretaget uppfattas som aktivt, det visar rapporten "Analys av effekterna av nuvarande kvalitetssystem" från Arbetsmiljöverket/Arbetslivsinstitutet 2003.

## På olika nivåer

Företagshälsovårdens arbete ska naturligtvis ske med den enskildes bästa för ögonen, men dessutom ska verksamheten motsvara krav från andra nivåer – från företaget och samhället. Resultaten av verksamheten kan utvärderas på en individuellt mänsklig nivå i form av bättre hälsa, på en företagsekonomisk nivå som ökad produktivitet och kvalitet och sist men inte minst på en samhällsekonomisk nivå som minskade kostnader i socialförsäkringssystemen och högre skatteintäkter.

Företagshälsovården är, enligt utredningen "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (SOU 2002:5), en strategisk resurs för arbetsgivaren genom att bidra till anställdas goda hälsa, vilket givetvis gynnar både produktionsresultat och ekonomisk utveckling.

## Övergripande mål

Vid nittioalets början angav statsmakterna något som skulle kunna beskrivas som det goda arbetet som målet för företagshälsovården: att motverka uppkomsten av arbetsskador och utslagning från arbetslivet, att medverka till skapandet av ett gott arbetsklimat i väl fungerande organisationer (Ds 1990:42). Verksamheten borde medverka till att "Företagshälsovården bör arbeta för att människor utvecklas som yrkesverksamma och som individer. Arbeten som ger möjlighet till utveckling stöder självkänsla och självrespekt och befrämjar hälsa och välbefinnande."

Idag saknas nationella mål från statsmakternas sida för företagshälsovården. Detta trots att ILO-konventionen, som Sverige ratificerat, stadgar att varje medlemsstat ska implementera och regelbundet revidera en samlad nationell policy för företagshälsovården.

Ska företagshälsovården verka för det övergripande målet ”ett gott arbete åt envar i arbetslivet” frågar Bertil Remaeus och Peter Westerholm i *Arbete och hälsa 2000*, ”eller”, fortsätter de, ”ska vi tolka det att avsaknad av konkret preciserade policymål och tillhörande strategier naturligtvis också kan ses som en policy i sig”? Tidigare har arbetsmarknadens parter haft som ambition att hela arbetsmarknaden skulle omfattas av företagshälsovård, men sedan mitten på 1990-talet har utbyggnaden avstannat.

## Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring av företagshälsovårdens tjänster är frivillig och kan ske på många sätt. Ett är den tredjepartscertifiering som infördes 1995. Kvalitetssystemet utvecklades på uppdrag av regeringen. Syftet var bland annat att motverka en befärad utarmning av den etablerade företagshälsovården i samband med att statsbidraget avskaffades några år tidigare. Utvecklingsarbetet bedrevs i samverkan mellan representanter för företagshälsovården, arbetsmarknadens parter och dåvarande Arbetarskyddsstyrelsen.

Certifieringen är ett sätt göra det möjligt för myndigheter och samhälle att definiera god företagshälsovård med gemensamma begrepp. En kvalitetssäkrad företagshälsovård kan garantera sin roll som den oberoende expertresurs som arbetsgivaren enligt lag måste ordna tillgång till. Utan kvalitetssäkring är det svårt att avgöra huruvida de köpta tjänsterna uppfyller lagens krav på arbetsgivaren.

Kvalitetssäkringen baseras på ISO 9001 och återfinns i ”Kravspecifikation för svensk företagshälsovård”. Systemet upprätthålls ytterst av SWEDAC som i sin tur ackrediterat flera företag att certifiera enligt dessa krav. Föreningen Svensk Företagshälsovård ansvarar för en god implementering av modellen. I detta ansvar ingår att se till att systemet utvecklas och revideras i samklang med lagstiftning och arbetslivets utveckling. En referensgrupp inom systemet ger möjlighet för samhället och arbetsmarknadens parter att hävda sina intressen i samarbete med företagshälsovårdsbranschen. År 2001 hade 43 företagshälsovårdsenheter certifierats.

För den enskilda företagshälsovårdsenheten innebär certifieringskraven ett systematiskt arbete för att åstadkomma förbättringar i verksamheten. De fungerar som en vägledning i hur enheten kan organisera sin verksamhet utifrån ett starkt kundfokus. Kvalitetssystemet innebär en ständigt pågående process kring frågor av typen: Vad gör vi? Till vilken nytta? Hur kan vi bli bättre?

I kvalitetssystemet ingår även en annan del, nämligen:

## God praxis

Redan när systemet för kvalitetssäkring togs fram i mitten av 1990-talet fanns ett behov av att förtydliga företagshälsovården som verksamhetsområde, att vidareutveckla och beskriva specifika arbetsmetoder: att skapa det som brukar kallas god praxis. En sådan beskriver metoder och processer där alla berörda intressenter har enats om både nytta och tillvägagångssätt.

Utvecklingen av en god praxis har kommit längre i våra grannländer än hos oss. Längst i Finland, där erfarenheterna samlats i *Good Occupational Health Practice – A guide for plan-*

ning and follow-up of occupational health service, utgiven på finska år 1997 och på engelska 2001 av det finska socialdepartementet och Institutet för arbetshygien. Den finska systematiken har inspirerat flera andra länder, bland annat Norge där ett verktyg för evaluering av företagshälsovårdstjänster tagits fram och publicerats år 2000. I arbetet med att utveckla en svensk god praxis har erfarenheter från Finland, Norge, Danmark och Nederländerna tagits till vara.

Syftet med det svenska projektet för god praxis är att utveckla metoder för att utvärdera företagshälsovården både ur ett arbetslivs- och ett samhällsperspektiv. Metoderna, god praxis, ska säkra en kvalitetsnivå på ett konkurrensneutralt sätt.

Kvalitetssystemet och utvecklingen av en god praxis är alltså två sammankopplade projekt. God praxis innebär en utveckling av kvalitetssystemet för företagshälsovården. Dels genom att förtydliga och utveckla arbetsmetoder, men även genom att de områden i verksamheten som omfattas av god praxis direkt kan kvalitetssäkras, en möjlighet som infogats i Kravspecifikationen för svensk företagshälsovård.

Till varje god praxis kopplas specifika kompetenskrav. De kraven kompletterar de grundläggande kompetenskraven som Kravspecifikationen ställer på all personal i företagshälsovårdsverksamhet.

Hittills har god praxis för begreppet kunddialog utvecklats. Dessutom har god praxis för fyra metoder utarbetats, nämligen medicinska kontroller av nattarbetande, systematiskt arbetsmiljöarbete, arbetsförmågebedömningar samt hälsofrämjande arbete i företagshälsovården. Fastställd god praxis publiceras och görs tillgänglig av Föreningen Svensk Företagshälsovård. Arbetet med att utveckla en god praxis fortsätter.



# Företagshälsovårdens tjänster

Svensk företagshälsovård erbjuder ett mycket brett utbud av tjänster, från lagstadgade hälsokontroller till stödsamtal vid kriser, från medverkan i det systematiska arbetsmiljöarbetet till rökavvänjning.

Företagshälsovårdens huvudsakliga arbetsområde är arbetsmiljö och rehabilitering, det slås fast i förarbetena till arbetsmiljölagen. Den ska särskilt ägna sig åt förebyggande arbete med inriktning på arbetsmiljö för att undanröja hälsorisker. Arbetsanpassning och rehabiliteringsinsatser är viktiga områden.

## Företagshälsovårdens roll i arbetsmiljöarbetet

Kontinuerlig tillgång till företagshälsovård är det enklaste sättet för ett företag – vare sig det är stort, medelstort eller litet – att försäkra sig om tillgång till resurser för att uppfylla lagens krav på förebyggande och systematiskt arbetsmiljöarbete.

Företagshälsovårdens uppgift är att vara en expertresurs som bistår arbetsgivaren, men dennes lagliga ansvar för arbetsmiljön och för att upprätthålla ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) kvarstår alltid, enligt arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2001:1.

Ju bredare yrkeskompetens som finns representerade hos den anlitade företagshälsovården, desto mer kan den tillföra det lokala arbetsmiljöarbetet. Exempel på sådan kompetens är kunskaper i arbetsorganisation, yrkeshygien, beteendevetenskap, medicin, ergonomi, rehabilitering och teknik.

Genom att identifiera, kartlägga och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, arbetsorganisation, produktivitet och individens hälsa kan företagshälsovården spåra och motverka hälsorisker och olämpliga eller skadliga faktorer i arbetsmiljön.

En undersökning från Arbetslivsinstitutet 2003 som bland annat behandlar ett antal kundföretags uppfattning om varifrån de hämtar stöd i sitt systematiska arbetsmiljöarbete, visar att företagshälsovårdens ställning är stark i arbetsmiljöfrågor. Hela 84 procent av de tillfrågade kundföretagen valde företagshälsovården som förstahandsalternativ i sådana frågor.

Behoven av företagshälsovård skiftar, inom och mellan branscher, beroende på företagets storlek, produktion, personalsammansättning och på eventuell intern kompetens. Varje arbetsplats måste ställa krav på företagshälsovården utifrån sina speciella behov.

Men vissa tjänster och viss kompetens är allmängiltiga och dit hör:

## Allmänt arbetsmiljöarbete

Kan bestå i att stödja personal som arbetar med arbetsmiljöfrågor och att delta i det systematiska arbetsmiljöarbetet till exempel vid utarbetandet av rutiner och i arbetsmiljökommitténs arbete.

Kartläggningar av arbetsmiljön med riskbedömningar och individuella åtgärdsförslag, kan vara andra delar, liksom information om aktuell lagstiftning och forskning inom området. Insatser för att komma till rätta med belastningsproblematik är ett stort arbetsområde. Hantlar arbetsplatsen hälsofarliga produkter? Räcker ventilationen? Företagshälsovården kan göra yrkeshygieniska bedömningar. Årliga behovsanalyser och åtgärdsprogram för arbetsplatsen, medverkan vid skyddsronder och arbetsmiljömätningar är exempel på ytterligare tjänster.

## Arbets-skador och rehabilitering

Företagshälsovården kan bedöma hälsotillståndet bland anställda som drabbats av ohälsa, göra en medicinsk prognos och bedöma arbetsförmågan. Att genomföra arbetsskadeutredningar bland annat med syfte att förebygga att fler drabbas är en naturlig uppgift för företagshälsovården liksom att medverka i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbete, bland annat genom rehabiliteringsutredningar.

## Arbetsplatsens utveckling

Företagshälsovården kan även följa utvecklingen av arbetsförhållanden på arbetsplatsen som påverkar de anställdas hälsa och arbetsanpassning.

Rådgivning och medverkan vid utformning av ändamålsenliga, sunda och säkra arbetsförhållanden, särskilt i samband med förändringar, är viktiga uppgifter. Ergonomi, krisstöd, stressfrågor, chefsstöd, är exempel på arbetsuppgifter där företagshälsovården besitter en naturligt samlad kompetens. Dessutom kan företagshälsovården medverka vid utredningar av olika slag, vid kränkande särbehandling och i IT-miljöfrågor, till exempel. På grupp- och organisationsnivå deltar företagshälsovården även i utvecklings- och förändringsarbete.

## Hälsofrämjande arbete

Inom detta område kan företagshälsovården stödja utvecklingen av en hälsofrämjande organisation genom att uppmärksamma sambanden mellan arbetsorganisation och hälsa, identifiera arbetsorsakad stress och ohälsa. Men även livsstilsinriktade program kan komma ifråga. Här kan även mer individuellt hälsofrämjande åtgärder användas, som kostrådgivning, rökavvänjning, drog- och alkoholrådgivning. Inom detta område återfinns även hälsoundersökningar och hälsoprofilbedömningar vid behov.

## Stödsamtal

Rådgivning och stöd kan ges till enskilda och grupper av anställda vid kriser av olika slag, det kan vara hot och våld, olyckor, mobbning eller förändringar inom organisationen, konflikter, stresshantering och annat.

## Läkarundersökningar

Arbetsmiljölagstiftningen ställer krav på läkarundersökningar vid arbete i vissa miljöer eller vid vissa arbetsuppgifter. Företagshälsovårdens personal är väl förtrogen med förhållandena på arbetsplatsen och de medicinska riskerna och har den kompetens som krävs för att genomföra lagstadgade hälsokontroller.

## Sjukvård

Ska företagshälsovården ägna sig åt sjukvård? Den frågan har diskuterats länge. Arbetsmiljö och rehabilitering ska vara företagshälsovårdens huvudområden, det ansåg Företagshälsovårdsutredningen redan 1992.

Företagshälsovårdens verksamhet med fokus på arbetsrelaterad ohälsa, yrkesrelaterade sjukdomar och arbetslivsinriktad rehabilitering förutsätter personal med sjukvårdskompetens. Det är bara att konstatera att förebyggande och efterhjälpande insatser inte alltid är så lätta att skilja

åt. Insatser på alla nivåer kan förebygga ytterligare sjukdom och funktionsnedsättning. Viss hälso- och sjukvård är en förutsättning för exempelvis företagshälsovårdens arbete med rehabilitering. Det är svårt att avgränsa denna mot övrig sjukvård och någon definition av vad som är arbetsrelaterad hälso- och sjukvård finns inte.

Sedan det generella statsbidraget avvecklades har vissa företagshälsovårdsenheter haft tillgång till landstingsfinansierad hälso- och sjukvård. De har anlitat eller anställt läkare med godkänd specialistkompetens som kan debitera landstinget för utförd läkarvård. Det kan även gälla sjukgymnaster. Förhållandet har inneburit en konkurrensfördel i förhållande till enheter som inte har tillgång till taxanslutna läkare och sjukgymnaster. Den möjligheten upphörde dock i och med utgången av 2003.

Hälsokontroller eller hälsoprofiler efterfrågas i hög utsträckning av kunderna. Är de individ- eller gruppriktade insatser? Medicinska insatser eller arbetsmiljöinsatser? Det är tolkningsfrågor. Värdet av hälsoundersökningar är omdiskuterat, åtminstone i termer av kostnader i förhållande till nytta. Enligt Statskontorets studier var de en förhållandevis omfattande del av företagshälsovårdens verksamhet 1997.

I Arbetsmiljöverkets/Arbetslivsinstitutets studie av företagshälsovårdens kunders uppfattning om verksamheten (2003) framkommer att kunderna uppfattar att företagshälsovården i första hand erbjuder sjukvårdstjänster. De intervjuade bedömer att avtalslösningen där den anställda direkt kan kontakta företagshälsovården för en första konsultation, utan arbetsgivarens godkännande, har hög kundnytta.

Undersökningen visar också att kunderna ofta har höga krav på att företagshälsovården med kort varsel ska ta emot anställda och erbjuda den hjälp som behövs för att personen ska kunna återgå i arbete.

## Rehabilitering dominerar

I slutet av 1990-talet var rehabilitering redan ett dominerande arbetsområde inom företagshälsovården. Enligt lagen om allmän försäkring är arbetsgivaren skyldig att göra en rehabiliteringsutredning om en anställd varit sjukskriven mer än fyra veckor. Skärpta krav på arbetsgivarna i den här delen har givit företagshälsovården mer arbete inom området eftersom man kan bidra med bred fackkompetens och med kunskap om samspelet mellan miljö och hälsa.

En enkät utförd av Statskontoret 2001 som redovisas i utredningen ”Utnyttja företagshälsovården bättre” visar också att den största aktiviteten inom de svarande företagshälsovårdsenheternas verksamhet är utredningsfasen i rehabilitering (173 enkätsvar representerande 359 enheter). Denna uppgift tar knappt 12 procent av arbetstiden i anspråk.

Enligt enkäten omfattar rehabiliteringsaktiviteterna totalt nästan en fjärdedel, drygt 24 procent, av företagshälsovårdens verksamhet. Hälften ägnas åt utredningsfasen: individuell probleminventering, utredning, kartläggande samtal, bedömningar och beslutsunderlag. Men även medverkan i rehabgrupper, arbetsmedicinska bedömningar och samarbete med andra instanser som försäkringskassa, ingår.

Under tolv månader i början på 2000-talet (juli 2000 till juni 2001) var företagshälsovården engagerad minst en timme i 84 000 rehabiliteringsärenden. 40 000 ärenden kom från privata kunder och 44 000 från offentliga. 9 000 kundföretag involverade regelmässigt företagshälsovården för lagstadgade rehabiliteringsutredningar.

## Från sjukvård till arbetsorganisation

Under 1990-talet kom företagshälsovården allt mer att inrikta sina insatser mot arbetsorganisation, bort från individinriktade sjukvårdsinsatser (enligt Remaeus och Westerholm i *Arbetsliv och hälsa* 2000). Samarbetet med företagens ledningsnivåer ökade medan det nära samarbetet med fackliga organisationer och lokal skyddsorganisation minskade. En förskjutning av tyngdpunkten från efterhjälpande insatser till förebyggande, från individinriktade till grupp- och organisationsinriktade betonades också av statsmakterna som en förutsättning för att företagshälsovården skulle få en aktiv roll på arbetsplatsen. Redan 1994 ansåg företagshälsovården att tyngdpunkten i arbetet också blivit förebyggande, rehabiliterande och friskvårdande, enligt en utredning från Statskontoret. Något som vid denna tidpunkt bekräftades av att företags-sjukgymnaster/ergonomer och beteendevetare drabbats minst av branschens nedskärningar.

Kunderna frågar fortfarande i hög grad efter kompetens inom området arbetsorganisation, men där är utbudet av tjänster stort och företagshälsovården konkurrerar på en marknad med många organisationskonsulter. Den tidigare nämnda studien från Arbetsmiljöverket/Arbetslivsinstitutet 2003 visar att när det gäller frågor kring arbetsorganisation väljer endast 16 procent av de tillfrågade kundföretagen företagshälsovården i första hand. Ett motiv, enligt studien, är att företagshälsovårdsenheterna inte upplevs ha tillräcklig kompetens. Uppfattningarna skiljer sig dock mellan kunderna och även mellan kunder som anlitar samma företagshälsovårdsenhet.

Samma studie visar att jämfört med tre år tidigare köper 47 procent av de tillfrågade kunderna mer företagshälsovårdstjänster, räknat i kronor. En femtedel köper mindre, en dryg fjärdedel oförändrat. Det finns en tendens, enligt rapporten, att andra leverantörer av tjänster till kundföretagen ökar sin volym.

Ett sätt att möta konkurrensen är att företagshälsovårdsbranschen slår vakt om sitt unika kunnande, sitt arbetsmiljöfokus, enligt rapporten. Det finns företagshälsovårdskunder som anser att företagshälsovården försöker greppa över för mycket.

## Förväntad efterfrågan

Vad kommer kundföretagen att efterfråga i framtiden? När den frågans ställdes av Statskontoret 1997 trodde de svarande i kundföretagen att problem inom det psykosociala området skulle komma att dominera upphandlingen av arbetsmiljö- och hälso-tjänster i framtiden. Därefter följde ergonomiska och tekniska företagshälsovårdstjänster. Medicinsk företagshälsovård och friskvård såg däremot relativt få som förstahandsval vid upphandling av företagshälsovård. Rehabiliteringstjänster hamnade i mitten.

Samtidigt genomförde Statskontoret en intervjuundersökning vid tio företagshälsovårdsenheter. Den visade att efterfrågan på psykosociala tjänster ökat. Stress, missbruksfrågor, krisomhändertagande, relationsproblem och utbrändhet hade medfört ökad efterfrågan på beteendevetare. Också arbetsorganisatoriska frågor hade fått en allt mer framskjuten plats och efterfrågades av kunderna. Företagshälsovårdens personal vittnade om att psykosociala problem blev allt vanligare hos de anställda i kundföretagen. En utveckling som alltså låg i linje med kundernas bedömningar av framtida efterfrågan.

En enkätstudie av Peter Westerholm och Göran Bostedt 1999–2000, presenterad i kapitlet "Företagshälsovård i förändring" i boken "Framtidens Arbetsmiljöarbete" (Red: Jan Johansson

och Kaj Frick) visar på fyra dominerande problembilder i arbetsmiljön idag, enligt företagsledningarna och skyddsombud: den psykiska arbetsmiljön, ergonomiska problem och belastningsskador samt inomhusluftens kvalitet. Företagshälsovårdens bedömning av de viktiga frågorna inför framtiden är i stort den samma. Har företagshälsovården den kompetens och legitimitet som krävs för att arbeta med frågorna?

Kunderna och företagshälsovården är överens om att företagshälsovårdens primära kompetens finns inom ergonomi, rehabilitering, allmänna sjukvårdsinsatser, belysning och livsstilsfrågor. "Det tycks som om företagshälsovårdens egen självbild är att den primära kompetensen finns inom medicin och rehabilitering", skriver Peter Westerholm och Göran Bostedt. "Olika förebyggande inslag och mer samhällsvetenskaplig inriktad kompetens tillhör bristvarorna."

En mentometerundersökning bland de 400 deltagarna vid Företagshälsovårdsdagarna 2003 visade att branschen förväntade sig den största tillväxten inom psykosociala frågor (31 procent), tätt följd av rehabilitering (30 procent). Få förväntade sig tillväxt inom området arbetsrelaterad sjukvård (3 procent). Mentometerundersökningen visade dessutom en begränsad tilltro (16 procent) till det hälsofrämjande arbetets expansion inom företagshälsovården.



# Lagar och andra ramar

## Arbetsmiljölagen

Den lagtext som reglerar företagshälsovården i Sverige finns sedan 1985 i arbetsmiljölagen. Formuleringarna ändrades senast genom riksdagsbeslut år 1999 och från och med 1 juni 2000 gäller att ”Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå” (AML kap 3 § 2b).

I Sverige finns det därmed ett tolkningsutrymme kring vad arbetsförhållandena kräver i form av företagshälsovård. Arbetsmarknadens parter, det vill säga både arbetsgivare och arbetstagare, har tolkningsrätt. Anser exempelvis arbetstagarnas organisationer att den erbjudna företagshälsovården inte svarar mot behoven kan de gå vidare till Arbetsmiljöverket.

Lagstiftningens utformning innebär att svensk företagshälsovård är bland de minst reglerade i Europa. Det framgår till exempel av en studie från Finlands Arbetshygieniska Institut i Helsingfors om kvalitet och effektivitet i företagshälsovården i EU, Norge och Schweiz (Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland).

Bland EU:s medlemsländer är företagshälsovård inte obligatorisk för arbetsgivaren i Sverige, Danmark och Storbritannien. Inte heller i Norge. I övriga EU-länder finns tvingande lagstiftning i någon form.

## EU:s ramdirektiv

Europeiska Rådets direktiv 89/391/EEG handlar om åtgärder för att främja och förbättra arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. Där finns inga specifika krav på tillgången till företagshälsovård men däremot handlar paragraferna 5 och 7 om arbetsgivarens ansvar för en säker arbetsmiljö och om skydds- och förebyggande åtgärder. Arbetsgivaren ska organisera sådan verksamhet med lämplig egen personal och om sådan inte finns ska sakkunnig hjälp anlitas utifrån. De som anlitas ska ha tillräckliga kunskaper och tillräckliga professionella och personella resurser.

## Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete

AFS 2001:1 handlar om hur man på arbetsplatsen ska ta hänsyn till arbetsmiljön i det dagliga arbetet och om hur man ska bedriva det systematiska arbetsmiljöarbete som krävs för att uppfylla arbetsgivarens lagfästa ansvar för arbetsmiljön.

Föreskrifternas § 12 handlar om företagshälsovård med utgångspunkt i arbetsmiljölagens skrivning:

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

När företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp anlitas skall den vara av tillräcklig omfattning samt ha tillräcklig kompetens och tillräcklig resurser för detta arbete. Dessutom skall kraven i bilaga 2 uppfyllas.”

Kraven på företagshälsovård eller motsvarande i EU:s ramdirektiv tolkas så här i nyssnämnda bilaga 2:

”Arbetsgivaren skall se till att den företagshälsovård eller motsvarande sakkunniga hjälp utifrån som anlitas enligt 12 §

- får information om de faktorer som påverkar eller misstänks påverka arbetstagarnas hälsa och säkerhet samt
- har tillgång till information om aktuella arbetsmiljörisker, förebyggande åtgärder och de åtgärder som vidtagits för att utse, utbilda och utrusta de arbetstagare som behövs för att genomföra första hjälpen, brandbekämpning och utrymning. Informationen skall gälla både verksamheten i stort och varje enskild arbetsplats eller varje enskilt arbete.”

## Skattereglering

Sedan 1 januari 1996 gäller att arbetsgivare får göra avdrag för sina kostnader för företagshälsovård och förmånen av fri företagshälsovård beskattas inte. För att skatteavdragsreglerna ska kunna tillämpas gäller att den företagshälsovård som ges uppfyller de tidigare nämnda kriterierna som återfinns i lagens förarbeten, bland annat krav på att företagshälsovården ska vara en professionell och oberoende resurs, arbeta förebyggande inom arbetsmiljöområdet och med arbetslivsinriktad rehabilitering samt besitta en bred kompetens inom en rad områden.

## WHO

Världshälsoorganisationens (WHO) arbete antog 1996 en global strategi vars övergripande mål för tillgången till företagshälsovård kan sammanfattas som ”Occupational health for all”.

Där framhålls att företagshälsovård och hälsosamma arbetsmiljöer är viktiga för arbetstagarna, företagets ekonomi och samhällekoniskt. De krav som ställs på medlemsstaterna är tydliga. Alla stater ska utforma nationella folkhälsoprogram och företagshälsovården ska omfatta hela den arbetande befolkningen oavsett arbetsplats, arbetsgivare och anställningsform.

## ILO-konventionen

International Labour Organisation (ILO) har antagit en konvention med tillhörande rekommendation om företagshälsovård. Konventionen tar i 24 artiklar upp företagshälsovårdens uppgifter, organisation och verksamhetsvillkor samt innehåller frågor om principer för nationell politik inom området. Företagshälsovårdstjänster definieras som huvudsakligen förebyggande, med ansvar för rådgivning om hur en säker och hälsosam arbetsmiljö ska byggas upp och vidmakthållas.

Konventionen antogs 1985 i Geneve av ILO:s allmänna konferens. Till den har fogats en rekommendation. Sverige ratificerade både konventionen och rekommendationen året därpå. Länderna som undertecknat har åtagit sig att successivt bygga ut företagshälsovården för alla arbetstagare.

## Avtal om företagshälsovård

Fram till år 1992 fanns ett centralt arbetsmiljöavtal mellan LO, PTK och SAF. Det innebar bland annat att företagen var skyldiga att tillhandahålla företagshälsovård. Avtalet upphörde att gälla 1992 och har därefter inte förnyats. Det följdes av flera avtal, bland annat för statlig och kommunal sektor och för byggbranschen, som gav anställda tillgång till någon form av företagshälsovård. Många andra avtal kom att innehålla mer allmänna och mindre förpliktande formuleringar.



# Företagshälsovårdens historia

Svensk företagshälsovårdshistoria är i stort sett oskriven. Den som vill fördjupa sig i ämnet finner snart att det knappast finns någon samlad skriftlig dokumentation eller några mer inträngande översikter. En skildring får byggas på bidrag från många olika källor. Ett avsnitt där och en passus här, ett kapitel där och en översikt här och statistik där vissa uppgifter om företagshälsovård ingår.

Fram växer bilden av en verksamhet med rötter i gruvdrift och krig. Den följer en lång historisk linje ända ner i Falu koppargruva för århundraden sedan där det trots erbarmliga arbetsförhållandena för gruvdrängarna fanns embryot till dagens lagstadgade arbetsgivaransvar för de anställdas hälsa och säkerhet. Även om ägarnas mål för omsorgen mer var den kontinuerliga driften än den enskilde gruvdrängens välbefinnande fanns också behov av att skydda arbetarna mot olyckor eller att åtgärda skadorna efter olyckorna som självklart ändå inträffade. Man skulle kunna beskriva verksamheten som början på det som så småningom blev industrins skyddsarbete med skyddsingenjörer, tekniker och skyddskommittéer.

En annan linje kan följas från krigsmaktens organisation med fältskärer och deras medhjälpare som (helst) skulle återställa de skadade soldaterna i stridbart skick genom att lappa ihop dem efter förmåga. Alternativt var uppgiften att få dem i sådant skick att de åtminstone kunde ta sig från slagfältet med livet och de flesta kroppsdelar något så när i behåll. Här var det alltså frågan om medicinsk vård.

Med bruksamhällets framväxt och med den tilltagande industrialiseringen ökade behovet av tillgång till läkare och sjukvård i anslutning till arbetsplatserna. Längre handlade det främst om särskilt anställda läkare som skulle ge vård och åtgärda skador. Det var inom denna kår av industriläkare som en del av grunden lades till dagens företagshälsovård.

Alternativet till att anställa egna läkare var att man anlätade en privatläkare eller tjänsteläkare på viss tid. Det systemet levde kvar långt in i modern tid med till exempel statliga myndigheters och vissa företags anvisningsläkare dit anställda kunde gå utan kostnad.

Den medicinska insatsen handlade länge i första hand om läkarkontroller och första hjälpen. Vad gäller första hjälpen stadgades redan i 1912 års lag om beredskap för eventuella olycksfall. För att kunna lämna första hjälpen om en olycka inträffade måste det finnas ”anordningar som kunde anses erforderliga med hänsyn till arbetets beskaffenhet”.

## Avtal 1942

Ett organiserat samarbete mellan den tekniska skyddsverksamheten och den medicinska vården dröjde dock till mitten och senare delen av 1900-talet.

En faktor som bidrog till utvecklingen var det samarbete mellan arbetsmarknadens parter som etablerades med Saltsjöbadsavtalet 1938. Denna modell blev ett kännetecken för svensk samhällsutveckling under många decennier. På arbetarskyddets område slöts 1942, ett avtal mellan SAF och LO om ”Allmänna regler om för den lokala säkerhetstjänstens organisation”.

Ännu långt in på 1950-talet fanns dock företagshälsovård främst på stora industrier med egna läkare, ibland assisterade av sjuksköterskor. Det var denna kår av företagsbaserade läkare som i samverkan med den tekniska skyddstjänsten lade grunden till den moderna företagshälsovården. Skyddskommittéer, skyddsombud och andra som arbetade med skyddsfrågor och olycksfall var viktiga samarbetspartner. Fortfarande var dock företagshälsovård främst en verksamhet som drevs på arbetsgivarens villkor. Det var först på 60-talet som parterna på allvar

började arbeta för att företagshälsovård skulle vara en obunden, utredande och rådgivande resurs vars villkor och uppdrag formulerades i samverkan. Ur det samarbetet utvecklades så den moderna företagshälsovården med teknisk, medicinsk och senare även psykosocial och ergonomisk kompetens och med fokus på förebyggande arbete i stället för som tidigare på hjälp när skadan redan var skedd.

En milstolpe var 1968 års företagshälsovårdsutredning. Den började sitt arbete 1964 och lade 1968 fram betänkandet "Företagshälsovård". Där lades grunden till det mångdisciplinära och förebyggande arbetsätt som är utmärkande för modern företagshälsovård och som spridits till de övriga nordiska länderna i samband med reformer kring arbetarskydd och sjukvårdssystem.

De senaste decennierna har också det psykosociala perspektivet på arbetsmiljö och hälsa fått allt större plats i företagshälsovårdens arbete vilket speglats i rekryteringen av personal. Beteendevetarna har sålunda blivit allt fler i branschen. Man kan också beskriva det som en utveckling där tyngdpunkten förskjutits från arbetarskydd till psykosocial arbetsmiljö och dess samband med arbetsorganisationen.

### **Expansion på 1980-talet**

Parternas ökade engagemang i företagshälsovården ledde till ett uppsving och en uppbyggnad som var påtaglig inte minst under 1980-talet. Målsättningen löd: "Företagshälsovård åt alla". I slutet av det decenniet fanns 897 företagshälsovårdsenheter med sammanlagt 41 225 anslutna företag. Antalet anställda som omfattades av företagshälsovården, skattades till 3 132 000, varav hälften i offentlig sektor. Uppskattningsvis innebar det att 75 procent av de sysselsatta hade tillgång till företagshälsovård.

Från 1986 till och med 1992 då statsbidraget avskaffades, var en förutsättning för statsbidrag ett godkännande av yrkesinspektionsnämnden, som tidigare fanns i varje yrkesinspektionsdistrikt. Det innebar att det under denna tid fanns en samlad överblick av och kunskap om företagshälsovård på såväl yrkesinspektionsdistrikten som centralt inom Arbetarskyddsstyrelsen, som vid två tillfällen gav ut en katalog över godkända företagshälsovårdscentraler. Den sista gavs ut 1990 och siffrorna i stycket ovan är hämtade ur den.

Expansionen bröts i början av 90-talet då en rad samverkande faktorer ledde till att verksamheten förändrades kraftigt både organisatoriskt och till antalet. Indragningen av statsbidragen sammanföll med lågkonjunktur och växande arbetslöshet. Då koncentrerade parterna kraften på den ekonomiska svackan och sysselsättningen. Arbetsmiljö och företagshälsovård hamnade långt ner på prioriteringslistan vilket otvivelaktigt har bidragit till den nedgång som drabbat branschen (Se nedan).

Organisatoriskt kan svensk företagshälsovård numera beskrivas som en högst heterogen marknadsberoende verksamhet med allt ifrån stora centraler som betjänar företag med sammanlagt flera tusen anställda till små lokala företagshälsovårdsenheter eller inbyggda enheter, som är en del av ett företags verksamhet.

Heterogeniteten har också betytt att det dröjde ända till år 2000 innan arbetsmiljölagens krav på tillgång till företagshälsovård innebar att begreppet slutligen fått en definition som varje arbetsgivare måste ta hänsyn till. Men det är fortfarande arbetsgivaren som slutligen avgör vad som behövs och när (Se kapitel "Vad är företagshälsovård?").

## Nedmontering under 1990-talet

Under 1990-talet förändrades företagshälsovårdens existensvillkor i grunden – från fokus på arbetarskyddets regelverk till kundorientering på en hälsomarknad, från avtalsreglering till beslut om företagshälsovård i varje enskilt företag. I stället för centrala arbetsmiljöavtal skulle marknaden tillåtas styra företagshälsovårdens verksamhet.

Lågkonjunktur, uppsägning av det centrala arbetsmiljöavtalet och avveckling av statsbidraget, sammanföll i tiden. De första åren under 1990-talet var dramatiska för företagshälsovårdens del. Därefter strukturrationaliserades branschen till färre och större enheter och marknadsanpassades. Fastän kostnaderna för arbetsrelaterad ohälsa, både för samhället och företagen, ökade under perioden, krympte samtidigt företagshälsovården. En del gick så långt som att kalla det ”allvarliga överlevnadsproblem” (Bertil Remaeus och Peter Westerholm, Arbetsliv och Hälsa 2000).

## Avtalsreglering

I femtio år reglerades den svenska företagshälsovården genom avtal mellan arbetsmarknadens parter. Men 1992 bröts den långvariga avtalstraditionen. Det centrala arbetsmiljöavtalet som bland annat innebar att företagen var skyldiga att tillhandahålla företagshälsovård, sades då upp av arbetsgivarorganisationen. De ville delegera till respektive bransch att teckna sina egna avtal och flera storföretag önskade en mer flexibel och företagsanpassad företagshälsovård. Sedan dess beslutar också varje företag om företagshälsovård, genom att arbetsgivaren primärt tolkar om det finns behov att anlita sådana tjänster. Även om arbetstagarna också har tolkningsrätt, hade fackförbunden annat att tänka på i tider med uppsägningar och besparingar och arbetsgivarnas intresse av att utveckla ett nytt samarbete kring företagshälsovård var begränsat.

Resultatet blev flera branschvisa avtal: Statliga sektorn och byggbranschen tecknade avtal där alla arbetstagare skulle omfattas av företagshälsovård. Anställda i kommuner och landsting fick genom sina avtal tillgång till någon form av företagshälsovård. Inom kraftverksområdet, kylbranschen, maskinentreprenörsbranschen och VVS-branschen avtalades att företagshälsovården skulle finnas i den omfattning som motiverades av företagets storlek, organisation och produktionsinriktning. Övriga avtal innehöll mer allmänna uttalanden om företagshälsovård som en angelägen resurs för företagen.

Fler avtal alltså, men i många fall tunnare, omfattande mindre företagshälsovård. I slutet av 1980-talet beräknades 86 procent av de fast anställda ha tillgång till företagshälsovård. I mitten av 1990-talet hade siffran minskat till 72 procent av de sysselsatta. År 2001 hade den andelen sjunkit ännu något, till skattade 70 procent.

## Branschen krymper

Vid 1990-talets början fanns nästan 1 000 företagshälsovårdsenheter, runt 10 000 anställda och omsättningen (inklusive 1 miljard i statsbidrag) låg mellan 3 och 4 miljarder kronor. 1992 hade antalet enheter minskat till 700 och de sysselsatta inom branschen till cirka 7 000 personer. Enheterna blev större men ofta med lokala satellitenheter. I början av 2000-talet uppskattades antalet enheter till runt 650, och antalet anställda hade sjunkit till mellan 5 000 och 6 000. Alltså i det närmaste en halvering på drygt ett decennium.

Redan 1994, två år efter att statsbidraget avvecklades, hade dock stora förändringar skett

inom företagshälsovården, skrev Statskontoret i en rapport. Personalstyrkan hade minskat med 25 procent, kundunderlaget med 10 procent och många företagshälsovårdscentraler hade köpt, slagits samman med eller samarbetade med annan enhet. Statskontoret konstaterade kraftigt höjd produktivitet inom företagshälsovården och eftersom inte kvaliteten bedömdes ha påverkat i negativ riktning ”talade det mesta för kraftiga effektivitetsökningar” (Företagshälsovård utan statsbidrag, Statskontoret 1994:17).

Tre år senare beskriver Statskontoret utvecklingen som stagnation och till och med tillbakagång. Omsättningen i branschen hade minskat till 2–2,5 miljarder per år medan antalet enheter och sysselsatta låg kvar på 1992 års nivå.

När Statskontoret åter utreder företagshälsovården i början på det nya seklet beräknas antalet anställda till cirka 5 100, alltså en minskning med nästan 2 000 personer sedan 1997 och i princip en halvering jämfört med 1990. Omsättningen beräknades år 2000 till 2,9 miljarder kronor, en liten ökning jämfört med 1997 (Statskontoret 2001).

### **Statsbidraget upphör**

Även statens subventioner förändrades under 1990-talet. I början av decenniet konstaterade Riksrevisionsverket i en rapport att statsbidragets styrande effekter var svaga. Med den rapporten i bakgrunden och det ansträngda statsfinansiella läget i förgrunden avvecklades det generella statsbidraget till företagshälsovården den 1 januari 1993.

Sedan dess finansieras företagshälsovården av arbetsgivaren.

### **Arbetsgivarnas ansvar**

Tyngdpunkten för arbetsmiljöansvaret kom under 1990-talet att förskjutas från en arbetsmarknadens parter till arbetsgivarna. Initiativ från statsmakterna har på olika sätt, till exempel i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring, lyft fram detta ansvar. Bestämmelser om sjuklön infördes 1992, där en tanke var att om arbetsgivaren drabbas av de ekonomiska konsekvenserna av brister i arbetsmiljön som leder till sjukskrivningar, borde denne bli mer benägen att satsa på företagshälsovård.

Men riktigt så enkelt har det inte fungerat. På många arbetsplatser har företagshälsovården monterats ned under nittiotalet. Samtidigt har flera storföretag utvecklat sin företagshälsovård och kan visa på mycket goda resultat av insatserna. Där ses företagshälsovården som en strategisk resurs för företagsledningen, som en del i verksamhetens strategi för tillväxt och lönsamhet. Inom kommuner och landsting har däremot företagshälsovården setts som en servicefunktion som ofta placerats utanför verksamheten. Ett sådant förfarande innebär uppenbara svårigheter att forma företagshälsovården till en strategisk resurs för organisationerna. För små företag är naturligtvis en lösning utanför företaget nödvändig.

Redan 1994 hade stora minskningar, både vad gäller kunder och personal, drabbat branschhälsorna Bygghälsan och Skogs- och lantbrukshälsan, enligt Statskontorets undersökningar. Vid denna tidpunkt hade de inbyggda hälsorna klarat omställningen bäst på den privata sidan. Previa hade vid denna tid fortfarande bindande avtal med de statliga myndigheterna och hade skurit ned kraftigt på personalen samtidigt som kundunderlaget ökat, bland annat genom köp av privata företagshälsovårdsenheter. För kommun- och landstingshälsorna är bilden splittrad 1994. Hos vissa enheter har inga större förändringar skett medan andra visar på stora minskningar, både vad gäller personal och kunder.

## Tydligt arbetsgivaransvar

Mot slutet av decenniet blev arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla företagshälsovård tydligare. Från millennieskiftet gäller att arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå (AML 3 kap. § 2b första stycket). Bestämmelsen tillkom för att förtydliga arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård och samordna den med ansvaret för det systematiska arbetsmiljöarbetet och arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Den ersatte en tidigare bestämmelse som innebar att om arbetsförhållandena påkallade det skulle arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten krävde.

Sverige tillhör de länder i Europa där samhället i liten utsträckning engagerar sig i företagshälsovården. Men sedan Sverige gick med i EU 1995 är vi, liksom övriga medlemsstater, bundna av ramdirektivet (EEC 391/87) kring hälsa och säkerhet på arbetsplatsen som innebär att alla arbetsgivare ska se till att anställda har tillgång till erforderlig kompetens inom området.

## Kundstyrning

Trots kärvare ekonomiska förutsättningar ansåg ändå intervjuade anställda inom företagshälsovården att arbetet var mer intressant och stimulerande 1997 jämfört med före avregleringen. Den främsta anledningen är att kundavtalen numera är avpassade till efterfrågan. Krav från beställarna och en stimulerande kunddialog entusiasmerar företagshälsovårdens personal. Samtidigt kunde Statskontoret konstatera att utvecklingen även påverkat företagshälsovårdens utbud av tjänster och arbetsätt. Leverantörernas, företagshälsovårdens, inflytande hade minskat medan konsumenternas, arbetsgivarnas, ökat.

Marknadsanpassningen av företagshälsovården innebär alltså en maktförskjutning från leverantör till konsument, skriver Remaeus och Westerholm i "Arbete och hälsa 2000", kundföretagen har ambition att styra företagshälsovårdens verksamhet mer närgånget än tidigare. Det gäller att utveckla arbetsformer som är attraktiva på marknaden som även möter små och medelstora företags behov.

De fristående företagshälsovårdsenheterna lever 1997 – och fortfarande – under knappa ekonomiska villkor. Mister man en större kund kan det påverka hela verksamheten. De inbyggda enheterna tycktes dock inte vid denna tidpunkt leva under samma starka ekonomiska press. Mest utsatta framstod de små enheterna utan nätverk.

Vad har hänt med arbetstagarnas inflytande? Redan 1994 visade en enkät till företagshälsovårdsenheter som Statskontoret genomförde att fackföreningarnas och skyddskommittéernas betydelse i samarbetet mellan företagshälsovård och kundföretag minskat. Vid denna tidpunkt hade redan samarbetet koncentrerats till företagsledningen. Den utvecklingen har fortsatt, det indikerar Statskontorets undersökningar 1997. Ibland är avtalen så utformade att den enskilde inte på eget initiativ kan kontakta företagshälsovården. Anledningen kan vara att arbetsgivaren vill ha kontroll över kostnaderna.

## Kvalitetssystem

När statsbidragen upphörde och avtal saknades för stora delar av arbetsmarknaden fanns inte heller några enhetliga riktlinjer för företagshälsovården, även om reglerna för skatteavdrag angav vissa kriterier. Regeringen initierade därför utvecklingen av ett kvalitetssäkringssystem

inom området. Ett sådant system skulle tjäna som hjälpmedel för lokala arbetsmarknadsparter vid upphandling av företagshälsovård genom fastställda normer för kvalitetsbedömningarna. Arbetsmiljöfonden fick regeringens uppdrag att i samarbete med dåvarande Arbetsmiljöinstitutet arbeta fram ett kvalitetssystem som arbetsmarknadens parter, Arbetarskyddsstyrelsen och Föreningen Svensk Företagshälsovård ställde sig bakom. Kvalitetsstandarden började gälla 1996. År 2001 var 43 företagshälsovårdsenheter certifierade.

Trots att 1990-talet kom att bli ett omvälvande decennium för svensk företagshälsovård vill inte branschen återinföra obligatoriet. Föreningen Svensk Företagshälsovård vill istället se att företagshälsovården ska ses som en etablerad del, en specialitet, inom det nationella folkhälsoarbetet.

## Ramazzini – arbetsmedicinens fader

”Historiskt sett har de sjukdomar som orsakats av arbetet behandlats tämligen styvmoderligt. De tidiga beskrivningarna är därför oftast både korta och ofullständiga, vilket har varit till men för de förebyggande åtgärderna. Det har in i sen tid varit vanligare att tidvis ta folk ur det farliga arbetet än att åstadkomma verkningfulla åtgärder som minskat de skadliga påfrestningarna på arbetsplatserna.”

Ur Gideon Gerhardssons förord till ”Om arbetares sjukdomar” av Bernardini Ramazzini, bearbetad översättning 1991.

”Italienaren Bernardini Ramazzini, som var läkare i Carpi i Norditalien i slutet av 1600-talet fram till sin död 1713, brukar kallas arbetsmedicinens fader. Verksam som läkare för patienter ur alla samhällsklasser stred han för sin fasta övertygelse att det fanns ett samband mellan patientens hälsa och arbete och att läkaren måste ha kunskap om patientens arbetsplats för att kunna ställa rätt diagnos. Han besökte många arbetsplatser och studerade arbetsförhållandena noga, funderade över risker, förklaringar och samband. Utifrån sina egna iakttagelser och genom att studera vad andra kommit fram till gav han förslag på behandling och åtgärder.” Självt skrev Ramazzini följande om boken som gavs ut året innan han dog:

”Meningen med denna bok är inte att göra stora utredningar om olika sjukdomar eller att i detalj beskriva behandling eller att ge recept på alla botemedel. Min önskan är att ge praktiserande läkare råd som kan hjälpa dem att behandla dessa arbetare mera framgångsrikt.”

Listan på de yrkessjukdomar och skador han studerade och skrev om i sin avhandling är lång och sett med våra dagars ögon bitvis rent exotisk i uppräknningen av yrken som vi glömt bort eller vars existens vi knappt känner till.

Han skriver om sjukdomar hos ”dem som

smörjer med kvicksilver”, oljepressare, likbärrare, ammor, sidenkardare samt beredare av lin och hampa, löpare, badmän, yrkesvalkare, smeder, spegelmakare och glasarbetare, ridknektar, förgyllare, stärkelsearbetare, lärda män, karamellkokare och många andra. Beskrivningarna är ofta drastiska. Ammor kan få en rad sjukdomar bland annat därför att de av barnet berövas de näringsrika safter de själva behöver och genom utmattning blir de magra och tärda ”särskilt om de ammar tvillingar”. Därtill blir deras sömn oregelbunden vilket i sin tur påverkar det allmänna hälsoståndet och ”kan leda till bölder”. Saltarbetare får vattusot och bensår och känner sig alltid hungriga och törstiga beroende på salthaltiga utsöndringar och de föroreningar de utsätts för. Snickare, träsnidare, murare och andra som arbetar stående riskerar åderbräck, såriga ben, försvagade leder, njurbesvär, klen mage och blod i urinen.

Man kan läsa boken idag som en kuriös skildring av en svunnen tid och arbetsförhållanden som i en annan värld. Men många av hans iakttagelser och slutsatser håller än idag.

Han såg sambandet mellan tunga arbeten, felaktiga arbetsställningar, rörelsemönster och belastningsskador. Mot det ordinerade han arbetsväxling och kroppsrörelse. De som jobbade stillasittande skulle röra på sig. Kemiska föroreningar skulle undvikas med andningskydd, ventilation eller genom att vända bort huvudet.

På många sätt var alltså Ramazzini långt före sin tid. Hans bok översattes till många språk och användes länge som medicinsk lärobok. Den påverkade, om än långsamt tänkandet, skriver Gideon Gerhardsson som inte tvekar att kalla Ramazzini banbrytare och boken ”hans förblivande mästarprov”.





## Utblick mot Europa

Trots de stora olikheterna mellan de 15 medlemsländerna i EU råder en samsyn om vikten av god arbetsmiljö, goda arbetsvillkor och företagshälsovård. Grunden till vad man skulle kunna kalla en gemensam EU-strategi i dessa frågor lades 1957 i Romfördraget. Sedan dess har unionen antagit ett 20-tal direktiv kring arbetshälsa och förhållandena på arbetsplatsen. Länderna har dock tagit god tid på sig att uppfylla de krav som direktiven inneburit. Skälen är bland annat svårigheter att anpassa direktiven till nationell praktik och tradition, problem att nå ut till alla arbetsplatser och skiftande tolkning av paragrafernas innehåll.

Idag gäller EU:s ramdirektiv om ”åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet”. Direktivets femte artikel talar om arbetsgivarens skyldighet och den sjunde om hur arbetet med skydds- och förebyggande verksamhet ska organiseras.

Direktivet gäller alltså lika men ändå är företagshälsovård i Europa idag en heterogen företeelse. Sammantaget visar medlemsländerna upp en synnerligen komplex bild av arbetet med arbetsmiljö i allmänhet och företagshälsovård i synnerhet. Oavsett om det handlar om företagshälsovårdens organisation, inriktning, finansiering, kompetens, prioritering eller omfattning så tolkas direktivet brett och tillämpningen i praktiken varierar följaktligen mycket. Olikheterna kan i regel förstås mot bakgrund av skillnaderna i historia, kultur, demografiska förhållandena, industristruktur, traditioner och politiska förhållanden.

Dock har de allra flesta europeiska länder lagar eller regler om i vilka branscher och företag som företagshälsovård är obligatoriskt. Många har också regler för småföretag, egenföretagare och andra med lös eller oklar anknytning till arbetsmarknaden.

I de flesta länder finns bestämmelserna om företagshälsovård i arbetsmiljölagstiftningen eller motsvarande som relativt detaljerat reglerar företagshälsovårdens täckning och arbetsuppgifter, finansiering och driftsformer. Detta gäller i Finland men även lagstiftningen i Nederländerna och Tyskland är exempel på detta. När uppgifterna är reglerade dominerar den traditionella inriktningen på kartläggning av risker, hälsokontroller och utbildning.

Men lagstiftning är ingen garanti för heltäckande företagshälsovård. I Belgien gäller obligatoriet till exempel bara privata arbetsgivare och i Österrike är täckningsgraden, trots obligatorium, bara 20 procent (1998). Problemet hänger ihop med finansieringen. Så länge företagshälsovården ska arbeta på marknadens villkor är det svårt att uppnå hundra procentig täckning. I Finland är dock bilden en annan. Den obligatoriska företagshälsovården finansieras till hälften med statsbidrag och täckningsgraden är mellan 90 och 100 procent.

Vad gäller företagshälsovård saknas än så länge en gemensam europeisk uppfattning om kvalitet och kompetensprofil i företagshälsovården. Arbetet med att få genomslag för kvalitets-säkring, som hittills till övervägande del är frivillig, går bara långsamt framåt.

Det innebär också att det finns ett gemensamt behov av att utveckla kriterier för att bedöma såväl produktion som kvalitet, resultat och annat. Behovet är genomgående också stort av att utveckla informationssystem för övervakning och kvalitetsförbättring, av ökad och förbättrad utbildning och av exempel på ”good practice”.

### Några exempel

I översikten över företagshälsovården i Europa från Finlands Arbetshygieniska Institut finns sammanställt nationella redovisningar av hur företagshälsovården är organiserad, uppbyggd och reglerad i 17 länder. Där finns mycket att hämta för den som vill skapa sig en totalbild av

företagshälsovården i de olika länderna. I detta referat har vi valt att inte detaljrapportera svaren utan har koncentrerat oss på sex länder. Det är dels våra tre närmaste grannländer, dels Storbritannien, Tyskland och Nederländerna.

Grannländerna är intressanta inte bara av geografiska skäl. De är intressanta också för att vi har så mycket gemensamt i samhällsstruktur och vad gäller arbetsmarknadsparternas roll i arbetsmiljöarbetet. Samtidigt har företagshälsovårdens organisation och omfattning både likheter och skillnader och vi har mycket att lära av varandra. Inte minst har Sverige mycket att lära av övriga Norden.

Storbritannien har bristen på tvingande lagstiftning gemensamt med Sverige men annars är skillnaderna stora. Tysk företagshälsovård har en mycket annorlunda organisation och inte samma inriktning på multidisciplinär kompetens som svensk företagshälsovård. Där liksom i Nederländerna finns det obligatorium som Sverige saknar.

## Storbritannien

I Storbritannien regleras säkerheten på arbetet genom lagen om hälsa och säkerhet på arbetet (HSW Act) från 1974. Arbetsgivaren har ansvar för att det finns tillgång till hälsokontroll men företagshälsovården, som är helt marknadsstyrd och finansierad av arbetsgivaren utan statliga bidrag, bygger helt på frivilliga åtaganden. Den är främst inriktad på säkerhet och därefter förebyggande åtgärder och rådgivning.

För att motsvara kraven i EU:s ramdirektiv har regeringen på senare år ökat kraven på arbetsgivarna att utöva sitt ansvar för hälsa och säkerheten, och att se till att arbetstagarna får information, rådgivning och utbildning i säkerhet på jobbet. Även arbetsmarknadens parter har tagit på sig uppgiften att hålla arbetstagare respektive arbetsgivare informerade. Men någon tvingande lagstiftning om företagshälsovård finns alltså inte.

Det finns därför heller inga krav på vilken personal som ska finnas inom företagshälsovården och vad den ska arbeta med. Kvalitetssäkring är också frivillig. Där finns flera system att välja bland och en modell för ett nationellt system håller på att utarbetas. Det är främst inom större företag med egen företagshälsovård som kvalitetssäkring förekommer och då i samband med att övrig verksamhet certifieras.

Organisatoriskt kan brittisk företagshälsovård ha många skepnader. Det finns inbyggd företagshälsovård, centraler som betjänar flera företag, kontrakterade specialister eller företagsläkare. Det förekommer också att vanliga vårdcentraler erbjuder företagshälsovård.

Företagshälsovårdens omfattning är svår att mäta. Det finns inga officiella siffror men myndigheterna tror att andelen anställda som har tillgång till företagshälsovård ökar. Än så länge gäller det dock främst de som arbetar i riskfyllda miljöer. Anställda i mindre företag har sämre tillgång. Den specialist som oftast finns att tillgå är en specialistutbildad sjuksköterska.

National Health Service (NHS) i UK har sedan år 2000 en särskild organisation för att förse små företag med hälsojänster av det slag som företagshälsovården svarar för i vårt land. Organisationen benämns NHS Plus. Intresserade läsare hänvisas till webbplatsen: "<http://www.nhsplus.nhs.uk>" för mera detaljerad information.

## Tyskland

I Tyskland finns lagstiftningen om arbetsmiljö, säkerhet och hälsa på arbetet i grundlagen.

Den nuvarande lagen på området är en ramlag från 1974 som delstaterna ska fylla med innehåll. Företagshälsovård är obligatorisk. Oavsett företagets storlek och verksamhetens inriktning ska alla anställda ha tillgång till företagshälsovård, som helt bekostas av arbetsgivaren. Varje arbetsplats ska också ha en hälso- och säkerhetskommitté med representanter för arbetsgivare och anställda och med medicinsk och teknisk expertis.

Såväl fack som arbetsgivare har policydokument. Rådgivning och information om hälsa och säkerhet i arbetet är en uppgift för Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BauA. BauA är också den myndighet som styr arbetslivsforskningen.

Delstatsregeringen ska se till att lagens krav på företagshälsovård uppfylls och kontrollfunktionen ligger på arbetsmiljöinspektionen. Hur mycket företagshälsovård arbetsgivaren ska ordna bestäms av hur riskabel arbetsplatsen är. Utifrån den riskbedömningen avgör olycksfallsförsäkringens organisationer (Berufsgenossenschaft) hur många timmars företagsläkartid och säkerhetsingenjörstid varje arbetsplats behöver per anställd och år.

Organisatoriskt kan företagshälsovården vara inbyggd i företaget eller också köps tjänsten utifrån. Vanlig sjukvård ingår inte i företagshälsovårdens arbetsuppgifter.

Innehållet i företagshälsovårdens verksamhet är inte detaljreglerat men där ska finnas åtminstone en läkare som inte måste vara specialistläkare i arbetsmedicin men måste ha någon form av extrautbildning i ämnet. Större företag med inbyggd företagshälsovård kan ha ytterligare specialistkompetenser utöver läkare. Ofta finns en säkerhetsspecialist. Vikten av förebyggande arbete betonas. Lagstadgade hälsoundersökningar utgör en dominerande del av verksamheten. De ska ske dels vid nyanställning, dels återkommande i de flesta fall.

Kvalitetssäkring av företagshälsovården, Betriebsärztlicher Dienst, BÄD, finns i Tyskland sedan 1995 men är inte obligatorisk. Den sköts bland annat av företagsläkarnas egen organisation "Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte" som gjort kvalitetssäkringar sedan 1998. Kvalitetssäkring av BÄD görs också av det världsomfattande företaget TÜV.

Omkring 10 000 tyska läkare är specialiserade på arbetsmedicin. 3 000 av dessa ägnar sig åt företagshälsovård som anställda i en inbyggd företagshälsa eller som egna företagare.

Hittills har mellan 70 och 80 BÄD genomgått läkarorganisationens kvalitetssäkring. Av dessa är flera stora med en eller flera filialer på olika platser. Den största BÄD-organisationen har 70 filialer.

Kvalitetskontrollen omfattar bland annat den tekniska utrustningens omfattning och underhåll. Man tittar på hur hälsoundersökningarna är upplagda, hur rutinerna ser ut vid företagsbesök och om det finns någon resultatmätning. Om en BÄD inte godkänns finns möjlighet att förbättra och göra om kvalitetskontrollen.

## Nederländerna

Enligt arbetsmiljölagen från 1980 är företagshälsovården i Nederländerna lagstadgad och obligatorisk för alla arbetstagare oavsett anställningsform. Detaljutformningen regleras i dekret och föreskrifter. Även certifiering av företagshälsovården är obligatorisk. Kvaliteten kontrolleras årligen.

Det finns ingen företagshälsovård i offentlig regi utan all företagshälsovård finns på den kommersiella marknaden. Samma sak gäller för kvalitetssäkringen och kontrollen av denna.

Företagshälsovården i Nederländerna, som helt finansieras av arbetsgivaren, har en viktig

uppgift när det gäller att bistå arbetsgivaren i sjukskrivningsärenden. Den ska bland annat kartlägga den sjukskrivnes hälsa efter sex veckors sjukskrivning. Den ska då också föreslå åtgärder som kan återskapa arbetsförmågan och göra det möjligt för den sjukskrivne att komma tillbaka i arbete samt därefter kontrollera var sjätte vecka att arbetsgivaren gör upp en plan baserad på vad som föreslagits och följer den. Om rehabiliteringen misslyckas ligger det på företagshälsovården att ta fram underlag för eventuellt beslut om förtidspensionering.

Även om företagshälsovården är obligatorisk enligt lag är täckningsgraden inte hundraprocentig. Uppskattningsvis omfattas 95 procent av arbetsstyrkan. Facket säger sig få många klagomål från medlemmar om brist på företagshälsovård.

## Danmark

Det danska företagshälsovårdssystemet har utmärkts av en starkt betonad förebyggande inriktning och en väl utvecklad, statligt styrd kvalitetsssäkring. Men våren 2004 står Danmark inför en arbetsmiljöreform med genomgripande förändringar för den danska företagshälsovården.

Bedriftssundhetstjenesten (BST) i Danmark har främst arbetat förebyggande och inslaget av medicinsk personal har varit litet. En företagshälsovårdsenhet i Danmark ska, har lagen krävt, ha sådan kompetens att den sammantaget kan hantera fysiska, kemiska, biologiska, ergonomiska och psykiska arbetsmiljöförhållanden.

De största yrkesgrupperna inom företagshälsovården har varit ergonomer och ingenjörer, de har vardera utgjort en fjärdedel av de anställda, tillsammans alltså hälften. Miljö- och laboratorietekniker har utgjort 20 procent, psykologer 10 procent och läkare samt sjuksköterskor tillsammans 5 procent. Resten (20 procent) har varit administrativ personal inklusive chefer och ledning.

År 2001 uppgavs att en tredjedel av den arbetande befolkningen eller 730 000 anställda var anslutna till någon form av företagshälsovård. Vid samma tidpunkt var 45 000 företag anslutna, eller 17 procent av alla danska företag, 66 procent av dem sysselsatte färre än 10 personer.

Dansk företagshälsovård har varit obligatorisk i vissa särskilt utsatta branscher, främst inom traditionell industri, men även äldreomsorg och hemsjukvård har omfattats. Resten av offentlig sektor och tjänsteföretag har dock oftast stått utanför företagshälsovården.

Så sent som 2001 beslutade de danska statsmakterna om en hög målsättning för företagshälsovården. I en lagändring fastslogs då en tidplan enligt vilken samtliga anställda, branschvis och oavsett anställningsform, skulle anslutas till en företagshälsovårdsenhet senast 2005. Men ett regeringsskifte 2002 förändrade inriktningen på arbetsmiljöpolitiken.

Arbetsmiljöreformen, som ska genomföras från årsskiftet 2005, innebär att det danska systemet för företagshälsovård avvecklas i sin nuvarande form fram till 2009. Syftet är att de verksamheter där det förebyggande arbetsmiljöarbetet brister, ska betala för rådgivning från företagshälsovården. Tidigare har alla företag inom de BST-pliktiga branscherna betalat, oavsett standard på arbetsmiljöarbetet.

Kärnan i det nya förslaget är heltäckande inspektioner från den statliga myndigheten Arbejdstilsynet. Under åren 2005 till 2012 ska Danmarks samtliga 180 000 verksamheter med minst en anställd inspekteras. Därefter ska inspektion ske vart tredje år. Besök på varje arbetsplats i landet är en uppgift som ingen europeisk nation ens varit i närheten av att fullfölja. Naturligtvis kommer det att kräva kraftigt utökade resurser för Arbejdstilsynets del; 140 nya medarbetare ska anställas, enligt förslaget.

Inspektionen ska ske genom ett oanmält besök. Först på tur står branscher där företagshälsovård tidigare varit obligatoriskt samt branscher med många allvarliga olyckor och andra arbetsmiljöproblem. Vid detta första tillfälle bedömer Arbejdstilsynet vilka verksamheter som har behov av mer genomgripande åtgärder. Verksamheter som till exempel genom arbetsmiljöcertifiering kan påvisa en god arbetsmiljö slipper inspektionen.

Reformen lägger stor vikt vid det enskilda företagets engagemang och ansvar för att säkra en god arbetsmiljö. Det sker bland annat genom en så kallad ”smiley-ordning” där smiley-symboler på Arbejdstilsynets webbsida kommer att synliggöra myndighetens bedömning av verksamhetens arbetsmiljö: Grön smiley till verksamheter med arbetsmiljöcertifikat och annan godkänd dokumentation av arbetsmiljön, gul smiley för vissa anmärkningar och röd smiley för allvarliga sådana.

Reformen innebär att den nuvarande BST-plikten försvinner. Alla verksamheter vars arbetsmiljö vid inspektion bedöms som otillfredsställande, blir i det nya systemet istället ålagda föreskrifter eller påbud om kvalificerad och auktoriserad rådgivning.

### **Påbud av två slag**

Reformförslagets påbud är av två slag. Det ena är *problempåbud* där verksamheten med hjälp av auktoriserad rådgivare ska lösa ett konkret arbetsmiljöproblem, till exempel kring buller eller den psykosociala arbetsmiljön.

Det andra är *periodpåbud* som innebär att verksamheten åläggs att använda en auktoriserad rådgivare under en viss tid, ett eller två år, för att lyfta arbetsmiljöarbetet och samtidigt åtgärda konkreta problem.

Hela företagshälsovården styrs därmed mot att främst arbeta med de arbetsplatser som åläggs rådgivning från Arbejdstilsynet. BST-branschen vänder sig starkt emot detta. Rådgivning måste bygga på förtroende, menar de. Rådgivning med negativa förtecken, under tvång, har små förutsättningar att lyckas.

En ny auktorisationsordning skapas för att säkra att arbetsmiljörådgivarna levererar rådgivning med hög kvalitet. Krav kommer att ställas på utbildning, erfarenhet och kunskap om arbetsmiljö, kunskap och erfarenhet av rådgivning samt krav på kvalitetssäkring av rådgivningen.

En rådgivare kan välja att auktoriseras inom ett eller flera arbetsmiljöområden – biologi, psykologi, ergonomi, kemi och teknik. Rådgivaren kan också välja auktorisation inom alla arbetsmiljöområden samt för rådgivning kring verksamhetens samlade arbetsmiljöarbete.

De första auktorisationerna kommer att utfärdas hösten 2004. Till att börja med auktoriserar och kontrollerar Arbejdstilsynet rådgivarna. På sikt kan denna uppgift dock komma att utföras av andra verksamheter.

Redan tidigare var kraven för kvalitetssäkring långtgående inom dansk företagshälsovård. BST-enheterna har varit ålagda ett godkännande vart femte år av Dansk Akkreditering (DANAK), ett statligt organ. Där har även ingått kontroll av sammansättningen av yrkesgrupperna på varje företagshälsovårdsenhet. Samtliga BST-enheter i Danmark är idag ackrediterade och kommer att få en konkurrensfördel genom att omedelbart auktoriseras som rådgivare i det nya systemet.

De enskilda arbetsplatserna betalar bara för den rådgivning de får av BST-enheten eller

annan rådgivare. De slipper därmed dagens obligatoriska medlemsavgift för företag i branscher med BST-plikt.

Företagshälsovårdsenheterna har bestått av fristående organ vars tjänster finansieras av arbetsgivarna, antingen som delägare eller medlemmar. Arbetsmiljöreformen medför en omvälvning för Danmarks BST-verksamhet. Den obligatoriska anslutningen för vissa branscher kommer successivt att avvecklas så att dagens BST-verksamhet är helt borta 2009. Men det finns tecken som tyder på att omstruktureringen kommer att ske mycket snabbare.

Systemet är redan i full färd med att demontera sig självt. Företag och andra verksamheter som är delägare eller medlemmar i en BST-enhet kan inte bara stilla betrakta förändringarna. Det gäller att överleva på den rådgivningsmarknad med priskonkurrens som arbetsmiljöreformen skapar. Priset kommer att bli en viktig konkurrensfaktor när företag som fått ett påbud kring brister i arbetsmiljöarbetet kommer att söka rådgivare. Nya aktörer kommer in på marknaden.

Omvandlingen startade redan när förslaget blev känt 2002. Det har hittills inneburit en kraftig centralisering av de ungefär 50 BST-enheterna. Genom fusioner och sammanslagningar har de våren 2004 minskat till runt 25 enheter, med mellan 800 och 900 anställda.

Det finns en risk att den danska företagshälsovårdens traditionella inriktning mot förebyggande arbetsmiljöarbete kommer att få ge vika för en mer problemlösande, specialiserad, åtgärdande verksamhet. Om Arbejdstilsynet anmärker på bullernivåerna kommer en expert på buller att anlitas för att lösa problemen. Många frågar sig vad som kommer att hända med den danska företagshälsovårdens generalistkompetens. Kommer det långsiktiga samarbetet mellan BST och företagen att överleva?

## Finland

Den finska företagshälsovården anses allmänt vara mest utvecklad i Europa och når över 90 procent av alla anställda.

Företagshälsovården är reglerad i lagen om företagshälsovård som tillkom i slutet på 1970-talet och senast ändrades 2001. Det är en ramlag som syftar till att förebygga arbetsrelaterad ohälsa och där förhållandena på respektive arbetsplats avgör företagshälsovårdens innehåll.

Finsk företagshälsovård har vuxit fram ur en lång tradition via sjukstugor och mottagningar inom industrin och det sedan länge etablerade arbetarskyddet i Finland. Idag präglas den av ett starkt lagfundament, utvecklad offentlig styrning och en grundläggande samsyn mellan alla aktörer.

Systemet är heltäckande med lagstiftning, stöd från socialministeriet med en ansvarig tjänsteman på socialdepartementet och deltagande inte bara från arbetsmarknadens parter utan även av Folkpensionsanstalten och Institutet för arbetshygien med dess regionala filialer.

Arbetsgivaren är enligt lagen skyldig att organisera och finansiera företagshälsovård för varje anställd oavsett arbetsplatsens storlek, sektor, bransch eller typ av anställningsförhållande. Ett mål är att företagshälsovården ska omfatta alla yrkesverksamma, både anställda och egna företagare. Tillfälligt anställda och arbetslösa står dock utanför.

Den finska företagshälsovården stöds med en drygt 50-procentig återbäring av arbetsgivarens kostnader från Folkpensionsanstalten. Det gäller både för förebyggande företagshälsovård och hälso- och sjukvård för tillstånd som påverkar arbetsförmågan. Även entreprenörer och andra egna företagare får del av återbäringen.

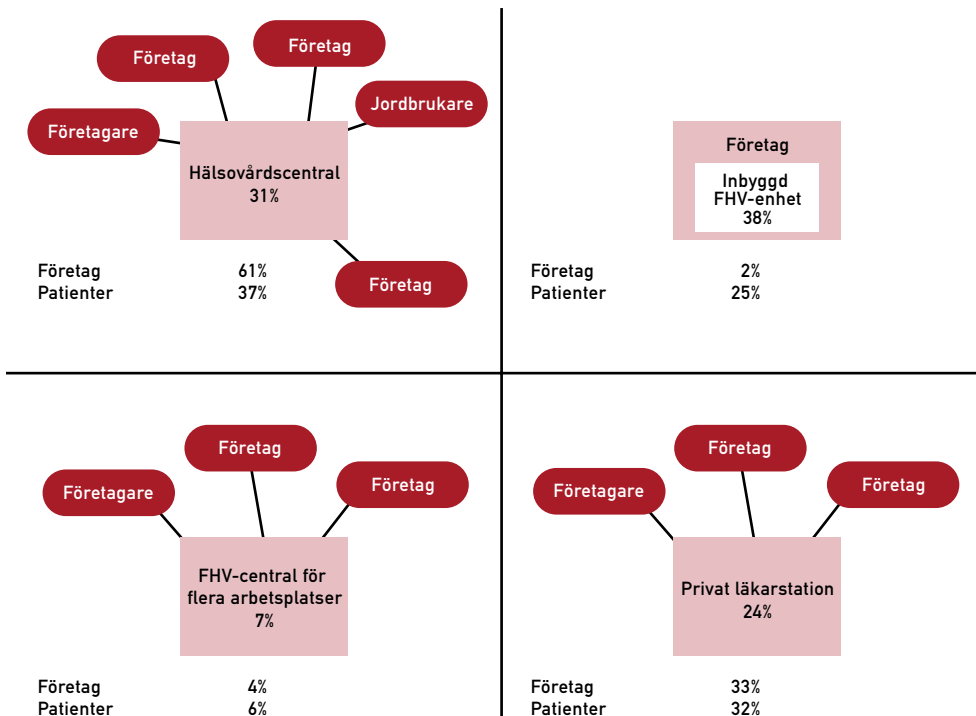
Företagshälsovård kan köpas från primärvårdens hälsocentraler, från integrerade enheter eller privata läkare och medicinska institutioner. Primärvårdens hälsocentraler har tagit huvudansvar för service till små företag, egenföretagare och företag i glesbygd. Företaget bestämmer leverantör efter förhandlingar med arbetstagarna.

År 2000 fanns det 1 038 företagshälsovårdsenheter i Finland. Ungefär en tredjedel av dem var hälsovårdscentraler, en något större andel, 35 procent, var inbyggda enheter i stora företag, en fjärdedel var privata enheter och en mindre del, 7 procent, var samägda av flera mindre företag.

Flest företag, drygt 60 procent, var anslutna till en hälsovårdscentral. En tredjedel var anslutna till privata läkarstationer. Bara 2 procent av företagen hade inbyggda företagshälsovårdsenheter. Något fler, eller 4 procent av företagen, hade gått samman i gemensamt ägda enheter.

Av patienterna, de anställda (eller företagarna), fick 37 procent sin företagshälsovård genom en hälsovårdscentral. Något färre (32 procent) fick servicen genom en privat företagshälsovårdsenhet. En fjärdedel av företagshälsovårdens patienter, 25 procent, använde en inbyggd enhet. Få stora företag med många anställda använder alltså den modellen. Slutligen fick 6 procent av patienterna tjänsten genom en samägd enhet.

## Producenter av företagshälsovård i Finland



Företagshälsovården betjänade 1,75 miljoner personer år 2 000. Av dem var 56 300 företagare, där jordbrukare var den absolut största gruppen (40 000). Det betyder att drygt 85 procent av den finska arbetskraften nås av företagshälsovård. Ser man till andelen löntagare är den större; över 90 procent.

Andelen företagare är stadigt växande och i den mån det finns problem inom den finska företagshälsovården är det här: Företagshälsovårdsobligatoriet gäller så fort det finns en anställd, men anslutningsgraden bland företag med upp till tio anställda är förhållandevis låg, särskilt i de minsta företagen (1–9 anställda). Där är täckningsgraden 60 procent jämfört med cirka 45 procent i vårt land. Jordbrukare ansluter sig frivilligt till företagshälsovården och hälften av dem är anslutna.

En statlig tillsynsmyndighet har till uppgift att se till att lagen om företagshälsovård efterlevs. Men, liksom i Sverige, är uppgiften när det gäller småföretag överväldigande. Bara antalet små företag gör inspektioner svåra att genomföra.

Förebyggande företagshälsovård är obligatoriskt. Den delen innefattar utredning och utvärdering av hälsoaspekter, säkerhet och naturligtvis risker i arbetet. Företagshälsovården ska föreslå åtgärder för förbättringar och ge information och råd om hälsa och säkerhet i arbetet. Detta ska ske genom arbetsplatsbesök, där fysiska, psykiska och sociala arbetsförhållanden kartläggs. Åtgärder ska föreslås och så småningom utvärderas. Rehabilitering och samverkan med andra vårdinstanser och myndigheter är viktiga uppgifter.

Men finsk företagshälsovård omfattar mer än så. Över 80 procent av de finska arbetstagare som har tillgång till företagshälsovård får också sjukvård genom företagshälsovårdsenheternas försorg. Företagsläkaren är då även arbetstagarens husläkare, ett erbjudande som ofta uppfattas som tryggt och praktiskt: Företagsläkaren har, förutom kunskap om miljö och förhållanden på personens arbetsplats, dessutom möjlighet att ta emot patienten snabbt. Finsk företagshälsovård sköter på detta sätt en tredjedel av landets öppenvård.

För att arbetsgivaren sedan ska kunna ansöka om återbetalning från Folkpensionsanstalten för halva kostnaden krävs att sjukdomen på något sätt berör arbetsförmågan. Hälsoundersökningar är obligatoriskt för vissa branscher. Men även i Finland är de en efterfrågad del av tjänsteutbudet som en del i ett individuellt förebyggande arbete.

En företagshälsovård med hög standard kräver professionell personal med multidisciplinär inriktning. Läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster med utbildning i företagshälsovård, ska finnas. Andra specialister inom arbetshygien, ergonomi, arbetspsykologi och teknologi, kan knytas till företagshälsovården.

År 2001 fanns 5 650 tjänster inom finsk företagshälsovård. Tre läkare av fyra hade genomgått den kompletterande utbildning som krävs, liksom fyra av fem företagssköterskor och två av tre sjukgymnaster. Minst en specialistläkare i företagshälsovård (med sex års utbildning och certifikat) fanns inom 38 procent av alla företagshälsovårdsenheter.

År 2001 erhöll runt 90 procent av företagshälsovårdens patienter service från en enhet med en företagssköterska, eller hälsovårdare, enligt den modernare finska terminologin. 70 procent av patienterna fick företagshälsovård från en enhet där det också fanns en sjukgymnast. Nästan hälften fick service från en enhet med en regelbundet konsulterande psykolog. Men bara runt 10 procent av patienterna fick service från en enhet med en regelbundet konsulterande ergonom eller teknisk expert. Utbildningsnivå och multidisciplinärt samarbete



visade klart samband med enhetens storlek.

De flesta finska företagshälsovårdsenheterna är alltså små, två tredjedelar av dem består endast av en läkare och sjuksköterska. Sex regionala institut knutna till det finska Institutet för arbetshygien, erbjuder kompletterande kompetens. En motsatt ordning mot Danmark där de dominerande yrkesgrupperna inom företagshälsovården är ergonomer och tekniker. Där tar istället arbetsmedicinska kliniker på länsnivå, knutna till större sjukhus, hand om arbetsrelaterade sjukdomar.

Finland var först med att utveckla ett system för god praxis för företagshälsovården: *Good Occupational Health Practice: A guide for planning and follow-up of occupational health services*, utgiven första gången på finska 1997, i engelskspråkig utgåva 2001, av socialdepartementet och Institutet för arbetshygien. Den innehåller principer för god praxis i företagshälsovården och förser verksamheten med detaljerade verktyg för planering, implementering, uppföljning och utvärdering av de tjänster som behandlas. God praxis är ett sätt att se på företagshälsovårdens verksamhet som en process som kan undersökas och utvärderas.

Skriften har inspirerat Norge i arbetet med utvecklandet av en liknande praxis och fungerar även som modell för det svenska arbetet i den riktningen. När det nu är dags för vidareutveckling av den finska praxisen används de norska erfarenheterna – ett exempel på det nordiska samarbetet inom området.

Institutet för arbetshygien bidrar med forskning som ger socialministeriet underlag för beslut inom området. Institutet genomför systematiska undersökningar av företagshälsovården som system och ger ut sammanställningar som *Företagshälsovård i Finland*, de flesta siffrorna här är hämtade ur 2002 års upplaga.

Naturligtvis varierar kvaliteten mellan de 1 038 företagshälsovårdsenheterna. Utmaningen är att tillhandahålla goda tjänster i ett mycket bra system. Men hela kedjan måste fungera väl, annars kommer kunderna inte använda systemet.

Den finska omsorgsministern har nyligen (våren 2004) fattat ett principbeslut om utvecklingslinjer för företagshälsovården med sikte på 2015 som befäster Finlands höga ambitioner inom området.

Beslutet "Hälsa i arbetet 2015" drar upp nationella riktlinjer för olika aktörers ansvarsområden när det gäller att upprätthålla arbetstagarnas hälsa och arbetsförmåga. Strategin lägger stor vikt vid att trygga heltäckande och högklassiga företagshälsovårdstjänster för ett arbetsliv och en befolkningsstruktur i förändring.

En viktig utvecklingslinje är att säkerställa behovet av tillräckligt antal sakkunniga och yrkesutbildade personer inom företagshälsovården. Att alla i arbetslivet ska ha tillgång till företagshälsovård på samma villkor, slås fast i beslutet. Särskilt ska tillgången på företagshälsovård tryggas för anställda vid små arbetsplatser, företagare och andra som utför eget arbete.

Utvecklingsstrategin kräver både större ekonomiskt stöd från staten och att företagshälsovården aktivt utvecklar tjänsternas innehåll. Förverkligandet av utvecklingslinjerna samordnas av social- och hälsoministeriet.

## Norge

Det finns många likheter mellan norska och svenska förhållanden när det gäller företagshälsovårdens (Bedriftshelsetjenestens) utbildning, omfattning, verksamhetsinnehåll, kvalitet och (avsaknaden av) samhällelig kontroll.

Norge har ingen tvingande lagstiftning om företagshälsovård men det finns en skrivning i § 30 i arbetsmiljölagen från 1977 som sedan förtydligats i två föreskrifter. Där ställs krav på riskarbetsplatser att ordna företagshälsovård för sina anställda. Norska arbetsmiljöinspektionen kan med lagens hjälp tvinga fram företagshälsovård för anställda vid arbetsplatser som de bedömer vara riskarbetsplatser. Läkare måste rapportera arbetsrelaterade sjukdomar till yrkesinspektionen. Likaså måste arbetsgivare rapportera arbetsolyckor och arbetssjukdomar till försäkringsmyndigheten. I övrigt finns inga krav på att företagshälsovården ska rapportera sin verksamhet till någon officiell instans.

De som inte omfattas av lagen eller inte har tvingats av arbeidstilsynet att ordna företagshälsovård uppmanas att leva upp till lagen frivilligt. Staten ger inga bidrag till företagshälsovården utan verksamheten finansieras helt av brukarna.

Liksom i Sverige finns inga krav på speciell utbildning för dem som arbetar i branschen och en enhetlig definition av begreppet företagshälsovård saknas. Det har lett till att många verksamheter kallar sig företagshälsovård och erbjuder sina tjänster utan att ha någon specialkompetens. Samtidigt finns många stora enheter med utbildad personal och bred kompetens.

Kvalitetssäkring (certifiering) finns men inte heller den är obligatorisk.

En utredning om företagshälsovården, som presenterades 2001, lade fram flera förslag för en förbättrad norsk företagshälsovård. Där föreslogs bland annat utbyggnad till att omfatta alla arbetstagare, krav på certifiering, vidareutbildning och utökad specialistutbildning och ett nationellt resurscentrum för att uppmuntra småföretagen att arbeta med arbetsmiljö och ansluta sig till företagshälsovård. Förslagen fördes över till den översyn som nu (2003) pågår av arbetsmiljölagen men kommer av allt att döma knappast att sätta spår i den nya lagstiftningen.

Precis som i Sverige leder bristen på kontroll, definition och godkännande till att det är svårt att få fram siffror på antalet företagshälsovårdsenheter, hur många som arbetar där och hur stor täckningen bland arbetstagarna är. De siffror som finns ger alltså inte hela bilden.

Enligt facksekretariatet för företagshälsovård på statens arbetsmiljöinstitut räknar man 2003 med att ungefär 62 procent av den norska arbetskraften (eller 1,2 miljoner personer) har tillgång till företagshälsovård. Täckningen är bättre i stora företag än i små. Där finns omkring 3 000 anställda. Fördelningen mellan yrkesgrupperna inom företagshälsovården beräknas vara 800 sjuksköterskor, 500 läkare och 400 ingenjörer medan resten är ergonomer, psykologer och administrativ personal. Liksom i Sverige inriktar sig en stor del av företagshälsovårdsenheterna på att arbeta tvärprofessionellt.

Avsaknaden av en officiell definition av företagshälsovård försvårar beräkningen av antalet enheter. Siffran 7–800 nämns men det kan också vara kring 500. Mycket tyder dock på att omkring 400 mer välutrustade enheter står för 80–90 procent av verksamheten.

Det mest konkreta verktyget för bättre företagshälsovård i Norge är för närvarande den vägledning som hösten 2003 givits ut av statliga arbeidstilsynet. Där definieras ”god företagshälsovård” och där finns vägledande exempel på god praxis (inspirerade av Good Practice-dokumentet i Finland). Där finns också hänvisningar till arbetsmiljölagen och aktuella föreskrifter.

# Sätt fokus på det friska och se möjligheterna

I en gammal vitmålad trävilla innanför fabriksgrindarna till Fors Bruk i södra Dalarna finns brukets inbyggda företagshälsovård. Där tar man emot onda ryggar och trötta själar och därifrån drivs det hälsofrämjande arbete som gjort Fors bruk till den friskaste arbetsplatsen i landet.

Hur ska det vara när det är som bäst? Frågan löper som en röd tråd genom verksamheten och har bidragit till att Fors Bruk, en kartongfabrik i Stora Enso-koncernen utnämndes av Korpen i Sverige, Skandia, Cancerfonden med flera till Sveriges friskaste arbetsplats 2002, med en sjukfrånvaro som var nästan en tredjedel av genomsnittet på svensk arbetsmarknad. Sålunda var medelsjukskrivningstiden på Fors cirka 12 dagar detta år, att jämföra med 35 dagar i hela landet.

Man kan likna Fors Bruk vid en väv som berättar om vägen till hälsa och trivsel på jobbet. Då hittar man fler viktiga trådar än ”som bäst”-frågan. Till exempel engageras alla medarbetare i det hälsofrämjande arbetet där företagshälsovården har en nyckelroll. Att ledningen tar hälsan på stort allvar är en annan tråd i väven. I företagets globala policy beskrivs hälsa hos de anställda som en av förutsättningarna för framgång.

– Det handlar om att välja förhållningssätt, säger Johnny Johnsson, företagsläkare på bruket sedan 1986 och välkänd i branschen som föreläsare, inspiratör och debattör och som mannen bakom begreppet ”långtidsfrisk”.

– Att fråga hur det ska vara när det är som bäst, är att tänka framåt, fokusera på det önskade tillståndet och släppa loss den kreativitet som vantrivs i gnäll och syndabocksdiskussioner. När man tänker på möjligheter i stället för på problem intar man naturligt ett främjande förhållningssätt. Och där kommer företagshälsovården in i bilden. Den måste vara en strategisk resurs.

På Fors bruk har man tagit fasta på att hälsa, effektivitet och lönsamhet hör ihop. Det ska vara roligt att gå till jobbet och om medarbetarna mår bra, mår organisationen bra och med det följer effektivitet och lönsamhet. Johnny Johnsson formulerar det enkelt:

– En frisk och motiverad medarbetare jobbar bättre än en trött och omotiverad!

### Helhetsperspektiv

På Fors bruk står dörren till företagshälsovården alltid öppen mellan halv åtta och kvart över fyra. Organisatoriskt har den en sådan ställning och inblick i verksamheten att den med sitt helhetsperspektiv kan bidra till de arbetsvillkor och den arbetsmiljö som behövs, för att medarbetarna ska vara både friska och motiverade. Den är representerad i ledningen, i rekryteringsarbetet och i personalens kompetensutveckling.

Det är också företagshälsovården som håller ihop det hälsofrämjande arbetet som sedan 1987 organiseras på flera nivåer av Trivsel- och friskvårdskommittén. Den delar bland annat ut ”Femhundraingen” som är en trivselpeng för grupper. En gång om året får alla hitta på en

aktivitet för upp till 500 kr per person tillsammans med några arbetskamrater. Enda villkoret är att man ska var några stycken som gör något ihop.

Företagshälsovården är också med i fabriksrådet som är företagets högsta instans i arbets- och miljöfrågor. Tillsammans med personalavdelningen har man årliga hälsokonferenser där fokus ligger på närvaron, inte på frånvaro och på att inte förtrötta i att ta reda på mer om vad som får folk att vilja gå till jobbet och vad som kan förbättras.

Johnny Johnsson är stolt över att företagshälsovården, tack vare stödet från ledningen och engagemanget hos de anställda, kunnat vända utvecklingen vid Fors bruk som i mitten av 80-talet var ”ungefär lika sjukt” som de flesta andra arbetsplatser. Men som nu tack vare helhets-syn och det främjande förhållningssättet alltså blivit Sverigebäst i arbetsplatshälsa.

### **Kontinuitet och legitimitet**

Att företagshälsan vid Fors är inbyggd underlättar självklart dess arbete, men organisationsformen är inte avgörande hävdar Johnny Johnsson. Det viktiga för ett gott arbete är personal med organisationskunskap och branschkunskap, kontinuitet, legitimitet i ledningen och insyn i verksamheten. Då kan företagshälsovårdens personal skaffa den kunskap och erfarenhet om både de anställda och produktionen som är en förutsättning för bra resultat.

– Ta en arbetare som kommer till oss med nackbesvär. Vi som ständigt vistas i fabriken vet hur det ser ut på hans arbetsplats och vilka maskiner han jobbar med. När vi ska sätta in åtgärder är den lokalkunskaps guld värd.

Därför är han bekymrad över den snabba nedmonteringen av företagshälsovården på 90-talet. Att så många inbyggda företagshälsor och alla branschhälsor försvann under loppet av några år innebär drastiskt minskade möjligheter att arbeta med helhetssyn och kontinuitet.

Han är också bekymrad över att medarbetare med organisationskompetens är en bristvara i företagshälsovården idag. Ämnet organisationsmedicin måste få en starkare ställning.

Hur ska då företagshälsovården, enligt Johnny Johnsson, vara när det är som bäst? I boken ”Långtidsfrisk” skriver han och författarkollegera om företagshälsovårdens nyckelroll för att förverkliga det goda jobbet och det goda livet:

– När företagshälsovården är som bäst, har den kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Den har en betydande kunskap i organisations- och hälsovetenskap, och företagshälsovårdens personal kan, vill och får samverka med de aktörer som är nödvändiga: individer, företagsledning, chefer, personalavdelning, fackliga företrädare, produktions- och underhållspersonal, marknadsavdelning samt externa nätverk som försäkringskassa, sjukvård, myndigheter och kunder.

Dessa villkor gäller oavsett företagshälsovårdens driftform.

### **Vi säger aldrig nej**

När Solveig Johansson i slutet av 70-talet började som företagssköterska på Fors bruk ägt av Stora Kopparberg bruk kom hon till ett anrikt helsvenskt företag med huvudkontor i Falun. Företagshälsovården på Fors bruk utgjordes av en läkare, en sköterska och en skyddsingenjör.

27 år senare har mycket förändrats. Stora Kopparberg har blivit Stora Enso och ägarna och huvudkontoret finns numera i London. Och jobbet på mottagningen i den gamla trävillan har ändrats även det.

– Den stora skillnaden är att då höll vi mest på med sjukvård. Idag är vi med i produktionen och i rekryteringen och vi jobbar förebyggande på ett helt annat sätt.

– Det bästa med jobbet är lätt att beskriva tycker hon: att det är så mycket kontakter med folk.

Det sämsta är svårare att komma på: Kanske att det är så svårt att säga nej.

– Vi har alltid öppet hus och säger aldrig nej. Man känner ju de flesta och vill alla väl.

Kanske skulle vi behöva disciplinera oss och våga säga nej eller skjuta på en sak utan att man direkt ska känna sig otillräcklig!

Solveigs kollega Laila Danielsson, arbetar halvtid på Fors och halvtid på en privat företagshälsovårdscentral. Hon tvekar inte ett ögonblick om vad som är bäst på Fors.

– Det är en ynnest att slippa tänka hela tiden på att dra in pengar!

Hon uppskattar också den personliga kontakten som kontinuiteten i verksamheten ger.

– Det betyder till exempel att vi ofta kan komma in tidigare i bilden än man kan göra på en hälsa som inte är inbyggd. Och man kan följa med i en förbättring, se saker hända och inse hur mycket som ändå är möjligt att göra.

Samtidigt kan tillgängligheten och bredden i verksamheten göra att jobbet ibland känns diffust, tycker hon. På den privata vinstinriktade hälsan är arbetsuppgifterna avgränsade på ett annat sätt.

Liksom Johnny Johnsson beklagar Laila, som också arbetade på Skogs- och Lantbruks-hälsan i många år att branschhälsorna är borta.

– De var så oerhört effektiva. Med dem försvann stora mängder värdefull specialkunskap, säger hon.

Om framtiden säger hon att hon är ganska orolig.

– Frågan är om vi når fram med budskapet om vad vi är bra på. Om vi inte gör det och om andra aktörer tar över går den viktiga helhetssynen förlorad som vi står för. Då finns risk att det bara blir gym och massage för hela slanten.

# Lokal anknytning och långvarig erfarenhet

**Lokal förankring, djup kännedom om trakten och invånarna, professionalism plus intresse för och kunskap om försäljning. Det är utmärkande drag för Westhälsan som vuxit fram ur två inbyggda hälsor och tre lokala företagshälsovårdscentraler. Numera samlade under ett tak är de en illustration till branschens strukturomvandling på 1990-talet.**

Westhälsan i Arvika är den dominerande företagshälsovårdsenheten i västra Värmland. De tre kommunerna Arvika, Eda och Årjäng och runt 175 företag, med 10 000 anställda, är kunder. Fyra företagshälsovårdsföreningar bestående av företag i trakten, äger företaget. Personalens mångåriga erfarenhet av företagshälsovård och den starka lokala anknytningen är två starka konkurrensfaktorer.

Idag har Westhälsan 23 anställda som alla har djup kunskap om företagshälsovårdens alla delar. Den professionaliteten uppskattas både av kunderna och av Landstinget i Värmland som remitterar patienter från primärvården för arbetsmedicinska problem.

Men konkurrens finns. Både från större företagshälsovårdsföretag i exempelvis Karlstad och mindre konsultfirmor som ägnar sig enbart åt hälsokontroller. Så det gäller för enheten att ständigt vara alert: Hur kan verksamheten utvecklas och kunderna intresseras för fler företagshälsovårdstjänster?

– Hittills har vi varit ensamma på våra orter att erbjuda komplett företagshälsovård. Men vi kan inte luta oss tillbaka. Vi skulle behöva förtydliga vår verksamhet så att kunden får ett grepp om vad vi står till tjänst med. Det gäller att kunna beskriva kundnyttan. Helst skulle vi vilja ta fram nyckeltal och annat som visar att förebyggande företagshälsovård är lönsamt för kunden, säger Jan Andersson, vd för Westhälsan.

Arvika ligger i gammal industri- och bruksbygd vilket i hög grad präglar arbetet på Westhälsan. Företaget är resultatet av sammanslagningar av bland annat Volvos och Vänerskogs inbyggda företagshälsovårdscentraler och tre lokala företagshälsovårdscentraler. Fortfarande är Volvo en stor kund, men Arvika kommun med 2 800 anställda är den största. Westhälsan finns förutom i Arvika också i Åmotfors och Årjäng och erbjuder mottagningsenheter på Volvo Wheel Loaders, Arvika Gjuteri och i Charlottenberg.

– Det ligger i företagshälsovårdens väsen att närhet är viktigt, säger Jan Andersson. Vi bygger relationer. Därför är frivillig företagshälsovård så viktig. Ett obligatorium skulle gå ut över de relationer, det täta samarbete och den öppna dialog vi försöker föra med kunderna.

## Kvalitetssäkrad företagshälsovård

I framtiden är en kvalitetssäkrad företagshälsovård nödvändig för att klara konkurrensen, det är Jan Andersson övertygad om.

– När trycket ökar runt om oss på att bekämpa de höga sjuktalen, då kommer vi att vara bättre rustade i en kvalitetssäkrad verksamhet med ordning och reda.

Därför är han glad att Westhälsan, trots att det krävt mycket tid och resurser, nästan är i mål för att certifieras som en kvalitetssäkrad företagshälsovård.

Här arbetar alla med försäljning och ett utåtriktat säljarbete är allas ansvar, även om Jan Andersson menar att ett särskilt ansvar faller på honom som vd. En marknadsgrupp utvecklar idéer.

## Värmlandsmodellen

Företagshälsovård i Värmland betyder också Värmlandsmodellen. En modell för samverkan mellan primärvård, försäkringskassa och företagshälsovård som sedan den infördes i mitten av 1990-talet, har setts som en möjlig framtida utveckling för företagshälsovården i större skala. Modellen, där primärvården kan remittera patienter till företagshälsovårdens specialister, ger fler patienter till företagshälsovården. Därmed får företagshälsovården förutsättningar att behålla och utveckla sin kompetens även i glesbygd. En fördel är att grupper som normalt inte har tillgång till företagshälsovård, exempelvis arbetslösa, får tillgång till verksamhetens kunskande. Modellen ger också företagsläkarna en ingång till landstinget: De kan remittera till specialister, röntgen och laboratorier.

Fram till årsskiftet 2004 har avtalet inneburit att Westhälsan tillförts en klumpsumma i utbyte mot arbetsmedicinsk kompetens till hälso- och sjukvården. Numera ser avtalet mellan Landstinget i Värmland och företagshälsovårdsenheterna annorlunda ut: Distriktsläkarna remitterar, som tidigare, till företagshälsovårdsläkare, beteendevetare eller sjukgymnast. Därefter får Westhälsan betalt per patient. Det innebär sannolikt minskade inkomster och ökad ekonomisk osäkerhet.

– Det nya avtalet är mer renodlat. Vi får bara ersättning när vår speciella kunskap om arbetsmiljö och arbetsliv efterfrågas. Avtalet med landstinget har betytt mycket för integrationen av arbetsmedicin och företagshälsovård. Vår breda kompetens är idag känd och möts med respekt, säger Tom Åhrén, företagsläkare.

Han kom till Volvo i Arvika som företagsläkare 1981. Då befann sig företagshälsovården i en intensiv utvecklingsfas. I skyddskommittén beslutades att högst 30 procent av företagshälsovården skulle ägnas sjukvård.

– Det var en oerhört stimulerande tid med starka parter, säger Tom Åhrén. Det fanns en framtidstro på arbetsmiljöområdet, en entusiasm och tilltro till att arbetsplatsen kunde anpassas till individen.

## Paradigmskifte

Kontrasten till dagens företagshälsovård är stor. Ett exempel är Volvo i Arvika som idag köper fyra timmar företagsläkare i veckan. Det har också skett en kraftig omsvängning mot psykosociala arbetsmiljöfrågor, konstaterar han.

Organisationsfrågor, ledningsfrågor och stress har allt mer övertagit teknikens plats som främsta arbetsmiljöproblem. Och liksom på 1980-talet borde företagshälsovården vara inköplad vid strategiska överväganden i arbetsmiljöarbetet. Men Tom Åhrén anser att fler stora företag bedrev sådant framåtsyftande arbetsmiljöarbete redan för tjugo år sedan.

– Det har skett ett paradigmskifte på 2000-talet. Ingen talar längre om det goda arbetet. Idag skapar vi medvetet, med öppna ögon, arbeten där vi vet att utövarna inte orkar till pen-

sionsåldern. Rektorer, lärare, sjuksköterskor, hemvårdare – listan kan göras lång på sådana yrken, säger han.

Som tur är har Westhälsan mycket att erbjuda både enskilda patienter och organisationer där stress och nedskärningar satt spår. Här finns lång erfarenhet och bred kunskap kring arbetets krav och arbetsförhållandens betydelse i människors liv. Hit remitteras patienter som behöver hjälp med utmattningsreaktioner.

Men Tom Åhrén vill gå djupare, förbi den enskilda individen, han vill förmå företag att våga se hur organisationsförändringar påverkar personalomsättning, produktion och kvalitet. Kunskapen finns, menar han och skissar hur företagshälsovården skulle kunna arbeta med grupper för att skapa kunskap och medvetenhet kring utmattningsreaktioner, särskilt hos chefer.

– Trots att intentionerna hos större företag är att arbeta förebyggande hamnar man ändå på individnivå, suckar han. Vi skulle förmodligen inte bedriva någon sjukvård alls för att komma ordentligt in i det förebyggande arbetet.

### **Psykosociala frågor dominerar**

Även de andra specialisterna arbetar allt mer med psykosociala frågor. En av dem är arbetsmiljöingenjören Manne Olsson, som just återvänt från ett kundbesök med en häftig ordväxling mellan ett par chefer. Som specialist på tekniska arbetsmiljöfrågor kan han hamna i situationer som kräver en helt annan typ kunskap. Då sänder han en tacksamhetens tanke till den utbildning i organisationsfrågor som han genomgått.

– Man väljer inte situationerna som uppstår. Att möta kundernas krav och representera verksamheten på ett bra sätt, kräver erfarenhet och situationsanpassat lärande, säger han.

Manne Olsson ingår visserligen i många olika team som gemensamt ansvarar för kundföretag men i det dagliga arbetet är han oftast ensam. När taxametern tickar dubbelt om två specialister ska anlitas, blir det så.

Beteendevetaren Anette Pehrsson är med sina fyra år på Westhälsan, nyanställd i jämförelse med Manne Olsson som arbetat inom företagshälsovården sedan början av 1980-talet. Hon liknar de psykosociala arbetsmiljöfrågorna vid ett isberg. Det mesta rör sig under ytan. Just därför betonar hon vikten av företagshälsovårdens samlade resurser.

– Om jag träffar en ung kvinna som har det tufft på jobbet och är trött, så utgår jag inte från att det är stress hon lider av. Hos företagssköterskan kan hon ta olika prover. Kanske är det blodbrist?

Å andra sidan kan ergonomen föra över en person med spänningsvärk till någon av de två beteendevetarna – patienten kanske inte befinner sig på rätt plats i arbetslivet.

– Jag tycker om företagshälsovårdens teamtänkande, säger Anette Pehrsson. Det är spännande med det tvärvetenskapliga kunnandet.

### **Att sälja företagshälsovård**

Visst bidrar avtalet med landstinget till Westhälsans ekonomi. Men långt viktigare är begreppet debiterbar tid – tid som kunderna betalar för. Inom Westhälsan måste 70 procent av de anställdas tid vara debiterbar för att verksamheten ska gå runt. Det är hårda krav som kan vara svåra att leva upp till. Därför sker också en viss selektion bland de anställda: Eftersom utåtriktat



säljarbete är allas ansvar måste man vara intresserad av de affärsmässiga delarna i företagshälsovårdsarbetet för att bli kvar. Det betyder i klartext intresse och förmåga att sälja företagshälsovård.

– Jag utför mitt arbete som industriergonom men ska också sälja ytterligare tjänster, säger Hannu Venäläinen, ergonom på Westhälsan sedan 1988. Det är en personbunden förmåga och handlar till exempel om hur jag formulerar förslag i skyddskommittéerna.

Hannu Venäläinen som har speciellt ansvar för de större industrierna, ska kunna svinga sig från grupp gymnastik med funktionshindrade till diskussioner om produktionsteknik och innovationer längs linjen på Volvo. Han ska kunna skriva rapporter som fångar beslutsfattare och presentera ekonomiska konsekvensanalyser av en utebliven arbetsmiljöåtgärd. Han ska kunna det mesta om skyddsskor som förebygger rygg- och nackont och han ska kunna utarbeta enkäter som samtidigt fungerar som pedagogiska verktyg för att väcka arbetsmiljöintresset hos de nyanställda på Volvo.

– Jag försöker utveckla mina uppdrag på egen hand, säger han.

### Arbete mot små företag

Visserligen finns inom Westhälsans område några stora industriföretag, men de allra flesta företagen här i västra Värmland är små. Monica Eckman är företagssköterska sedan 1977, och har idag ansvaret för en mängd mindre arbetsplatser anslutna till Westhälsan. Hennes kännedom om traktens åkerier, småverkstäder, bilföretag, butiker, kontor men också kyrkor och landstingets fastighetsservice, är stor.

Det viktigaste när det gäller de små företagen är avtalsskrivningen, betonar Monica Eckman. När avtal ska skrivas för hon en ordentlig dialog med företaget där kunderna får klart för sig vilka tjänster Westhälsan kan erbjuda. Utifrån kundernas behov skraddarsyr företagshälsovården sina tjänster. Sedan följer hon regelbundet upp alla avtal, först genom ett brev där företagen ombeds se över sina behov. Detta leder ofta till att de hör av sig. Annars tar hon kontakt.

– Det ingår mycket säljarbete idag, säger hon. Det tror jag skulle vara knepigt att klara som nyexaminerad sjuksköterska. Det är ingenting som ingår i utbildningen.

### Generationsväxling

Westhälsan, liksom hela företagshälsovårdsbranschen, står inför ett genomgripande generationsskifte. En stor majoritet av de 23 anställda har passerat 50-årsstrecket. De flesta har trettio års erfarenhet av företagshälsovård, eller mer. Hur ska den samlade kunskapen tas tillvara samtidigt som en förnyelse sker? Det blir en utmaning.

– Att hitta människor med specialistutbildning blir inte helt enkelt, säger Jan Andersson.

För framtiden hoppas han bland annat att företagshälsovården kopplas till arbetet för en förbättrad folkhälsa. I Årjängs kommun pågår redan ett projekt i den riktningen.

Arbete för folkhälsan är en framtida väg som även företagsläkaren Tom Åhrén pekar ut.

– Jag ser framtidens företagshälsovård som en trebent pall, säger han. Ett ben är avtalet med Landstinget i Värmland, ett annat är avtalen med företag i trakten och det tredje benet skulle vara kommunerna både som kunder och som ansvariga för folkhälsoarbetet. Det finns faktiskt ett sådant lagstadgat ansvar.

Både dagens och framtidens företagshälsovård måste kunna leva sig in i kundens behov, lyssna på synpunkter, möta kunderna i deras värld.

– Vi måste anpassa vårt arbete såväl till det stora företaget och kommunerna, som det lilla företaget. Det krävs att vi förstår en skogsentreprenörs situation med räntor, amorteringar och arbete helg och söcken, säger arbetsmiljöingenjören Manne Olsson.

Kanske krävs någon form av samhällsstöd för att möjliggöra den anpassningen. Manne Olssons förhoppning är att Westhälsan får fortsätta att verka i bygden.

– Det är viktigt att de som äger oss har ett lokalt inflytande över sin företagshälsovård.

Tysk företagshälsovård – några exempel

# Hälsundersökningar är basen

I Tyskland säger lagen att alla företag ska ordna företagshälsovård för sina anställda. Men okunnighet och ointresse gör att lagen följs dåligt. Det gäller framför allt småföretagen. Eftersom 90 procent av arbetskraften finns i företag med mindre än 10 anställda betyder det att de flesta tyska arbetstagare saknar tillgång till företagshälsovård. Där det finns handlar det framför allt om hälsundersökningar.

”Betriebsärztlicher Dienst” (ungefär företagsläkartjänsten) står det på en stor vit skåpbil, parkerad inne på gården till Kammerbruchstrasse 36 i tyska Aachen, nära gränsen till Holland.

Bilen tillhör det företag som Hans-Friedmund Rittel driver med fyra läkarkollegor och som betjänar omkring 30 företag i trakten med företagshälsovård. På bottenplanet i huset med ingång från gården har läkarna sina mottagningar och förutom att de är företagsläkare har alla fem andra läkarinriktningar också. Doktor Rittel är till exempel också idrottsläkare.

De 30 företagen som anlitar doktor Rittel och hans kollegor har sammanlagt omkring 20 000 anställda och varierar i både storlek och inriktning. Det största har mer än 900 anställda och i andra änden finns flera företag med en anställd.

Verksamheten skiftar från fiskodling och solarier via daghem och vårdinrättningar till stålindustrier. Det som förenar dem är att de rättar sig efter lagen från 1974 som stadgar att alla tyska företag ska ordna tillgång till företagshälsovård med läkare och säkerhetsspecialist för sina anställda.

Hur ofta och hur länge Hans-Friedmund Rittel och kollegerna besöker företagen beror på företagets riskbild och inriktning. Omfattningen bestäms av olycksfalls- försäkringskassan. (Gesetzlicher Unfallversicherer). Alla som arbetar måste vara med i olycksfallsförsäkringskassan som betalas av arbetsgivaren. Det finns ett 70-tal sådana i Tyskland och individens kassatillhörighet bygger på bransch, inte på var man arbetar geografiskt. Alla kommunalt anställda tillhör dock en regional olycksfallsförsäkring

Riskfyllda branscher ska ha mer företagsläkartid än mindre farliga. Det betyder, säger Hans-Friedmund Rittel, att han besöker vissa stora företag med riskfylld arbetsmiljö varannan vecka medan det kan dröja år mellan besöken i en del små företag.

Ute på företagen undersöker han personalens hälsa och arbetsmiljön tittar han på tillsammans med en säkerhetsspecialist. Han ger råd om förbättringar och förslag på åtgärder. Tillsammans har de ett dubbelt perspektiv och ser på både de medicinska riskerna och på säkerhetsåtgärder. Därutöver ska han också göra de lagstadgade hälsoundersökningarna. Det handlar dels om obligatorisk hälsoundersökning av nyanställd personal, sedan återkommande undersökningar, vars frekvens bestäms av riskerna i branschen. Sammanlagt finns mallar för ett 40-tal undersökningar med olika innehåll beroende på bransch.

–Vi har rätt att ge rekommendationer, föreslå och driva på förändringar och förbättringar men har inga maktmedel. Beslutet att genomföra något ligger alltid på ägaren och om han tycker det är dyrt så kan han låta bli.

– Företagen tänker inte långsiktigt. De räknar pengar hela tiden och vill ha garantier för att en insats verkligen lönar sig och det är oftast inte så lätt att ge.

Doktor Rittel tycker inte att dagens lagstiftning om obligatorisk företagshälsovård fungerar. De flesta tyska företag är inte laglydiga trots att obligatoriet om företagshälsovård alltså funnits i tre decennier. Några exakta siffror på hur många som är anslutna till en företagsläkare eller har inbyggd företagshälsovård går inte att få men enligt pessimistiska beräkningar är det kanske bara en femtedel av tyska anställda som har tillgång till företagshälsovård. Kontrollen av laglydnaden är närmast obefintlig eftersom arbetsmiljöinspektionen som är kontrollmyndigheten inte har möjlighet att hinna med alla företag.

Bland dem som ansluter sig väljer dessutom de flesta att komma undan så billigt som möjligt. Möjligheten att köpa mer företagsläkartid än miniminivån kräver finns, men precis som i Sverige är branschen konkurrensutsatt och företagen väljer helst det billigast alternativet. Många nöjer sig med hälsoundersökningarna

Han tycker det är bekymmersamt eftersom arbetsmiljöbristerna är stora på många håll och ohälsan, sjukskrivningarna och förtidspensionerna ökar. Framför allt ökar de psykosociala besvären med utmattningssyndrom och utbrändhet.

Ett par timmars tågresa åt nordost ligger industristaden Duisburg, helt dominerad av stålverket ThyssenKrupp Stahl. Stora områden med gamla fabriksbyggnader har stängts igen men de dominerar fortfarande stadsbilden. De spöklikt övergivna byggnaderna underhålls kontinuerligt, bland annat av arbetskraft som av olika skäl inte kan ha kvar sina tidigare jobb i fabriken.

Huvudkontoret som tidigare fanns i en hundraårig tegelbyggnad ligger nu i ett modernt stålblänkande hus. I kvarteret intill huserar den inbyggda företagshälsovården, Betriebsärztlicher Dienst, BÄD, på tre våningsplan. Den sörjer för hälsan och välbefinnande på arbetet både för företagets 12 000 egna anställda och för omkring 8 000 anställda i 39 andra företag i Duisburg. Flera av dem är dotterbolag till ThyssenKrupp Stahl. Att man går utanför det egna företaget är typisk för många inbyggda BÄD i Tyskland idag. Många av dem finansieras delvis genom att man även erbjuder sina tjänster åt andra företag.

Kontrasten är stor mellan den ganska anspråkslösa mottagningen hos Dr Rittel med kolleger i Aachen och ThyssenKrupp Stahls närmast vårdcentralliknande lokaler med rymliga väntrum på varje plan, stora undersökningsrum, laboratorier, ambulanscentral och en del av personalen i vita rockar, däribland doktor Klaus Etzler tidigare BÄD-chef och nu ansvarig för hälsan i fabriken och chef för hela arbetarskydds- och arbetsmiljöarbetet.

I personalstyrkan finns både läkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal, massör och medicintekniker. De sju läkarna är den största personalgruppen, naturligt nog eftersom tysk företagshälsovård framför allt bygger på läkarinsatser. Medicinsk eller psykosocial kompetens därutöver är något som en tysk företagshälsovård väljer att erbjuda extra.

Doktor Reinhard Bruckwilder har arbetat hos ThyssenKrupp Stahl sedan 1992. Hans specialiteter är också resemedicin och invärtes medicin.

En vanlig arbetsdag brukar doktor Bruckwilder och hans kolleger ta emot mellan 70 och 80 personer på kliniken, varav de flesta har beställt tid i förväg. Men det finns alltid möjlighet att göra akutbesök under dagtid. Vid svåra olyckor rycker någon av ambulanserna ut. De är beredda dygnet runt och det kan ibland bli upp till 100 uttryckningar på ett dygn.

Ambulanspersonalen eller en medföljande läkare bedömer snabbt om skadan ska tas om hand på BÄD eller om det behövs sjukhusvård. En hel del kan dock åtgärdas ”på hemmaplan” eftersom man kan ge man har utrustning och personal till akutvård vid olycksfall och insjuknanden.

En eller ett par gånger i veckan är varje läkare ute i fabriken. Det är viktigt för det förebyggande arbete som enligt doktor Bruckwilder är den största uppgiften för BÄD och som man arbetar för att utveckla.

Precis som doktor Rittel i Aachen märker också han att de psykosociala besvären ökar och han tycker att företagshälsovården måste skaffa bättre beredskap och möjligheter att arbeta med dessa frågor än man har idag.

Den hälsoansvarige chefen Klaus Etzler är styrelsemedlem i det tyska arbetsmedicinska sällskapet. Den arbetar bland annat med lobbying för att höja arbetsmedicinens status hos politiker och beslutsfattare och för att öka politikernas intresse för bättre företagshälsovård som nu är ganska ljust. Ingendera uppgiften är särskilt lätt, säger han.

Han ser ganska pessimistiskt på företagshälsovårdens framtida utveckling. Ett skäl är bland annat ovannämnda ointresse hos politiker och beslutsfattare. Ämnet är helt enkelt inte särskilt politiskt intressant och det är allvarligt därför att det också drabbar arbetsmedicinens ställning och möjligheter att utvecklas.

– Det behövs en attitydförändring hos politiker och allmänhet, säger han.

Han är också engagerad i arbetet med kvalitetssäkring av BÄD och självklart är ThyssenKruppStahls egen BÄD kvalitetsmärkt. Det sker vart tredje år och certifieringsintyget hänger väl synligt i väntrummet på bottenplanet.

– Certifieringen behövs för att höja BÄD:s kvalitet och anseende, säger han.

Förbättrad utbildning och fortbildning är också viktigt liksom att läkaren kan visa att han/hon har en neutral ställning och inte tar parti för vare sig arbetsgivaren eller den anställda i en eventuell konfliktsituation. Därför är det också viktigt var BÄD är inordnad i företagsstrukturen och till exempel inte är underställd personaldirektören eller motsvarande.

Att BÄD blir alltmer konkurrensutsatt, tycker Klaus Etzler är bekymmersamt. De bästa förutsättningarna för bra verksamhet finns när verksamheten är inbyggd och slipper konkurrera på marknaden.

Och även han anser att obligatoriet fungerar dåligt. Det är framför allt de små företagen som inte följer lagen. Ägaren är okunnig eller ointresserad och de anställda vet inte mycket om sina rättigheter. Eftersom nästan 90 procent av arbetskraften i Tyskland arbetar i företag med färre än 10 anställda handlar det om väldigt många människor.

Han konstaterar också att det i alla fall inte just nu verkar finnas något politiskt intresse att förbättra den tyska företagshälsovårdens villkor. Snarare tvärtom. Mycket tyder till exempel på att obligatoriet om hälsoundersökning framöver inte ska gälla för mindre företag.

## **Del 2 Företagshälsovård i småföretag**

# Småföretag – vad är det?

Små företag är något mer än mindre versioner av större. Det betyder att generaliseringar utifrån erfarenheter av arbetsmiljöarbete i större företag kanske inte går att tillämpa på det lilla företaget. Vad är då ett litet företag?

## Definitioner

- Med småföretag avses i regel företag med mindre än 50 anställda.
- Mikroföretag har mindre än 10 anställda.
- Soloföretag består av en ensam företagare utan anställda.
- Inom EU definieras medelstora företag som företag med 50 till 250 anställda.  
I den europeiska statistiken räknas även dessa som små företag.

## Små företag betydelsefulla

Små företag växer i betydelse för den moderna europeiska ekonomin. En tredjedel av alla anställda i Europa arbetar i företag med mindre än tio anställda. Det typiska företaget inom EU har i genomsnitt sex anställda. Hur småföretagssektorn växer varierar mellan olika länder, liksom småföretagens roll. Ändå är de små företagen för att citera David Walters i Health and Safety in Small Enterprises: ”allt mer betydelsefulla” i alla europeiska länder, både när det gäller att påverka ekonomin och att skapa arbetstillfällen.

I EU har sysselsättningen i småföretag ökat sedan mitten av 1990-talet, främst inom den privata tjänstesektorn. Expansionen är tydligast i företag med 10 till 49 anställda, medan stora företagen minskat sin personal i motsvarande takt. Fenomen som outsourcing, samt service-sektorns och IT-sektorns expansion, finns med bland bakgrundsfaktorerna. Ökningen är ett resultat av omstruktureringar i ekonomin där traditionell industriproduktion ersatts av flexibla produktionsformer. Återkommande lågkonjunkturer och utbredd arbetslöshet har medfört att egenföretagande inte bara setts som en lösning för enskilda individer utan också stötats på ett generellt plan. En inte allt för vågad gissning är att det europeiska småföretagandet även i framtiden kommer att växa.

Inom EU arbetar lika många, 34 procent, i mikroföretag med upp till 10 anställda som i stora företag med över 250 anställda. Inte mindre än 93 procent av företagen inom EU hör hemma i kategorin mikroföretag.

En klar skiljelinje går mellan de länder som traditionellt byggt sin ekonomi på småföretagande och länder där omstruktureringar i ekonomin medför en ökning av småföretagandet. Spanien, Grekland och Italien är exempel på länder med traditionell småföretagarstruktur. Även Danmark med ett genomsnitt på knappt 9 anställda per företag och där totalt 41 procent av de sysselsatta återfinns i småföretag, kan räknas dit.

Frankrike visar en någorlunda jämn fördelning: drygt 30 procent av de anställda återfinns i vardera kategorin mikroföretag, småföretag och stora företag.

I Sverige och Storbritannien dominerar fortfarande de stora företagen: 39 procent av de sysselsatta i Sverige och 46 procent i Storbritannien arbetar i sådana, allt enligt David Walters.

## Småföretag i Sverige

- Hösten 2001 arbetade drygt 1,4 miljoner (av 4,3 miljoner sysselsatta i Sverige) i privata företag med mindre än 50 anställda.
- De sysselsätter drygt en tredjedel av arbetskraften.
- Småföretagen utgör 99 procent av alla privata företag.
- Fyra av fem småföretag saknar anställda.
- Närmare 420 000 personer var aktiva företagare 2001.
- 30–40 procent av företagen driver företaget parallellt med en anställning.
- Andelen företagare utgör 10 procent av arbetskraften i Sverige. I EU är den siffran 15 procent.
- Majoriteten av småföretagen återfinns inom tjänstesektorn.  
(Källa: Arbetsmiljö- och hälsoarbete i småföretag, Sten Bornberger-Dankvardt mfl)

Statistiken kring småföretagandet är behäftad med osäkerhet (jfr kap. Företagshälsovård idag). Människor rör sig mellan eget företagande och anställningar, kanske drivs det egna företaget vid sidan av en anställning eller kanske pendlar man mellan verksamheterna beroende på arbetstillgång. Rörligheten är naturligtvis en del av arbetslivets omdaning mot större flexibilitet där projektanställningar och användandet av underleverantörer och konsulter ökar.

### Unika småföretag

Utmärkande för små företag är heterogeniteten: Inget företag är det andra likt. Företagaren sätter sin omisskännliga och personliga prägel på företaget. För småföretagaren är företaget och den egna identiteten en viktig helhet; det lilla företaget är ofta ett familjeföretag. Företagaren ägnar mycket tid och energi åt sitt arbete, ofta direkt engagerad i produktionen, och i vilket fall med god kontroll över verksamheten.

### Storlekens betydelse

Ju mindre företag desto mer betyder företagarens engagemang och person. Företagsstorleken 12 till 20 anställda är enligt Sten Bornberger-Dankvardt, enhetschef på Småföretagsenheten, Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro, den mest problematiska. Företaget är för stort för att företagaren ska kunna hålla personlig kontakt med alla anställda och samtidigt för litet för att företagaren ska kunna anställa specialkompetens för viktiga ledningsfunktioner som exempelvis personalansvar.

### Fler kvinnliga företagare

Allt fler företag leds av kvinnor. Kvinnor startar en tredjedel av alla nya företag. Under 1990-talet tredubblades nästan antalet svenska företag som startades av kvinnor. Drygt en fjärdedel av svenska företag drivs av kvinnor.

Fler kvinnor än män anger i undersökningen Nyföretagandet i Sverige 1998 och 1999



(SCB) möjligheten att arbeta självständigt eller att förverkliga egna idéer som motiv till företagsstarten (64 respektive 54 procent). Kvinnliga företagare har en genomsnittligt högre utbildningsnivå jämfört med männen, vilket för övrigt gäller i hela EU.

### Gemensamma drag för svenska småföretag

- Småföretag är familjeföretag.
- Oberoende och självförverkligande är viktiga mål för företagen, vid sidan av att tjäna pengar.
- Företagen har ofta en bräcklig ekonomisk bas.
- De arbetar under stark tidspress.
- De saknar specialistresurser förutom ägarens specialistkompetens som utgör företagets kärna.
- Administrationen är minimal.

I små företag går produktionen i första hand. Verksamheten måste gå runt vilket innebär att allt annat måste skjutas undan för att leverans ska kunna ske i tid. Anställda i småföretag känner sig behövda och delaktiga, beslutsvägarna är korta, och trivseln ofta stor. En god arbetsgemenskap, varierade arbetsuppgifter, ett tydligt ledarskap med personligt engagemang och direkt respons, är positiva faktorer för anställda i småföretag.

Småföretagen har ofta problem kring ekonomi, personal och planering. Det är sällan lagom mycket att göra. Stress och tidspress är vanligt när kundernas krav på leverans ska mötas. Sjuknärvaron är hög, man kör på så länge det går. Men här finns också oro för framtiden, för ordergången, för ekonomin. Småföretagaren har en tendens att inte i tid söka vård för arbetsrelaterade hälsoproblem, skriver Sten Bornberger-Dankvardt m fl i "Arbetsmiljö- och hälsoarbete i småföretag".

Traditionella arbetsmiljöproblem är vanliga. Många små företag verkar i branscher som restaurang, bygg, frisör, transport, jordbruk, handel och städning med stora risker för belastningsskador och olycksfall. I Sverige är antalet dödsolyckor bland anställda i små företag oproportionerligt högt. Företag med färre än 20 anställda drabbas av cirka 44 procent av dödsolyckorna, men bara 27 procent av arbetskraften återfinns i företaget av denna storlek. Soloföretagare inom jordbruk, skogsbruk och fiske är kraftigt överrepresenterade bland dödsfall med relation till arbetet. Under 1990-talet var i genomsnitt nästan en fjärdedel av de förölyckade egenföretagare, mot förväntade tio procent.

Många småföretagare anser att kontakt med myndigheter är ett problem. Företagaren ser ständigt till helheten, den komplexa och sammansatta verkligheten som företaget verkar i, medan myndigheter är specialiserade på delar av denna verklighet. Svårigheten förstärks ytterligare av bristen på specialistresurser i småföretagen.

### Skyddsombud

Företag med minst fem anställda ska enligt lagen ha skyddsombud. Men färre än 25 procent av dessa företag har sådana.

## **Anslutning till företagshälsovården i Sverige**

Endast var tredje manlig företagare och var sjätte kvinnlig företagare uppgav att de hade tillgång till företagshälsovård vid arbetsmiljöundersökningen 2001 (Arbetsmiljöverket, SCB).

I undersökningen uppger 70 procent av samtliga sysselsatta att de har tillgång till företagshälsovård, vilket motsvarar 2,6 miljoner anställda. Men dessa data är, som vi tidigare uppmärksammat, inte helt tillförlitliga. Begreppet företagshälsovård är inte definierat utan den tillfrågade avgör vad han eller hon avser med detta. Att ha möjlighet att kostnadsfritt besöka läkare, vilket den enskilda kan uppfatta som företagshälsovård, uppfyller inte arbetsmiljölagens krav på vad sådan verksamhet ska innehålla.

Beräkningar visar att av de cirka 1 miljon anställda som saknar företagshälsovård arbetar 750 000 i småföretag.

Bland mindre företag är det i första hand industriföretag som är anslutna. Mindre tjänsteföretag är en kategori som idag i stor utsträckning saknar företagshälsovård.

## **Anslutning i Europa**

Situationen är i grova drag ungefär densamma över hela Europa. Företagshälsovården riktar sig i första hand mot större industriföretag. Att nå ut till de många små företagen är kostsamt och svårt, geografisk spridning och bristande motivation från småföretagen är exempel på svårigheter som företagshälsovårdens personal möter över hela Europa. Inte ens i länder med krav på obligatorisk anslutning har man lyckats nå alla småföretag. Det gäller Finland där just de små företagen oftare än andra står utanför företagshälsovården. Det gäller också Norge och Danmark med krav på obligatorisk anslutning i riskbranscher. Läs mer i kapitlet Företagshälsovård i småföretag – en översikt.

# Systematiskt arbetsmiljöarbete i småföretag

”I småföretagen uppges var fjärde kvinnlig och var tredje manlig anställd att det förekommer systematiskt arbetsmiljöarbete på arbetsplatsen. Ju större företaget är desto fler anger att sådant arbete pågår.”  
(Ur rapporten Arbetsmiljö i småföretag, Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån 2003)

Arbetsmiljölagen gäller lika för alla företag och dess bestämmelser är tydliga om varje arbetsgivares ansvar och skyldighet för att det bedrivs ett systematiskt arbete för en god och säker arbetsmiljö och att det som görs regelbundet följs upp.

Lika tydliga som lagen är föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete, som reglerar hur lagen ska följas på arbetsplatsen. Där slås fast att det systematiska arbetsmiljöarbetet skall ingå som en ”naturlig del i den dagliga verksamheten” och att ”det skall finnas en arbetsmiljöpolicy som beskriver hur arbetsförhållandena (...) skall vara för att ohälsa och olycksfall i arbetet skall förebyggas och tillfredsställande arbetsmiljö uppnås”. Hur arbetet i praktiken går till kan skifta beroende på företagets storlek, personalsammansättning och inriktning men arbetsgivarens ansvar är detsamma.

Så ser kartan ut men inte verkligheten. Arbetsmiljön i många svenska småföretag har stora brister och arbetet att förändra den till det bättre lämnar mycket övrigt att önska. Problemet är inte nytt. Listan på undersökningar, studier, enkäter och rapporter som utifrån olika infallsvinklar bekräftar detta är lång. Den ovan nämnda rapporten från Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån är en i raden.

## Ett internationellt problem...

Det bristfälliga arbetsmiljöarbetet i småföretag är inte bara ett svenskt problem. Tvärtom. Att situationen är lika bekymmersam i andra länder diskuteras på konferenser, seminarier och kongresser och finns väl dokumenterat. Att få fart på småföretagens arbetsmiljöarbete är sedan flera år en angelägen strategisk uppgift för EU-kommissionen.

Ett aktuellt exempel är en rapport från kommissionen i mars 2004 om den praktiska implementeringen av några av EU:s arbetsmiljödirektiv. Där framhåller man att småföretagen är en utsatt riskgrupp som måste uppmärksammas och bli föremål för särskilda insatser snarast. Det är särskilt allvarligt eftersom arbetsmiljöproblemen är i stort de samma, men olycksfallsriskerna ännu större i småföretag och dödsolyckorna är fler. Tendensen är tydlig även om det är svårt att få fram helt tillförlitlig EU-täckande statistik. I rapporten betonas att framgångsrik kommunikation är en nyckelfaktor för att minska riskerna i de små företagen. Många av de ansvariga cheferna är dåligt informerade och saknar nödvändiga arbetsmiljökunskaper. Det handlar i hög grad om att få dem att inse att god arbetsmiljö, hälsa och säkerhet är naturliga delar av det dagliga arbetet. Riskbransch är riskbransch även om företaget är litet.

Det är dock en omfattande uppgift att sprida säkerhets- och arbetsmiljökunskap till de små företagen. Kunskapsluckorna som ska fyllas är ofta stora och det är trögt att få fram engagemang, aktivitet och deltagande. Ofta saknar företagen dessutom resurser i tid och pengar till utbildning.

När det gäller kunskapsöverföringen framhålls också att det knappast råder brist på infor-

mation. Vad som saknas är målinriktad branschinformation som ”talar småföretagens språk” och inte tyngs av facktermer, specialistjargong och hög abstraktionsnivå. Begriplig, användaranpassad och målinriktad information är grundläggande viktig, liksom att det ska vara enkelt för företagen att få rådgivning och stöd utan att det kostar dem för mycket.

Kommissionen vill också uppmuntra till att goda exempel får spridning, stödja och uppmuntra utbildning och få fram enkla verktyg för riskmätning.

Ovanstående rapport bekräftar på många sätt den bild av bristfälligt europeiskt arbetsmiljöarbete i små företag som tecknas i David Walters bok ”Health and Safety in small enterprises”, utgiven av Saltsa 2001.

Syftet med rapporten är att med ett europeiskt perspektiv undersöka vad som främjar respektive förhindrar eller försvårar arbetsmiljöarbetet i småföretag. Hur ser de strukturer ut som har positiva effekter? Informationsbärare och medaktörers roll behandlas liksom nyttan av goda exempel. Hur kan dessa kunskaper användas för framtiden? Rapporten bygger i första hand på studier gjorda i Danmark, Frankrike, Grekland, Italien, Spanien, Storbritannien och Sverige men erfarenheter från andra EU-länder tas också upp.

David Walters konstaterar att avsaknaden av arbete med arbetsmiljö och hälsa i små företag är ett stort problem. Det är bara att inse att uttrycket ”small is beautiful” knappast har någon relevans i sammanhanget. Smått är snarare farligt och riskfyllt. Därför krävs lagstiftning, strategier och metoder som tar hänsyn till de små företagens sårbarhet, utsatthet, speciella villkor och resurser. Det är också viktigt att sprida inspirerande exempel som de små företagen känner är relevanta för dem och deras problem.

Bilden av småföretag är motsägelsefull och komplex av många skäl, framhåller Walters. De är olika stora, sysslar med många olika saker, deras ekonomiska ställning varierar liksom omvärldsfaktorerna och ledningens kunskap och kompetens. En del står stadigt på egna ben, andra befinner sig i beroendeställning som underleverantörer. Intresset för och kunskaperna om arbetsmiljö hos ledning och anställda liksom tillgången till stöd, hjälp och kontroll, varierar.

Att arbetsmiljöarbetet i småföretag är viktigt kan inte nog betonas inte minst eftersom deras antal ökar stadigt (se kapitlet Småföretag – Vad är det?). Dessutom är olycksfall med dödlig utgång vanligare i små företag än i stora där sådana olyckor minskar enligt statistiken. Enligt Eurostat 2000 var till exempel dödsolyckorna i EU i genomsnitt procentuellt dubbelt så många 1996 i företag med upp till 9 anställda som i företag med mellan 50 och 249 anställda.

Och arbetsmiljöproblemen är ofta desamma oavsett företagsstorlek. Men det mesta som idag rör arbetsmiljöarbete bygger på stora företags problem, behov och förutsättningar. När det handlar om hur man ska hantera frågan i de små företagen är kunskaperna ringa.

Några huvuddrag är ändå tydliga om man ser till de erfarenheter som finns rapporterade, menar David Walters. Ett är att för att nå framgång måste man överbrygga gapet mellan småföretagen och det institutionaliserade arbetsmiljöarbetet som bygger på förutsättningar som småföretagen saknar. För att överbrygga detta gap krävs tillgång till medaktörer, informationsbärare och stödjande strukturer. De anställdas medverkan är en annan förutsättning för framgångsrikt arbetsmiljöarbete. Detta krävs enligt EU:s ramdirektiv om arbetsmiljö, men försummas ofta. Ramdirektiven har för övrigt införlivats i lagstiftningen i mycket varierande grad i EU-länderna hittills, vad gäller till exempel riskanalys, förebyggande arbete och de anställdas medverkan i skyddsarbetet.

Medaktörerna kan till exempel vara fackförbund och arbetsgivarorganisationer, bransch- och intressesammanslutningar, försäkrings- och finansföretag. Andra viktiga aktörer är arbetsmiljöinspektion, företagshälsovård, producent- och konsumentföreträdare med flera. Det handlar bland annat om att övertyga om arbetsmiljöarbetets långsiktiga effekter i form av bättre hälsa för personalen, minskad frånvaro, färre olyckor och förbättrad produktivitet.

Det visar sig också att rådgivning ger bättre resultat än inspektion och krav. Inget är så effektivt som det personliga mötet, direktkontakten och den direkta dialogen där informationsbäraren har kunskap och insikt om branschens och det lilla företags villkor.

### **...och ett svenskt problem**

För svenskt vidkommande finns alltså också gott om undersökningar och rapporter som utifrån olika infallsvinklar bekräftar bilden av att arbetsmiljöarbetet i småföretag lämnar mycket övrigt att önska.

Den tidigare citerade rapporten från Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån våren 2003 bygger på sex undersökningar av arbetsmiljön och arbetsorsakade besvär. Den gjordes på ett urval av småföretag med upp till 50 anställda mellan 1997 och 2002 och systematiskt arbetsmiljöarbete var ett av frågeområdena. Det framgår att företagets storlek har stor betydelse både för arbetsmiljöarbetet och för graden av anslutning till företagshälsovård. Bäst (eller minst dåligt) fungerade det systematiska arbetsmiljöarbetet i den mansdominerade byggbranschen (43 procent) medan det var allra sämst inom den kvinnodominerade handeln. Där uppgav bara var åttonde kvinnlig anställd att det förekom systematiskt arbetsmiljöarbete. Det finns också ett positivt samband mellan tillgången till företagshälsovård och förekomsten av systematiskt arbetsmiljöarbete.

En rapport från IVL Svenska Miljöinstitutet redovisar erfarenheter från 45 små arbetsstäl- lens arbetsmiljöarbete. Syftet var främst att ta reda på vad som bidrar till ett fungerande arbetsmiljöarbete. Vilka lärdomar finns som andra företag kan dra nytta av? Samtidigt framkom också vad som bidrar till motsatsen, alltså att arbetsmiljöarbetet fungerar dåligt eller inte alls.

Undersökningen som gjordes med hjälp av telefonintervjuer med 45 företag och därefter besök på 12 av dem visade att åtta år efter att föreskriften om Systematiskt Arbetsmiljöarbete, SAM, beslutats så fungerade SAM bara i några få procent av småföretagen.

Det visade sig att många företag är omotiverade därför att de tycker att andra nog kan ha arbetsmiljöproblem men på den egna företaget är allt bara bra. När den uppfattningen råder och man har tidspress och resursbrist och ständig jagar kostnader får arbetsmiljöarbetet låg prioritet även när det uppenbart behövs. Då tycker man det finns det som är viktigare än att arbeta för att SAM ska bli en del av det dagliga löpande arbetet.

Det visade sig också finnas ett klart samband mellan företagets storlek och engagemanget i arbetsmiljön. Ju mindre företaget är, desto svårare är det att få SAM att fungera.

Därför, konstaterar rapportförfattarna, måste SAM byggas upp så att det passar det lilla företagets förutsättningar. Ledarens inställning är också viktig. Om chefen tycker arbetsmiljön är viktig och förmår entusiasmera de anställda och få med alla i arbetet så har SAM förutsättningar att lyckas. Sedan är det viktigt att verkligen hitta arbetsformer som håller arbetet igång till vardags. Att de anställda är delaktiga är viktigt – om SAM bara drivs av chefen eller en annan eldsjäl blir det sårbart.

En annan aktuell rapport kom 2003 i serien ”Arbetsliv i omvandling” från Arbetslivsinstitutet. Även den visar att det finns många arbetsmiljöproblem bland småföretag samtidigt som det förebyggande arbetet har stora brister. Det beror bland annat på att information inte läses eller används om den alls når fram och att intresset för såväl arbetsmiljöarbete som företagshälsovård och förebyggande arbete är svagt.

### **Rapportförfattarna tecknar problembilden**

”Situationen i de allra minsta företagen är ofta präglad av kunskaperna, läggningen och intresset hos företagaren själv, medan företagsledare/ägare i större företag (20–50 anställda) oftast kan delegera en stor del av arbetet till egna specialister.

Det minsta företaget kännetecknas av kortsiktig planering, improvisation, flexibilitet där de dagsaktuella problemen är i fokus. Långsiktigt förebyggande arbetsmiljöarbete känns främmande om de inte själva drabbas av uppenbara arbetsrelaterade problem. (Arbetsmiljö- och hälsoarbete i småföretag – försök till en helhetsbild).”

Ett projekt i Sörmland bekräftade flera av ovanstående slutsatser. Över 800 företag med upp till 30 anställda och med olika inriktning och storlek var involverade i projektet Träffpunkt Sörmland som drevs av svenskt Näringsliv, Prevent, LO och PTK med stöd från EU:s Mål 4-program. Det pågick i fem år med målet att förbättra arbetsmiljön.

En av slutsatserna var att informationen måste passa det enskilda företagens behov och kunna visa att det är bra för företagets övergripande mål att satsa på arbetsmiljön. Det ska löna sig.

Det blev också tydligt att dialog och muntlig information var mycket mer effektiv än skriftlig information. Regionala skyddsombud och företagshälsovård har stora möjligheter att fungera som viktiga aktörer och informationsbärare. Arbetsmiljöinspektionen spelar förstås också en roll men den måste förändra och förbättra sin verksamhet om man ska nå de små företagen.

För företagshälsovården gäller dock att visa att man har den arbetsmiljökompetens de små företagen behöver. Projektet visade att företagshälsovården var bra på att rätta till och förbättra missförhållanden men mindre bra på att få företagen att själva få igång ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Ofta berodde det på att den företagshälsovård man anlidade bara var någon form av konsult med begränsade resurser och begränsad kompetens. En reguljär företagshälsovårdsenhet med bred kompetens skulle däremot kunna vara en tillgång i arbetsmiljöarbetet. Men då ska företagshälsovården främst ägna sig åt kärnverksamheten, vilken enligt rapporten om Sörmlandsprojektet är det förebyggande arbetet och rehabilitering.

En sak är lika uppenbar i Sverige som i övriga Europa: Brist på information är inte orsaken till att det är svårt att få små företag att arbeta systematiskt med arbetsmiljön. Såväl myndigheter som parterna och andra intressenter lägger ner stora ansträngningar, resurser och arbete på att ta fram informationsmaterial i form av böcker, broschyrer, handledningar, webbsidor, manualer och annat. Det ordnas också muntlig information genom möten, konferenser, seminarier, kurser och andra arrangemang. Men det räcker alltså inte. Varför går det så trögt?

## Om tröghetens orsaker

Det finns förstås inte bara en orsak till att det går trögt att engagera de små företagen i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Orsakerna är flera och finns både på den strukturella och den organisatoriska nivån, på individnivå och i ledningsfunktionen.

Här är också viktigt att notera de skillnader som finns inom gruppen småföretag. Det är i de minsta företagen med upp till cirka 10 anställda problemen är störst medan företag med uppåt 50 anställda ofta har en helt annan organisation, bättre resurser i form av specialistfunktioner och kanske egen arbetsmiljöexpertis. Då blir förutsättningarna för SAM helt andra än i det lilla företaget där arbetsmiljöarbetet ofta upplevs som ett myndighetsök som inget har att göra med det lilla företags hårda verklighet och vardag. Ofta nöjer man sig med en billig lösning för stunden när ett akut problem uppstår.

Bilden av småföretagens arbetsmiljö har förstås fler sidor än den som handlar om brister i SAM.

## Risk- och friskfaktorer

Plusvärdena, eller ”friskfaktorerna”, är sålunda många. Närheten och vetskapen om att alla kuggar i det lilla företaget är viktiga för resultatet, är en positiv faktor. Ansvar som följer med detta är också positivt och sådant bidrar till engagemang och trivsel. Sjukfrånvaron är ofta låg. Beslutsvägarna är i regel korta och snabba och det är i bästa fall lätt att ta upp problem och få dem lösta snabbt. Verksamhetens mål blir tydliga och kan sporra och uppmuntra. Det psykosociala klimatet är alltså ofta gott och arbetsglädjen stor.

Samtidigt kan samma faktorer som främjar arbetsglädje och arbetsklimat bli riskfaktorer med negativ effekt. Vetskapen om hur sårbart företaget är för frånvaro försvårar långsiktig planering och driver fram sjuknärvaro och höga egenkrav. Om chefen är auktoritär och brister i lyhördhet, kan närheten bli en belastning. Det är svårt att säga ifrån om övertid i ett litet företag med leveranstider som konkurrensmedel när akuta behov och kundkrav styr. Då kan tidspressen, tempot och arbetsbelastningen bli svåra stressfaktorer. Risken ökar för brist på återhämtning vilket är förödande i längden med sömnstörningar och andra symptom på ohälsa som följd.

Om ägaren/chefen är okunnig om eller ointresserad av arbetsmiljö och mest ser det som något kostsamt som inte hör hemma i det egna företaget kan hans dominerande roll också vara en riskfaktor. Låg facklig aktivitet och omedvetenhet och ointresse hos de anställda är ytterligare exempel.

## Att främja småföretagens arbetsmiljöarbete

I den tidigare nämnda IVL-rapporten listar författarna några av de faktorer som medverkat till att SAM fungerar bra. Det handlar bland annat om en inställning hos ledningen att god arbetsmiljö är bra för verksamheten och man därför ser till att ha ett forum för att regelbundet prata om arbetsmiljön. Viktigt är också att alla anställda är med, skaffar sig kunskaper och känner ansvar. Motsatsen gäller när chefen eller någon utsedd ansvarig sköter frågan ”på kammaren” utan kontakt med övriga.

Där SAM fungerar vet man också vilka resurser som finns att tillgå utanför företaget hos företagshälsövern, arbetsmiljöinspektionen eller det regionala skyddsombudet.

SAM fungerar bra när man på företagen upptäckt att arbetsmiljöarbetet ger påtagligt positiva effekter i form av ökad arbetsglädje och förbättrade relationer och bättre kommunikation inom företaget. Det visar sig också att om företag arbetar systematiskt med förbättringar inom andra områden kan det underlätta arbetet med SAM.

En modell för fungerande arbetsmiljöarbete finns i den nedan återgivna ”Åtgärdstrappan” som Ann-Beth Antonsson, IVL, tagit fram. Den visar vilka beslut och åtgärder som krävs för att genomföra en arbetsmiljöåtgärd.

## Åtgärdstrappan



## Samarbetspartners, inspiratörer och medaktörer

Att ett företag är anslutet till en företagshälsovård innebär inte med automatik att arbetsmiljöarbetet fungerar väl. För det krävs att företaget ser företagshälsovården som en resurs och av företagshälsovården krävs att man kan göra tydligt att man besitter den kompetens som det lilla företaget behöver. Medarbetare med speciellt ansvar för och specialkunskap om småföretag är en väg. Det visar erfarenheterna från Yrkesmedicinska kliniken i Örebro och dess satsning på småföretagsspecialister.

Det finns andra informationsbärare, aktörer eller situationer som kan vara viktiga för att få igång ett litet företags arbetsmiljöarbete. Till exempel att ta del av andra företags erfarenheter vid nätverksträffar och informationsmöten. Det regionala skyddsombudet kan spela en pådrivande roll liksom besök av arbetsmiljöinspektionen. Å andra sidan hinner arbetsmiljöinspektionen normalt bara besöka småföretag vart tionde år, såvida man inte har riktade kampanjer av det slag man haft flera gånger de senaste åren. Goda exempel kan fungera men då måste de kännas relevanta för den egna verksamheten och de egna förutsättningarna.

## Vanliga skäl till brister i SAM

- Små ekonomiska marginaler
- Okunskap och omedvetenhet om arbetsmiljölagen
- Okunskap om var hjälp och stöd finns
- Ledningens ointresse
- Information som inte når fram
- Information som man inte förstår
- Information som inte känns angelägen, nyttig eller relevant
- Tidsbrist
- Personalbrist
- Misstro mot myndigheter
- Annat är viktigare



## I arbetsmiljölagens första kapitlet 2 § står bland annat följande:

Arbetsmiljön skall vara tillfredsställande med hänsyn till arbets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. (...)

och

Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Arbetstagaren skall ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbets situation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete.

I tredje kapitlet stadgas om samverkan och systematik:

1a § Arbetsgivare och arbetstagare skall samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

2 § Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. En utgångspunkt ska därvid vara att allt sådant som kan leda till ohälsa eller olycksfall skall ändras eller ersättas så att risken för ohälsa eller olycksfall undanröjs.

(...)

2a § Arbetsgivaren skall systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Han skall utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidplaneras. Arbetsgivaren skall i den utsträckning verksamheten kräver dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna. Handlingsplaner skall därvid upprättas.



# Företagshälsovård i småföretag – en översikt

De flesta svenska småföretag står utanför företagshälsovården. Bara var tredje manlig och var sjätte kvinnlig företagare uppgav i arbetsmiljöundersökningen 2001 att de hade tillgång till företagshälsovård. Enligt Arbetsmiljöverket hade ungefär 45 procent av de sysselsatta på små arbetsställen (färre än tio personer) tillgång till företagshälsovård 2001. Det ska jämföras med att ungefär 70 procent av samtliga sysselsatta beräknas ha tillgång till företagshälsovård.

Detta är varken nytt eller unikt. Läkartidningen publicerade 1971 en artikel om arbetsmiljö och hälsa vid småföretag. Artikelförfattarna med yrkesmedicinaren Olav Axelson i spetsen konstaterade att ”vad gäller de minsta företagen med exempelvis mindre än 50 anställda torde en adekvat fungerande företagshälsovård vara utomordentligt sällsynt.” Företagens geografiska spridning och blotta mängden försvårade företagshälsovårdens arbete. ”Möjligen måste speciella former av företagshälsovård erbjudas i framtiden, eventuellt med anknytning till offentlig hälso- och sjukvård”.

Än i dag har inte något europeiskt land lyckats nå samtliga småföretag med vare sig systematiskt arbetsmiljöarbete eller företagshälsovård. Danmark planerar att bli det första genom att införa arbetsmiljöinspektioner av alla företag i landet från 2005.

I Frankrike med en stark yrkesmedicinsk inriktning på företagshälsovården kan en företagsläkare ansvara för 300 företag med 3 000 anställda och eftersom den fackliga representationen ofta är svag i de riktigt små företagen, hamnar de på undantag. I Storbritannien som saknar lagstiftning inom området, varierar modellerna för och tillgången på företagshälsovård. Men generellt är räckvidden i förhållande till små företag begränsad. Den medicinskt dominerade företagshälsovården återfinns traditionellt främst inom stora företag.

Danmark är det land i Europa som utvecklat ansenlig kunskap om hur små företag kan nås av och engageras i företagshälsovård och förebyggande arbetsmiljöarbete. En kartläggning av Peter Hasle och Hans Jørgen Limborg 1998, visade att den stora majoriteten av företagshälsovårdsenheter i Danmark 1997 bedrev någon form av särskild verksamhet i förhållande till små företag.

Småföretag i Sverige och Europa är upptagna med att klara leveranser i tid, att säkra orderingen, att få verksamheten att gå runt. Paradoxalt nog ungefär samma saker som sysselsätter den svenska företagshälsovården – många företagshälsovård är ju själva småföretag.

Göran Bostedt skriver i en studie av medelstora privata företags arbetsmiljöarbete och perspektiv på företagshälsovård ”Strategier för arbetsmiljöarbete” (Mitthögskolan 1998): ”Idag finns inga incentiv att acceptera (mycket) små företag (upp till femtio anställda) som anslutna kunder hos företagshälsovården”. Möjligheten för företagshälsovården att generera ett över-skott från denna grupp företag är nästan obefintlig, skriver han och relaterar två möjliga förhållningssätt från företagshälsovårdens sida. Antingen låter företagshälsovårdsenheten större företag indirekt subventionera kostnaderna för de små företagen, eller begränsa tjänsteutbudet i avtalen så att kostnader och intäkter stämmer överens bättre.

Här återfinns det stora dilemmat när det gäller företagshälsovård i svenska småföretag: Varken företagen eller företagshälsovårdsenheterna är överdrivet intresserade av att mötas.

## Möte med förhinder

Det finns några generella svårigheter i mötet mellan de små företagen och företagshälsovården. Problemen gäller såväl i Sverige som i andra europeiska länder och har ofta med själva

småföretagandets natur att göra.

Enbart mängden småföretag utgör en svårighet. För företagshälsovården är det mycket resurskrävande att nå alla små företag. Att etablera kontakt, besöka och inventera behoven hos många små företag tar tid. Det ekonomiska utfallet är dessutom osäkert. Det är inte alls säkert att småföretagaren kommer att köpa tjänster från företagshälsovården som motsvarar kostnaderna för insatserna. Därför är det säkrast för företagshälsovården att satsa på de större kunderna med förhoppning om större affärer.

Kostnaderna är ett annat problem, både företagshälsovårdsenheterna och de små företagen måste överväga de ekonomiska aspekterna. Företagshälsovården finner det ofta allt för kostnadskrävande att söka upp och undersöka vilka behov de små företagen egentligen har. De små företagen, å andra sidan, har en föreställning om att företagshälsovård är ”för dyrt”. En oro för kostnaderna i kombination med att företagen inte upplever ett behov av företagshälsovård medverkar till att de inte ansluter sig. Långsiktigt förebyggande åtgärder för problem som man inte ens vet kommer att uppstå, är ingenting som små företag vanligen prioriterar.

Okunskap är ett tredje hinder för ett ömsesidigt möte mellan företagshälsovården och småföretagen. Småföretagare är osäkra på vad de kan få ut av företagshälsovården. De har dålig kunskap om vad företagshälsovården kan erbjuda och drar därför slutsatsen att företagshälsovård är ekonomiskt betungande. Företagshälsovårdens personal kan sakna kunskap om småföretagandets villkor och därmed oavsiktligt försvåra kommunikationen.

Ett sådant villkor är småföretagens behov av omedelbara insatser. Typiskt för de små företagen är behovet av akut problemlösning. Uppstår problem vill företagaren lösa dem omedelbart för att inte produktionen ska bli lidande. När de små företagen kontaktar företagshälsovården gäller det därför att snabbt svara mot behoven. De intervjuer med anställda inom företagshälsovården som bland annat ligger till grund för rapporten ”Småföretag och företagshälsovård” av Ann-Beth Antonsson och Lisa Schmidt, IVL 2003, visar att företagshälsovården inte griper dessa tillfällen i flykten för att visa på nyttan sin verksamhet. Istället vill man helst att det mindre företaget först ansluter sig, innan det kan få hjälp. Ansträngda resurser anges som en bakomliggande orsak.

Dessutom tenderar småföretagen och företagshälsovården att se olika på företagens behov av tjänster från företagshälsovården. ”Omedelbar hjälp så att vi snabbt kan återgå i arbete” är ett typiskt citat från en småföretagare. Företagshälsovården däremot anser att de små företagen behöver hjälp med till exempel arbetsmiljöutveckling, systematiskt arbetsmiljöarbete, organisationsfrågor och utbildning, skriver Sten Bornberger-Dankvardt mfl i ”Arbetsmiljö- och hälsoarbete i småföretag”.

Det finns alltså en klyfta mellan det företagshälsovården anser att små företag behöver och de behov som småföretagen själva upplever. Svenska småföretag vill i första hand ha sjukvård, medan företagshälsovårdens företrädare anser att företagen borde intressera sig mer för arbetsmiljöarbetet.

### **Att överbrygga klyftan**

Dessbättre finns en hel del positiva erfarenheter av hur kontakten mellan små företag och företagshälsovården kan förbättras. I dessa erfarenheter, främst från Sverige och Danmark, återfinns några generella drag:

Personlig kontakt är nödvändig för att etablera ett jämlikt och förtroendefullt förhållande till småföretagaren. Danska erfarenheter pekar på fördelen av att företagshälsovården kontaktar det mindre företaget genom en serie besök, till exempel i samband med anslutning. En småföretagare tänker på sitt företag som en helhet. För att relationen mellan företagaren och företagshälsovårdens representant ska fungera måste även den senare ha bred kompetens och kunna lösa problem på plats (Se även kapitlet Företagshälsovård för småföretag – Danmark).

Utgångspunkten ska vara företagets behov. Om företaget är intresserat av en tjänst, exempelvis hälsokontroller, gäller det för företagshälsovården att utnyttja den kontakten till att öka kunskapen om företaget och utifrån det erbjuda fler tjänster. En hälsokontroll av de anställda kan leda vidare till rådgivning i samband med systematiskt arbetsmiljöarbete och därifrån kan behov uppstå av fler tjänster från företagshälsovården.

Öka kunskapen om små företag och deras villkor. Eftersom småföretagen är en heterogen samling krävs kunskaper av företagshälsovården om småföretagen och deras villkor. Det danska forskningsinstitutet CASA har i analyser av ett antal danska projekt kring företagshälsovård i småföretag pekat på att representanter för företagshälsovården måste visa respekt för småföretagarens kamp för överlevnad. Därför har utbildning av företagshälsovårdens personal i metoder att nå småföretag varit en framgångsfaktor (Se även kapitlet Företagshälsovård för småföretag – Danmark).

I Sverige har tidigare en utbildning av personal inom företagshälsovården till småföretagspecialister givits av småföretagarenheten vid Yrkesmedicinska kliniken i Örbero. En uppföljning visade att en majoritet av 30-talet deltagare kände större säkerhet i kontakterna med småföretagen några år efter genomförd kurs.

Tillgänglighet är en annan utslagsgivande faktor för att de små företagen ska uppleva att företagshälsovårdens tjänster är till nytta. Det måste vara lätt att nå företagshälsovården när akuta problem pockar på omedelbar lösning. Telefonjour för små företag är ett danskt exempel på hur detta kan tillgodoses. Att företagshälsovårdens specialister kan gå utanför sin egen specialistroll och se till småföretagarens hela verklighet, kan vara en annan viktig faktor.

### **Obligatorisk anslutning ingen lösning**

Lagstiftning om obligatorisk anslutning till företagshälsovården löser inte svårigheterna för företagshälsovården att nå småföretagen, det visar exempel från Danmark och Finland. Även om det finns många goda erfarenheter från Danmark finns även exempel på motsatsen. Danska småföretag i riskbranscher som varit obligatoriskt anslutna till företagshälsovården har i många fall betalat sin avgift i årtal utan att egentligen få något tillbaka. Även i Finland med sin lagstiftning om obligatorisk företagshälsovård för alla företag med minst en anställd, är ändå svårigheterna betydande att nå alla små verksamheter.

Frågans komplexitet visar sig dels i att småföretag i många fall underutnyttjar företagshälsovårdens tjänster – det vill säga man betalar mer än man får ut. Men använder småföretagen avtalade tjänster fullt ut kan motsatsen uppstå: Företagshälsovårdens kostnader för att tillhandahålla tjänsterna överstiger intäkterna. Detta är en erfarenhet som åtminstone gäller i Danmark, Norge och Sverige. Enligt Ann-Beth Antonsson ligger brytpunkten lönsamhet för företagshälsovården vid åtta till tio anställda hos kundföretaget, ett företag med färre antal anställda bidrar inte ens med sina egna administrativa kostnader för anslutningen.

## Klarar företagshälsovården förväntningarna?

Erfarenheterna från det tidigare nämnda Träffpunkt Sörmland, ett femårigt projekt med syfte att förbättra arbetsmiljön i små företag i länet, visar att företagshälsovården i många fall bidragit till förbättringar i arbetsmiljön i de små företagen. Det har i första hand skett genom åtgärder i den fysiska arbetsmiljön. Svårare har det varit att få företagen själva att arbeta med arbetsmiljön.

En erfarenhet från projektet är att företagshälsovården, ofta små fristående konsultenheter, inte alltid klarar att leva upp till förväntningarna på att fungera som en nyckelaktör för systematiskt arbetsmiljöarbete. Men de små företagen behöver företagshälsovårdens expertkompetens inom arbetsmiljöområdet. En slutsats är därför att företagshälsovården borde stärka sin kärnverksamhet – det förebyggande arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten på bekostnad av rollen som verksamhetsutvecklare i företag.

Ann-Beth Antonsson och Lisa Schmidt pekar i sin undersökning på liknande problem. Småföretag har ibland basavtal med företagshälsovården med ett så magert innehåll att de knappast kan sägas använda företagshälsovårdens tjänster. Småföretag efterfrågar och använder mest vårdrelaterade tjänster. De förebyggande tjänster som används, rör främst den fysiska arbetsmiljön. Företagshälsovården har dålig legitimitet hos de små företagen när det gäller frågor kopplade till arbetsorganisation och ledarskap. Marknadsföring för att ansluta fler småföretag förekommer knappast. ”Sammantaget innebär detta att man kan ifrågasätta om en stor del av de små företag som idag är anslutna till fhv, verkligen får det stöd i arbetsmiljöarbetet som arbetsmiljölagen anger att fhv ska ge”, skriver Antonsson och Schmidt. De ställer frågan om var problemet ligger. Är det kanske arbetsmiljölagens ambitioner som är orealistiska när det gäller små företag?

## Utgå från småföretagens behov

Den enda rimliga vägen att överbygga klyftan mellan de små företagen och företagshälsovården är att anpassa företagshälsovårdens verksamhet så att den upplevs som intressant av små företag, skriver Ann-Beth Antonsson och Lisa Schmidt i rapporten ”Småföretag och företagshälsovård” med underrubriken ”Ska berget komma till Muhammed eller Muhammed till berget?” I det här fallet liknar småföretagen berget: de finns där och är svåra att ändra på. Ansvar för en förändring vilar därför enligt rapportförfattarna på företagshälsovården som genom ett förändrat arbetssätt kan attrahera en större grupp av små företag.

# Paketlösning på finska

**Trots lagstiftning om obligatorisk anslutning till företagshälsovården för alla företag med minst en anställd, är anslutningsgraden låg bland småföretagen i Finland, i jämförelse med andra typer av arbetsplatser. Endast 65 procent av småföretag med upp till tio anställda är i praktiken anslutna till någon form av företagshälsovård.**

Diacor, en privat kedja av hälsocentraler i Helsingforsregionen med inriktning mot företagshälsovård, satsar sedan ett år på ett projekt inriktat mot små företag.

Diacor erbjuder en paketlösning där företaget köper grundläggande företagshälsovård. En prisnivå omfattar företag med en till fyra anställda (350 euro per företag och år) och ett något högre pris (550 euro) gäller för företag med fem till nio anställda. Paketet motsvarar lagens krav på förebyggande företagshälsovård och inkluderar arbetsplatsbesök, arbetsplatsundersökning och hälsokontroll av alla anställda, utfört av företagssköterska.

Därutöver ingår tjänster (som dock betalas utöver paketavgiften) från företagsläkare, inklusive laboratorie- och röntgenundersökningar, samt mindre kirurgiska ingrepp. Detta gör det möjligt för läkaren att snabbt och effektivt ställa diagnos och ta hand om en patient som inte mår bra. Företagssköterskan kan koncentrera sig på de förebyggande delarna.

– Det är lätt att arrangera arbetsplatsbesöken eftersom företagen redan har betalat för tjänsten, säger Sinikka Koivu, företagssköterska på Diacor med erfarenhet av företagshälsovård sedan 1970-talet.

Vid arbetsplatsbesöken undersöker hon behov och önsknings i arbetsmiljöfrågor samt utför enklare arbetsmiljömätningar. Utifrån detta skriver hon rapport och upprättat en treårig handlingsplan för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Handlingsplanen följs upp varje år. Dessutom kallas alla anställda till hälsoundersökning hos företagssköterskan. Slutligen innefattar konceptet att företagssköterskan tar hand om pappersexercisen kring återbäringen av företagens kostnader från Folkpensionsanstalten. Behövs ytterligare mätningar eller insatser av andra specialister, debiteras det utöver kontraktsavgiften.

De anställda i småföretagen har sällan haft tillgång till denna service tidigare. De kan få tid samma dag hos en läkare som känner både företag och arbetsförhållanden. Och det gäller inte bara arbetsrelaterade sjukdomar, utan allt som påverkar arbetsförmågan. Företagsläkaren hos Diacor fungerar som husläkare för de anställda vid de anslutna företagen.

Småföretagspaketet tycks svara mot ett uppdämt behov. Intresset för det är stort. Många små företag har sökt efter en lösning som passar just deras behov, med lagstiftningens krav i bakgrunden. Diacor driver elva kliniker i Helsingforsområdet och av dem har tre startat småföretagarprojekt. Inte mindre än åtta företagssköterskor arbetar med de små företagen. I centrala Helsingfors, där förutom Sinikka Koivu ytterligare en företagssköterska är engagerad i projektet, har 80 företag med 400 anställda anslutit sig under det år projektet pågått. Nya företag kommer till varje dag; byggföretag, arkitektkontor, butiker och många andra.

Företagshälsovård har visserligen aldrig högsta prioritet för företagen, konstaterar Sinikka

Koivu. Men verksamheten hjälper dem att behålla de anställda friska och företagarna uppskattar att ha en expertresurs att vända sig till när problem uppstår. De uppfattar inte heller servicen som dyr, varken kontraktspriserna eller timdebiteringen. För tjänster utöver grundpaket debiteras 50 euro, vilket oftast hamnar under företagarnas eget timpris. Dessutom återbetalar staten hälften.

– Det underlättar mitt arbete att jag lär känna arbetsplatserna genom besök och alla anställda genom hälsoundersökningarna, säger Sinikka Koivu som särskilt uppskattar variationsrikedomen bland de anslutna företagen och den nära kontakten med alla anställda.

Upptäcker hon arbetsmiljöproblem, av teknisk, organisatorisk, psykosocial eller annan art, diskuterar hon i första hand med företagaren och de anställda. Diacor kan utöver företagsläkare erbjuda ergonomitjänster och psykologkonsultation. Behövs ytterligare kompetens, till exempel i form av komplicerade mätningar, finns resurser på Institutet för arbetshygiens regionala enhet.

Lönar det sig för Diacor att satsa på företagshälsovård för små företag? Uppenbarligen räknar företaget med att verksamheten ska bära sig, trots en låg avgift. Det första året kräver stora arbetsinsatser, medan år två normalt inte innebär lika stor arbetsbörda. Arbetsplatsbesök och handlingsplaner upprättas vart tredje år, ett arbete som naturligtvis underlättas av en kontinuerlig kontakt med företaget. Till lönsamheten bidrar också att de anställda i de små företagen ökar den totala mängden läkarbesök hos Diacor.



# Hälsa, miljö och säkerhet

**På Alna HMS-senter i Oslo vill medarbetarna sprida eld och nytta.**

– Vi vill få ledarna att brinna för arbetsmiljön! säger Gunlaug Strønen, företags-sköterska och en av cheferna på centret.

– Det vi erbjuder ska kännas matnyttigt, säger Kirsti Verdal, företagssjukgymnast.

I slutet av 2003 fick medlemsägda Alna HMS-senter, med lokaler i ett industriområde i nordöstra delen av Oslo, nästan dubbelt så många ägare i ett svep. Det skedde när man tog över en företagshälsovård i närheten. Då växte antalet medlemmar och ägare från 65 till 112. Men antalet anställda som Alna ska arbeta med ökade bara från cirka 4 200 till 4 500.

Gunlaug Strønen som är företagssköterska med delat chefsansvar har arbetat på Alna sedan starten 1987. Hon säger att visst är det bra för Alna att ha många medlemsföretag. Men att så många av dem är små är inte oproblemiskt. Det skulle bli mycket annorlunda om staten gav stöd till den angelägna uppgiften att uppmuntra småföretags arbetsmiljöarbete.

– Små företag kräver mycket arbete och tar egentligen mer av vår tid och våra resurser än de betalar för. Man kan också vända på det och säga att stora företag får ut mindre för sina pengar än de små.

Så när nya företag ska bli medlemmar, vill hon helst att de ska vara mellanstora. Samma sak uttrycker Øystein Løvberg, yrkeshygieniker som arbetat på Alna sedan början av 90-talet. Han ingår i det team på tre personer som har speciellt ansvar för centrets små medlemsföretag. Han konstaterar krasst att de små företagen ”tar tid och kostar för mycket”. Dessutom är det ofta svårt att få dem intresserade på allvar för att samarbeta med HMS-sentret om arbetsmiljön och säkerheten. Särskilt om företagen har blivit ålagda av arbetsmiljöinspektionen att ansluta sig till företagshälsovården.

Men positiva exempel finns också, säger han. Samma dag vi träffas har han varit på första-gångsbesök på ett ventilationsföretag med 13 anställda som fått just ett sådant åläggande.

Där var företagets företrädare både förberedda och intresserade, när Øystein Løvberg kom för att få en bild av verksamheten och hjälpa dem att upprätta en plan över arbetsmiljöarbetet.

Problemet är ofta att småföretagens arbetsmiljöarbete och hälsofrämjande arbete blir så personberoende, menar Øystein Løvberg. Det gäller att chefen är intresserad för det är honom eller henne det hänger på. Tillsammans med kollegan Kirsti Verdal funderar han över hur man ska kunna lösa den svåra ekvationen att få småföretag och företagshälsovård ömsesidigt intresserade av varandra. Kirsti Verdal som är sjukgymnast har nyss börjat på Alna men har arbetat i flera år inom annan företagshälsovård.

De konstaterar att om man ska komma framåt med småföretagen så krävs egentligen det samma som vid mötet med stora företag. God kontakt och bra dialog är viktigt, liksom att visa engagemang och lyssna lyhört till vad företaget specifikt behöver. Språket ska man tänka på också, säger Kirsti Verdal. Hon betonar värdet av att inte vara så formell och av att uttrycka sig vardagligt och begripligt.

När det gäller små företag är det också viktigt att kunna visa att BHT (Bedriftshelsetjensten) har något att komma med för just deras problem och att få företagets ansvariga att inse att arbetsmiljöarbetet är något som angår även dem.

– Det är en utmaning för oss, säger Kirsti Verdahl. Företagen måste känna att det vi erbjuder är matnyttigt!

Gunlaug Strønen säger att man prövat olika vägar att rationalisera arbetet med småföretagen. Ett sätt att utnyttja tiden effektivare är att ordna möten för flera företag inom samma bransch vid ett tillfälle. Då kan man tala om branschspecifika rutiner, problem och lösningar. Det kan fungera bra men inte för alla. En del företag är inte intresserade av att träffas på det sättet.

– Det är konkurrensen som försvårar, säger Gunlaug Strønen. Man kanske inte vill tala om sina problem och svaga punkter när konkurrerande företag finns i samma rum.

Det förebyggande arbetet är alltid huvuduppgiften, betonar Gunlaug Strønen. Det är ett av skälen till att Alna för flera år sedan ersatte ”Bedriftshelsetjeneste” med HMS-senter där förkortningen står för Hälsa, Miljö och Säkerhet.

– Vi vill komma ifrån den starka kopplingen till hälsokontroller. Det finns en övertro på att det är lösningen. De andra delarna är precis lika viktiga oavsett hur stora eller små företagen är och vi vill få ledarna att brinna för arbetsmiljön!

I den rapport om framtidens norska företagshälsovård som lades fram 2001 (Se även avsnittet Utblick mot Europa, Norge) konstaterade utredarna att småföretag kan bli en ekonomisk belastning för företagshälsovården. Därför, menade de, bör staten ekonomiskt stödja företagshälsovård som vänder sig till småföretag och som har en fast kontaktperson för dessa. Gunlaug Strønen stöder förslaget men hon tror inte det kommer att bli verklighet. Hon befarrar i stället en motsatt utveckling och tror att en hel del kan bli sämre när beslut så småningom tas om ny norsk arbetsmiljölag.

Hon har heller inget hopp om bättring när det gäller ett annat stort problem i norsk företagshälsovård. Det är bristen på officiell certifiering och definition av företagshälsovård. Med tanke på att den som vill kan kalla kvartersläkaren, massage och liknande för företagshälsovård, är det beklagligt, anser hon. Inte minst eftersom det redan finns en grund i ett utmärkt verktyg för interna kvalitetsmätningar. Det är mätokumentet ”Vad är God BHT” som kom 1999 och uppdaterats senare. Det är inspirerat av den finska Good praxis som kom några år tidigare. Den norska versionen har i sin tur satt spår i den svenska God Praxis som introducerades 2003.

Sedan mätverktyget kom 1999 har Alna använt den flera gånger för att sätta poäng på kompetens, arbetssätt, kundnytta och annat och för att höja målen för fortsättningen.

Gunlaug Strønen säger att det är ett utmärkt verktyg att arbeta med internt. Men för att vara helt nöjd skulle hon också vilja att det fanns en officiell kvalitetssäkring.

### Fakta om Alna HMS-senter

- Alna startade sin verksamhet 1987.
- Alna är medlemsägt. För närvarande (2004) finns 112 medlemsföretag med sammanlagt omkring 4 500 anställda.
- Vid en årlig generalförsamling utses en styrelse som ansvarar för den löpande verksamheten.
- Drygt hälften av medlemmarna är småföretag med färre än 20 anställda.
- Det största medlemsföretaget har omkring 700 anställda. Den minsta enheten har 1 arbetstagare.
- Medlemmarna representerar flera olika branscher: bygg- och anläggningsbranschen, bagerier, livsmedelsindustri och grafisk industri är några av dem.
- Alna har sedan flera år ett särskilt team som har ansvar för kontakterna med de små medlemsföretagen.
- 2004 hade Alna 13 anställda motsvarande nio heltidstjänster (3 läkare, 2 sjuksköterskor, 3 sjukgymnaster, 2 yrkeshygieniker/arbetsmiljöingenjörer, 1 läkarsekreterare, 1 assistent och 1 kontorschef)
- De förebyggande insatserna gäller både den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön. Det innebär bland annat att Alna deltar i skyddsronder och informerar om systematiskt arbetsmiljöarbete, gör handlingsplaner, informerar och undervisar samt har kurser, temadagar och seminarier.
- Sedan november 2003 prövar Alna HMS-senter fyrdelat ledarskap. En sjuksköterska, en sjukgymnast, en arbetsmiljöingenjör samt kontorschefen har fördelat chefsansvaret mellan sig. Efter ett års försöksverksamhet ska projektet utvärderas.
- e-post. [alna.hms@pdo.no](mailto:alna.hms@pdo.no)



# Dramatisk utveckling i Danmark

BST Sjælland är en dansk företagshälsa med gedigen erfarenhet av att arbeta med företagshälsovård i små företag. Här har genomförts flera försöksprojekt som givit många nyttiga erfarenheter om hur ett sådant arbete kan bedrivas. Men nu är risken stor att den och annan kunskap skingras när hela BST-systemet (bedriftssundhets-tjenesten) stöps om till följd av en stor arbetsmiljöreform.

– Vår tjugoföråriga kunskap om BST-arbete baserad på en helhetssyn riskerar att gå förlorad, säger Conny Ransborg, direktör för BST Sjælland. Nu ska företagen själva stå för helhets-synen och vi kommer in först efter Arbejdstilsynens inspektion och påbud. Men en rådgivning baserad på tvång från myndigheterna har inte stora chanser att lyckas.

BST Sjælland befinner sig våren 2004 mitt i en dramatisk omvandling av dansk företagshälsovård. Lugnet inom enhetens väggar denna dag, i det som en gång var den lilla staden Sorø sjukhus, är bedrägligt. Den 1 januari 2005 inleds den officiella utvecklingen av nuvarande BST-system, men i praktiken har den redan startat.

Den här BST-enheten ägs av 870 företag och andra verksamheter. Men de vill inte fortsätta ägarskapet i det system för företagshälsovård som växer fram som en följd av arbetsmiljö-reformen. (Läs mer om reformen i kapitlet Utblick mot Europa.) Vem ska överta ägandet? Hur ska verksamheten bedrivas? Hur överleva på den nya, fria rådgivningsmarknaden? Det är frågor som sysselsätter Conny Ransborg.

BST Sjælland är resultat av en av de många fusioner som sedan 2002 halverat antalet BST-enheter i Danmark. BST Sorø och BST Frederiksborg slogs 2003 samman till en enhet för att bättre möta de krav som arbetsmiljöreformen kommer att ställa. De tidigare 40 konsulenter blev 20. Här finns specialkunskaper inom ergonomisk, psykisk, fysisk, kemisk och biologisk arbetsmiljö. Liksom de andra 24 BST-enheterna i landet är BST Sjælland certifierad av DANAK.

Av enhetens 870 medlemsverksamheter har 600 färre än tio anställda. I hela Danmark har över 90 procent av alla företag mindre än tio anställda. Femton procent av alla anställda arbetar i dessa mikroföretag, medan 30 procent av de sysselsatta återfinns i företag med mellan 5 och 20 anställda.

Liksom i Sverige är de små företagen olycksdrabbade. Fem gånger så många dödliga arbetsolyckor sker i verksamheter med mindre än fem anställda och dubbelt så många i företagsstorleken 5–20 anställda, jämfört med verksamheter med över hundra anställda (Arbejdstilsynet 1998).

Det nya systemet ger inga ekonomiska möjligheter att arbeta med de små företagen, anser Conny Ransborg. Redan tidigare när små företag inom riskbranscher varit obligatoriskt anslutna till BST-enheten, var lönsamheten låg. Telefonkontakter med småföretag är tidskrävande och att besöka dem slukar restid även på Sjælland där avstånden är förhållandevis korta.

– Om BST-enheten ska nå små företag måste den ha avsatt tid för uppgiften, kontakten

ska vara frivillig för företaget, det ska vara en samhällsuppgift och därmed offentligt finansierad, säger Conny Ransborg. En sjuk medarbetare kostar visserligen företaget pengar, men i en högre grad kostar det pengar för samhället. Därför är arbetsmiljö i första hand en samhällsfråga.

I rapporten ”God BST-service til små virksomheter – rapport fra et forsøgsprojekt i BST Frederiksborg”, utgiven av Casa 2001 (finns att hämta på [www.casa-analyse.dk](http://www.casa-analyse.dk)) beskrivs målande de svårigheter BST Frederiksborg möter när de ska kontakta drygt 350 småföretag. Byggtreprenörer är snudd på omöjliga att nå eftersom de knappast är på sina kontor under kontorstid, andra företagare är upprörda över att de betalat sin avgift till BST i årtal utan att få något tillbaka. Ytterligare andra är upptagna av det som småföretagare normalt är upptagna av: att försöka få verksamheten att gå ihop. Påminnelser om systematiskt arbetsmiljöarbete eller andra regler stiftade långt från deras vardag, är inte alltid välkomna. Men även om telefonkontakterna ibland präglas av företagarnas negativa inställning, uppskattar de ofta de personliga möten som uppstår när BST-konsulten kommer på besök.

I försöksprojektet, som finansierades av Arbejdstilsynet, arbetade BST Frederiksborg utifrån en strategi i två delar: Först skapades en personlig kontakt med småföretagaren, sedan kom den egenliga arbetsmiljöinsatsen.

Uppgiften ställde stora krav på BST-enhetens resurser. Av konsulterna krävdes en kompetensutveckling främst när det gällde förmågan att skapa en inledande kontakt, men också att hantera frågor inom andra specialområden än det egna. Den tvärfackliga kompetensen är avgörande eftersom de små verksamheterna värderar förtroende före specialistkunskaper. De vill ha problemlösningar här och nu, inte senare när en expert eventuellt kan passa in företagen i sin kalender.

I rapporten från projektet betonas nödvändigheten av breda insatser för att nå de små företagen. För dessa företag är arbetsmiljön en integrerad del av det dagliga arbetet och knappast en självständig uppgift. Ordet arbetsmiljö används sällan. Åtgärder vidtar man om de visar sig förnuftiga.

För att vinna småföretagens förtroende räcker det varken med en besöksrunda, temadagar eller en informationskampanj. Det behövs en hel rad metoder och aktiviteter för att nå och engagera de små företagen i ett förebyggande arbetsmiljöarbete. Här är några viktiga inslag, enligt BST Frederiksborgs erfarenheter:

- Fasta kontaktpersoner
- Introduktionsbesök för att etablera dialog med verksamheterna
- Telefonjour för småföretagen
- Temadagar
- Informationsstrategi
- Nätverksbyggande

Det är också viktigt att arbetet med de små företagen är en gemensam uppgift för hela BST-enheten, då finns förutsättningar för att erfarenheterna kommer att leva vidare i den dagliga verksamheten.

Men istället för lösningar som möter det enskilda företagens speciella problem och önskemål prioriterar det nya arbetsmiljösystemet patentlösningar, menar Conny Ransborg. Alla företag ska leva upp till samma minimikrav och alla företag ska inspekteras på samma vis ge-

nom ett besök från Arbejdstilsynet. Oavsett om verksamheten är stor eller liten.

BST Sjælland har drivit flera projekt i förhållande till små företag. Nyligen har ett projekt om säkerhet och ordning avslutats, som rosats av de små företagen. De har fått konkreta råd om hur de praktiskt ska gå tillväga för att förebygga olyckor. Ett projekt har resulterat i en handbok om hur man kan arbeta med den psykiska arbetsmiljön i en liten verksamhet ”En stor familie” (finns också på [www.casa-analyse.dk](http://www.casa-analyse.dk)).

–Vi kommer att försöka hålla fast kontakten med våra små företag även i framtiden genom att ge dem ett erbjudande om ett kontrakt med löpande telefonrådgivning och ett arbetsplatsbesök, säger Conny Ransborg.

Idag arbetar enheten av lönsamhetsskäl främst med de större medlemsföretagen. Arbeta i förhållande till de små företagen har de helt enkelt inte råd att bedriva. I framtiden är inte ens de stora företagen givna BST-kunder. Conny Ransborgs gissning är att många större företag kommer att anställa interna säkerhetsrådgivare snarare än att använda extern rådgivning. Konkurrensen på rådgivningsmarknaden kommer att öka. Conny Ransborg förutspår en helt ny struktur för arbetsmiljörådgivning med specialfirmor som behärskar en del av arbetsmiljön. Får ett företag, stort eller litet, påbud om exempelvis bullerproblem kommer uppdraget troligen att gå till den som billigast kan erbjuda rådgivning och problemlösning. De företag som har råd kommer att satsa på arbetsmiljöcertifiering för att slippa Arbejdstilsynens inspektioner. Enskilda rådgivare och experter kommer att åtgärda enskilda problem, är hennes farhåga. Vad händer då med det breda förebyggande arbetsmiljöarbetet, med helhetssynen?

– Tidigare skötte BST-enheterna en stor samhällsuppgift, säger hon. Företag och andra verksamheter betalade in sin obligatoriska medlemsavgift, som närmast jämfördes med en form av skatt, och ut ur systemet kom förhoppningsvis bättre arbetsmiljö. Visst kommer BST att finnas kvar i framtiden men vi kommer att vara helt beroende av efterfrågan.





# Att sälja relationer och kunskap

Inom Haluxakoncernen, som har enheter på sju orter i Mellansverige föredrar man ordet arbetshälsovård framför företagshälsovård. Man gör allt för att slippa bli associerade med vård och omplåstring och i marknadsföring och kundkontakter talar man mycket om arbetsplatsutveckling för lönsamhet och effektivitet.

Vi säljer relationer och kunskap, säger Christina Rasmusson, platsansvarig för Haluxa i Kumla och Hallsberg. Enheten i Kumla delar lokaler med vårdcentralen i ett enplans vinkelhus i stadens utkant.

Där har Haluxa i Kumla hållit hus sedan koncernen 1992 tog över Kumla-hälsan AB. På mattan i entrén hälsar fortfarande Kumlahälsan välkommen.

– Men mattan ska bytas ut! säger Christina Rasmusson.

Det uppskattas av Haluxas VD Charlotta Wikström som tycker att skyltstället med patientinformation innanför entrén snabbt ska gå samma väg.

–Vi är ingen vårdcentral.

### Arbetsplatsutveckling

Haluxa är företagshälsovårdskoncernen som nogsamt undviker att använda begreppet företagshälsovård. I marknadsföring, på webben, i kundkontakter och andra utåtriktade sammanhang talar företaget om arbetsplatsutveckling, hälsoutveckling och ibland ”arbetshälsovård”. Mottot för verksamheten är ”Arbeta med glädje” och målet att bli ledande inom personalstrategi- och arbetsmiljöområdet.

Likt många andra i branschen är Christina Rasmusson och hennes chef övertygade om att ju snabbare man kan bli kvitt vårdbiten i namnet desto bättre. Ordet ger associationer till hälsokontroll och sjukdom och till det som Christina Rasmusson och Charlotta Wikström kallar den traditionella bilden av företagshälsovård som ”plåstrar om vid arbetsplatsolyckor”.

Detta betyder inte att de vill att vårdkompetensen ska försvinna ur bilden. Men det gäller att framhålla vad man kan bidra med när det gäller arbetsorganisation, chefsutveckling, relationsproblem och andra ”mjuka” frågor. Christina Rasmusson talar om dubbla ingångar.

–Vår styrka är att vi kan gå in i företaget genom två dörrar. Vi kan gå in genom ena dörren för att arbeta med chefsutveckling, ledarskap och klimatet på jobbet. Sådant kommer det mer och mer av. Genom den andra dörren kan vi gå in och ta hand om de fysiska arbetsmiljöproblemen.

Haluxa i Kumla har 18 anställda med alla branschens yrkeskategorier representerade. Men tjänsten som kundansvarig för marknadsföring och tjänsteförsäljning som man haft i flera år avskaffades efter en kundundersökning.

–Vi frågade våra kunder i fjol vem eller vilka de vill träffa från oss. Ingen ville träffa en säljare.

Då beslutade personalen att tillsammans ta hand om säljarbetet själva i de två team man

arbetar i. En i teamet är teamledare och huvudansvarig för marknadsföring och säljarbete vid sidan av ordinarie uppgifter. Alla ska kunna tala för varan men alla behöver inte ägna sig åt kunddiskussioner om avtal och ekonomi.

– Vi säljer in vår kompetens, kunskap och relationer. Räkandet är mitt ansvar, säger Christina Rasmusson.

### **Mer uppmärksamhet till de små**

Haluxa i Kumla har 54 anslutna företag med sammanlagt omkring 4 000 anställda.

Merparten av dem är små eller medelstora men det dagliga arbetet har hittills dominerats av de stora, framför allt Ericsson med för närvarande 850 anställda och av Kumla kommun med 1 700 anställda. Nu ska de små företagen få mer uppmärksamhet.

– Vi har varit dåliga på att tala om för dem vilka tjänster vi kan erbjuda. Men det är viktigt att vårda även de kontakterna. Vi kommer att söka upp dem aktivt för att ta reda på vad de skulle vilja ha hjälp med. Vi vill bland annat visa att vi kan hjälpa till att vända skutan när det gäller ohälsa och sjukskrivningar.

Insikten att de små företagen behöver mer uppmärksamhet är inte ny men nu ska den sätta mer spår i verksamheten. Det är sårbart att vara beroende av några få stora kunder.

– Det kan vända snabbt, som med Ericsson här i Kumla som för tre år sedan hade 4 000 anställda.

Då är det bra att ha fler ben att stå på även om de är små.

För Haluxa liksom för alla andra i branschen är det tidskrävande att ägna sig åt de små företagen. Det problemet får man leva med. Statsbidrag är inte lösningen, tror Christina Rasmusson.

– Om de bestämmer sig för att köpa tjänster av oss ger det inkomster. Så måste man se det.

Hon konstaterar också att det är vanligare nu än för några år sedan att småföretagen som hängt med i årtal hör av sig och vill veta vad de får ut av medlemskapet.

– De undrar om de är tvungna att vara med och ifrågasätter oss som en onödig utgift när kostnader ses över.

Medlemsföretagen har först och främst medlemspris på alla tjänster.

– Vi gör förstås hälsokontroller men vill intressera dem för annat också, säger Christina Rasmusson. När de anlitar oss följer vi upp med statistik. Varje företag har en egen kontaktperson hos oss som kontaktar dem minst ett par gånger per år. Allt fler blir intresserade av våra rehabiliteringstjänster. Däremot tycker många att det är för dyrt att låta oss hjälpa till med det systematiska arbetsmiljöarbetet även om vi gärna gör det.

De får också fri telefonkonsultation hos alla utom hos läkaren i femton minuter per samtal. Blir samtalet längre börjar det kosta. De får Haluxas kvartalstidning och kommer i fortsättningen att bjudas in till de kundråd som man tidigare bara bjudit in större företag till. Från och med i år kan de också få en försäkringslösning som ger en gräddfil rätt in i världen.

– Det passar för företag som inte har råd att avvara en enda person. Det är till exempel många små företag som måste ha snabb hjälp när gubbarna är sjuka och de inte kommer fram till vårdcentralen.

## Hälsoutveckling i Kumla

Mikael Wennerström, är en av de två teamledarna med marknadsansvar hos Haluxa i Kumla. Han är hälsoutvecklare, utbildad i Örebro, och har arbetat på Haluxa sedan hösten 2001. En stor del av arbetstiden tillbringar han i kommunens tjänst i satsningen ”Friskare kommuner” som drivs av Kommunförbundet och sju kommuner. Han tycker han har ett spännande uppdrag att förbättra hälsoläget bland de 1 700 kommunanställda. Fast det är inte alltid så lätt att få genomslag för budskapet om hur mycket god arbetsorganisation betyder för hälsan och hur mycket man vinner i längden som individ på att stressa mindre, äta vettigt och motionera. En hälsokartläggning av alla anställda ska ge underlag för framtida insatser. Arbetet ger långsamt frukt och sjukfrånvaron bland de kommunanställda har planat ut.

– Det är en långvarig process eftersom det handlar om förändringar på lång sikt, säger han.

Han har egen erfarenhet av att företaget är trögt i portgången för hälsofrämjande och hälsoutveckling.

– Det är ofta det första man skär ner på när organisationen ska spara. Det gjorde Ericsson där jag fick mitt första jobb efter utbildningen innan jag kom till Haluxa.

Han har inget emot att anlitas i liten skala.

– Jag har ofta varit på små företag och föreläst om livsstil, motion och arbetsklimat. Det är lika viktigt på små arbetsplatser. Vi kan hjälpa de små företagen att lyfta blicken och förstå att även de tjänar på att investera i hälsa genom förebyggande arbete.

- Haluxa Kumlahälsan hade 54 anslutna företag våren 2004.  
De hade sammanlagt 4 000 anställda.
- 39 företag hade upp till 50 anställda.
- 13 företag hade upp till 250 anställda.
- 3 företag hade fler än 250 anställda.
- Företaget bildades 1994.
- Haluxa har tio enheter på sju platser: Hallsberg, Katrineholm, Karlskoga, Laxå, Kumla, Örebro och Finspång.
- 110 Haluxaanställda arbetar med 500 kundföretag som sammanlagt har 40 000 anställda.



# Viktiga vägval väntar

## Företagshälsovårdens framtid

Hur ska morgondagens svenska företagshälsovård se ut? Vad vill staten? Vad behöver företagen och deras anställda? Vad vill branschen? Idag finns inget enkelt svar eftersom ett tydligt uppdrag saknas.

Ska företagshälsovården ges ett otvetydigt samhälleligt mandat, kombinerat med finansiellt stöd, för att verka som en strategisk resurs i arbetet för god folkhälsa och god arbetsmiljö?

Eller ska rollen som aktör på en konkurrensutsatt marknad renodlas?

Ska företagshälsovården som nu slåss för överlevnad på en kommersiell marknad samtidigt försöka leva upp till samhälleliga förväntningar på att arbeta förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande?

Det är alltid svårt att sja om vad som komma skall och särskilt svårt är det när detta skrives. Ännu en i den långa raden av utredningar sedan 1960-talet arbetar just nu (2004) med frågor kring företagshälsovårdens framtid.

Ska de anställdas tillgång till företagshälsovård regleras i en lag om obligatorium oavsett hur arbetsförhållandena i praktiken ser ut?

Ska kvalitetssäkring också bli obligatorisk?

Hur ska framtidens behov av kvalificerad personal säkras?

Vem ska ansvara för utbildning av företagshälsovårdens personal?

Hur ska utbildningen organiseras, bedrivs och dimensioneras?

Hur ska företagshälsovårdens kompetens användas på bästa sätt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen?

Det är några av de frågor, som utredningen ska besvara till årsskiftet 2004/2005.

Viktiga vägval väntar alltså för svensk företagshälsovård.

Och förutsättningarna för företagshälsovårdens verksamhet kan förändras mycket snabbt.

Det visar exemplet Danmark. Där har ett regeringsskifte och en arbetsmiljöreform på kort tid medfört en genomgripande strukturförändring. Hela företagshälsovårdsbranschen har tvingats till snabba förändringar: Från förebyggande företagshälsovård i riskbranscher med obligatorisk anslutning till en, av flera, aktörer på en marknad för rådgivning kring arbetsmiljön.

## Vem ska bestämma vad?

Vem eller vilka ska bestämma vad företagshälsovården ska innehålla? Ska marknadens krav och kundernas efterfrågan eller samhällsintressen styra? Hur ser i så fall kopplingen ut mellan arbetsmiljölagens krav, lagstiftarens intentioner, kundernas efterfrågan och företagshälsovårdens utbud?

Arbetsmiljölagen ger företagshälsovården ett betydande ansvar för att bland annat "förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser". "Det är ingen liten eller oväsentlig samhällsuppgift som ansvarsmässigt lagts på en huvudsakligen privat bransch, som just haft att anpassa sig till nya existentiella förutsättningar", skriver Peter Westerholm och Göran Bostedt i kapitlet "Kan företagshälsovården lösa sjukskrivningskrisen?" ur "Den höga sjukfrånvaron – Sanning och konsekvens", utgiven av Folkhälsoinstitutet 2004.

Hur ser företagshälsovårdsbranschen på denna samhällsuppgift? Vilka visioner har branschen för verksamheten utöver det självklara affärsmässiga målet att sälja tjänster?

Frågan är om företagshälsovården kan förväntas ta ett stort ansvar för uppgiften att minska

sjukskrivningarna och främja arbetsmiljön utan någon form av statligt stöd. Det blir en tuff situation för många i denna konkurrensutsatta bransch om de måste lägga resurser på att erbjuda tjänster som samhällsnyttan och folkhälsan kräver, men som marknaden inte efterfrågar.

Hur viktig är då företagshälsovården i kampen mot sjukskrivningar och arbetsrelaterad ohälsa? Mycket viktig, hävdas till exempel i utredningen ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet”, SOU 2002:5. Den beskriver företagshälsovården som en strategisk resurs för arbetsgivaren. Det är den enda rikstäckande verksamheten med ingående kunskap om enskilda arbetsplatser och bred kompetens att vidta åtgärder. Det är därför också den specialistresurs som bäst kan bedöma behov av anpassning av arbetsförhållanden vid till exempel rehabilitering.

Samtidigt kan man konstatera att det finns få vetenskapligt publicerade studier som visar att insatser från företagshälsovården verkligen påverkar sjukfrånvaron i arbetslivet. Det framgår bland annat i rapporten ”Den höga sjukfrånvaron”, utgiven av Folkhälsoinstitutet 2004.

### Lagstiftning eller frivillighet

Frågan om obligatorisk anslutning till företagshälsovården har diskuterats i decennier. Ska arbetsmiljölagen kräva att alla företag oavsett inriktning och storlek ska vara anslutna till företagshälsovården? LO tillhör de främsta förespråkarna för den linjen liksom utredningen ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” som föreslog att ”företagshälsovård ska finnas utan inskränkning” och tillgänglig även för arbetslösa.

Men företagshälsovårdsbranschen ställer sig avvisande. Risken är att lagstiftning skapar en falsk trygghet och bäddar för en ”marknad för avlatsbrev” där företag lever upp till lagen i teorin men inte i praktiken. Hellre vill branschen ha skärpt lagstiftning, ökad tillsyn från arbetsmiljöinspektionen och kvalitetsauktorisering.

Andra argument mot obligatorium liknar dem som framförs i bland annat Danmark: Tvång försvarar. Rådgivning och förebyggande arbetsmiljöarbete sker bäst mellan två jämställda parter i ett obundet förhållande.

Vad skulle vinnas med en lagstiftning om obligatorisk företagshälsovård? Det är naturligtvis avhängigt hur statsmakterna ser på företagshälsovårdens uppgift. Den omedelbara vinsten är att alla arbetstagare – på papperet – skulle få tillgång till företagshälsovård. Frågan är bara vad den i så fall skulle innehålla. En ännu större fråga är hur snabbt företagshälsovården skulle kunna möta efterfrågan. Uppbyggandet en organisation som skulle täcka behovet vid obligatorisk företagshälsovård sker inte från en dag till en annan.

Självklart måste obligatorisk anslutning kombineras med kraftigt utökad utbildning av företagshälsovårdens personal. En uppgift som inte blir lättare av att branschen står inför ett generationsskifte. Medelåldern är hög och stora pensionsavgångar väntar de närmaste åren. Utredningen ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” förutser kapacitetsproblemen och menar att det kan lösas genom någon form av övergångsregler.

Ytterligare en fråga är hur obligatoriet ska följas upp. Hur ska laglydigheten kontrolleras?

Närmare till hands än obligatorisk anslutning ligger kanske obligatorisk rådgivning och stöd till företagets systematiska arbetsmiljöarbete. Då handlar det om företagshälsovårdens kärnområde, det förebyggande arbetet. Frågan i detta fall är om företagen behöver och vill ha sådan rådgivning och om företagshälsovården är intresserad av att tillhandahålla den.

## Småföretagens situation

Små företag är i hög grad olycksdrabbade, särskilt av olyckor med dödlig utgång. Samtidigt är arbetsmiljöarbetet bristfälligt i många småföretag och anslutningen till företagshälsovården låg (se kapitlet Småföretag – vad är det?). Här borde företagshälsovården kunna bidra till en förändring. Bland annat framhålls i utredningen ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” att företagshälsovården är den instans, som har bäst förutsättningar att stödja de små företagen i deras förebyggande arbetsmiljöarbete. Det finns flera exempel från både Sverige och Danmark på framgångsrika projekt för att stärka arbetsmiljöarbetet i småföretag med hjälp av företagshälsovården. De visar att det är möjligt att driva sådana projekt med lönsamhet. Men att bara hitta de rätta metoderna räcker inte. I rapporten ”Småföretag och företagshälsovård” är slutsatsen att dagens resurser och metoder i alla fall inte räcker till för att merparten av de små företagen ska leva upp till lagens krav.

Samtidigt visar exempel från våra grannländer att obligatorisk anslutning inte är någon garanti för att små företag verkligen får del av en adekvat företagshälsovård. Om statsmakterna överväger en sådan obligatorisk anslutning bör man kanske i första hand inrikta sig på att det – som i Norge – ska gälla vissa riskbranscher. Även med den begränsningen är det svårt att uppfylla obligatoriet.

## Finansiering

Som nämnts ovan är finansieringen avgörande för företagshälsovårdens framtid. Detta gäller särskilt för dess arbete i de små företagen, som enligt alla bedömare inte är möjligt utan samhällsstöd i någon form. Eftersom både efterfrågan och lönsamhet brister, innebär alla initiativ i förhållande till småföretag från företagshälsovårdens sida kostnader. Det innebär att företagshälsovård för småföretag försvinner från en fri marknad på grund av bristande ekonomiska incitament. Om samhället anser att företagshälsovård i små företag är en angelägen uppgift kan man inte lägga ett sådant samhällsansvar på marknadsstyrda företagshälsovårdsenheter, utan finansiellt stöd.

Företagshälsovården behöver å sin sida stärka sin kompetens i småföretagarfrågor inför framtiden, för att i större utsträckning nå denna grupp. Det krävs förståelse för småföretagens affärsverksamhet, organisation, produktionsförhållanden och arbetssätt för att kunna bistå i arbetsmiljöarbetet. Utbildning behövs, kanske i form av nya utbildningar kring just arbetsmiljö och småföretag.

Å andra sidan: Samtidigt som dödsolyckorna är många så visar små företag en god statistik vad gäller sjukfrånvaro. Hur viktigt är det då ur samhällelig synpunkt att de är anslutna till företagshälsovården?

Småföretagen är dessutom en heterogen grupp med skiftande riskpanorama och varierande arbetsmiljöproblem. Detta faktum väcker frågor: Hur ska små företag i mängder av branscher kunna erbjudas branschpassat arbetsmiljöarbete? Är det dags att återuppliva branschhälsorna?

Ska företagshälsovården vara beredd att erbjuda tjänster utan reguljära avtal i större utsträckning än idag? En uppskattad insats vid ett akut behov visar kompetensen och bäddar kanske för en fortsättning. Eller räcker det att små företag får en rejäl genomgång av arbetsmiljön vart tredje eller vart femte år?

## Verksamhetens innehåll

Vilka tjänster ska företagshälsovården erbjuda i framtiden? Ska innehållet styras av företagens efterfrågan eller av statsmakternas ambitioner kring arbetsmiljöarbetet? I dag styrs, enligt branschens företrädare, innehållet i stor utsträckning av efterfrågan.

Man arbetar ofta med arbetsrelaterad ohälsa på individnivå – mera sällan inkluderar företagshälsovårdens åtgärder hela arbetsplatsen. Här finns utrymme för utveckling av kundnyttan och ”kundskapen”. Efterfrågan på hälsokontroller och livsstilsprogram skulle kunna användas som språngbrädor för att utveckla insatser mot generella hälsofrämjande insatser och systematiskt arbetsmiljöarbete.

Men kanske bör företagshälsovården främst bidra till ett friskare arbetsliv genom att stärka sin kärnverksamhet och koncentrera sig på arbetslivsinriktad rehabilitering och på att vara expertresurs i det förebyggande fysiska och psykosociala arbetsmiljöarbetet?

Flera uttalanden i olika projekt- och intervju rapporter tyder på det att det senare kanske ligger närmast till hands. Kunder uttrycker farhågor kring att företagshälsovården greppar över för mycket och branschens legitimitet inom områden som verksamhets- och organisationsutveckling är fortfarande svag, åtminstone bland mindre företag.

Å andra sidan: Flera branschföreträdare är övertygade om att en framgångsrik framtida verksamhet kräver ett förändrat tänkande och agerande. Annars dör branschen utkonkurrerad av nya aktörer som håller på att ta sig in på marknaden. Detta kräver att företagshälsovården styr bort från det traditionella arbetet med hälsokontroller och arbetsmiljörisker i centrum. I stället måste man mycket mer visa att företagshälsovården är en resurs att räkna med när det handlar om de mjuka frågorna i arbetslivet.

## Roll i folkhälsoarbetet

Rimligtvis borde företag som är anslutna till företagshälsovård och arbetar förebyggande ha lägre sjukfrånvaro än andra jämförbara företag. Men som nämnts tidigare är det svårt att hitta vetenskapliga belägg för att anslutning till företagshälsovård påverkar företagens sjukskrivningstal. Sjukskrivna tycks ha tillgång till företagshälsovård i samma utsträckning som andra.

Därför är det angeläget att företagshälsovården utvecklar verktyg som kan visa effekter av dess insatser. Sådana effektmätningar är alltid svåra att genomföra på ett tillförlitligt sätt. Det pågår dock arbete med att ta fram sådana system och några är redan i bruk men än så länge i liten skala.

## Forskning, utveckling och utbildning

Arbetslivsforskning med anknytning till företagshälsovården bedrivs bland annat av Arbetslivsinstitutet och vid landets yrkesmedicinska kliniker bedrivs forskning inom det yrkesmedicinska området.

Glappet mellan forskning och praktik inom företagshälsovården är dock stort och det förekommer ingen forsknings- och utvecklingsverksamhet inom området. Även här är finansieringen viktig. I den tidigare nämnda rapporten ”Den höga sjukfrånvaron” förespråkas offentlig finansiering, mer utbildning, forskartjänster och stöd till FoU. Det behövs om man vill råda bot på kunskapsbristen och om företagshälsovården ska kunna utvecklas.

Forskning skulle kunna knytas ihop med företagshälsovårdens praktik och belysa viktiga



frågor som exempelvis företagshälsovårdens effekt på sjukskrivningstalen. Forskning inom området skulle kunna bli en viktig faktor för att lyfta företagshälsovården ur den visionslösa affärsmässigheten. Ingen annanstans finns så mycket samlad kunskap och så mycket siffror över individers hälsa med ett arbetsplatsperspektiv som hos företagshälsovården.

Ett stort generationsskifte kommer snart att ske inom företagshälsovården. Detta tillsammans med nya och förändrade krav på personalens kunskap och kompetens ställer stora krav på utbildningen av personal för området. En stor del av personalen har medicinsk bakgrund och det råder brist på för området lämpligt utbildade beteendevetare.

Antalet verksamma arbetsmiljöingenjörer har minskat kraftigt under de senaste åren, inom vissa regioner med upp till 30–40 procent, enligt Göran Bostedt i ”Strategier för arbetsmiljöarbete”. Detta trots att marknaden i form av företagsledning och skyddsombud efterfrågar hjälp med inomhusluft, belysning, buller och liknande tekniska arbetsmiljöproblem.

### **Är ordet ”företagshälsovård” föråldrat?**

Är det dags att byta namn och ersätta ordet ”företagshälsovård” med något annat? Det finns flera skäl att tänka i sådana banor anser många. Ett skäl att ordet ger associationer till vård och sjukdom och medverkar till att styra förväntningarna mot individinriktade åtgärder.

Haluxakoncernen är ett exempel på hur man i branschen funderat över namnet. Där tror man att begreppet är borta om tio år och undviker sedan flera år ordet företagshälsovård som helt tagits bort i presentationer och i marknadsföring.

### **Kvalitetssystem och kvalitetsuppföljning**

Företagshälsovården nämns i lagar och föreskrifter som en kompetent resurs inom arbetslivet. Flera utredningar anger företagshälsovården som en viktig aktör för att påverka ohälsotalen utifrån arbetsplatsernas perspektiv. Mot den bakgrunden borde det vara intressant ur samhällsperspektiv att bygga ut ett system för kvalitetsuppföljning av företagshälsovården med samhällsnyttan som utgångspunkt. Fortsatt utveckling av systemet för god praxis (se kapitlet Företagshälsovård idag) kan ses som en led i ett sådant arbete.

Ytterligare en förutsättning för kvalitetskontroll är utveckling av ett branschregister. Det behöver inte vara så komplicerat att införa. Grunden finns redan i det nuvarande systemet för kvalitetssäkringen. Därutöver behövs en myndighetsfunktion som kontinuerligt uppdaterar förteckningen över de certifierade företagen.

Men det är viktigt att fler företag kvalitetssäkras än de omkring 40 procent som är certifierade och de ungefär lika många som arbetar på att bli det. Det är en trygghet för både branschen och kunderna att det finns papper på att ett antal grundläggande kriterier är uppfyllda.

Man kan också tänka sig en statlig auktorisation hanterad av Arbetsmiljöverket, vilket Peter Westerholm och Göran Bostedt föreslår i ”Företagshälsovård i förändring”. Alltså ett offentligt myndighetsansvar till skillnad från den nuvarande marknadsorienterade certifieringen. Auktorisationen skulle vara en del i ett nytt system där företagshälsovårdens roll i förhållande till både kundföretag och samhälle har klargjorts och där arbetsgivare som visar en bra organisation för ledning av hälsa och säkerhet premieras med kraftigt sänkt arbetsgivaravgift.

## Till sist

Företagshälsovården har genomgått drygt ett decennium av stålbad. Trots allt har många enheter överlevt stora ekonomiska och organisatoriska förändringar både i samhället och i den egna verksamheten. Det har skett bland annat till priset av förlorad specialkunskap som skingrades när branschhälsorna försvann. Lösningen ligger inte i att försöka bygga upp nya branschhälsor men däremot kan man samla kunskap i form av partsgemensamma branschråd. De kan fylla tomrummen efter branschhälsorna och även driva branschgemensamma frågor mellan företags- och samhällsnivå.

Kanske är nu företagshälsovårdsbranschen, med breddad kompetens i form av nya yrkesgrupper som hälsoakademiker och hälsoutvecklare, redo att genom utbildning och förändrat arbetsätt möta såväl stora och småföretags behov som samhällets krav. Det handlar både om att svara på den växande efterfrågan på att främja det friska, om rehabilitering och om systematiskt arbetsmiljöarbete för bättre fysisk och psykisk arbetsmiljö.

Men den viktigaste frågan är ändå hur företagshälsovården ska betraktas: Som en marknadsbaserad och kommersiell företeelse som förser de som betalar med efterfrågade tjänster? Eller som ett system i samhällsnyttans tjänst? Det vägvalet är ett politiskt beslut som statsmakten måste göra.



## Referenser

(Titlarna kan alla sökas hos Arbetslivsbiblioteket)

*Om arbetares sjukdomar*, Bernardini Ramazzini, Stockholm 1960

*Företagshälsovård*, SOU 1968:44

*Arbetsmiljö och hälsa vid småföretag*. Olav Axelsson, Inger Fagerlund, Magnus Rehn, Berit Ydreborg, Läkartidningen nr 42, 1971

*Företagshälsovård för alla*, SOU 1983:32

*Företagshälsovården i Sverige 1987*, Arbetarskyddsstyrelsen

*Företagshälsovården i Sverige 1990*, Arbetarskyddsstyrelsen

*Företagshälsovård i omvandling*, DS 1990:42

*Arbete och hälsa 1990*:31

*Intervention and cooperation*, Ewa Menckel

*Företagshälsovårdsutredningen*, 1992

*Från sidovagn till integrerat arbetsmiljöarbete*, Kaj Frick 1994

*Företagshälsovård utan statsbidrag*, Statskontoret 1994:17

*Kvalitetssäkringssystem för företagshälsovården*, Arbetslivsinstitutet 1995

*Svenska Företagsläkarföreningen 50 år*, Kaj Heijman, 1996

*Företagshälsovården idag*, Statskontoret 1997:2

*Strategier för arbetsmiljöarbete*, Göran Bostedt, Mitthögskolan 1998

*Företagshälsovård – en resurs i samhället DS 1998:17*, Arbetsmarknadsdepartementet

*Regeringens proposition 1998/99:120*

*Opsøgende arbejdsmiljøarbejde i små virksomheder – ideer til at gå igang*. Peter Hasle, Hans Jørgen Limborg, Arbejdstilsynet, København 1998

*Internkontroll i små företag. Verklighet och visioner*, Ann-Beth Antonsson, Malin Nilsson, Ola Hansén IVL-rapport B1291 1998

*Att informera om arbetsmiljö i mindre företag*, Jan Bäck, IVF 1999

*Hälsöfrämjande processer på arbetsplatsen*, Ewa Menckel & Lars Österblom, Arbetslivsinstitutet 2000

*Arbete och hälsa 2000*, S. Marklund red.

*Strategier för arbetsmiljöarbete*, Göran Bostedt, Mitthögskolan Sundsvall, 2000

*Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland.* Finnish Institute of Occupational Health 2001

*Systematiskt arbetsmiljöarbete*, AFS 2001:1

*Utnyttja företagshälsövården bättre*, Statskontoret 2001

*Good Occupational Health Practice*, Ministry of Social Affairs and Health, Finnish Institute of Occupational Health, 2001

*God BST-service til små virksomheder – rapport fra et forsøgsprojekt i BST Frederiksberg*, CASA Köpenhamn 2001

*Systematiskt arbetsmiljöarbete- en vägledning*, Arbetsmiljöverket 2001

*Arbetslivsinstitutets årsredovisning 2002*

*Fri, frisk, framgångsrik*, Annika Gelin och Anette Holm, Prevent 2002

*Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*, SOU 2002:5

*Fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete i små företag – erfarenheter från 45 små arbetsställen*, Lena Birgersdotter, Lisa Schmidt, Ann-Beth Antonsson, IVL-rapport B1475, 2002

*Arbetsmiljöarbete i små företag. Kartläggning och slutsatser*, Rapport från Arbetsmiljöforum 2002

*Health and Safety in Small Enterprises. European strategies for managing improvement*, David Walters, Saltsa 2001

*Analys av effekterna av nuvarande kvalitetssystem*. Slutrapport Arbetsmiljöverket/Arbetslivsinstitutet 2003

*Långtidsfrisk*. Johnny Johnsson, Anders Lugn, Birger Rexed, Ekerlids förlag 2003

*Arbetsmiljö- och hälsoarbete i småföretag – försök till helhetsbild*, Sten Bornberger-Dankvardt, Carl-Göran Ohlson, Peter Westerholm, Arbetslivsinstitutet 2003

*Arbetsmiljön i små företag. Information om utbildning och arbetsmarknad 2003.1*, Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån

*Företagshälsovård i förändring*, Peter Westerholm och Göran Bostedt, ur "Framtidens Arbetsmiljöarbete" (Red: Jan Johansson och Kaj Frick), Studentlitteratur, Lund 2004

*Kan företagshälsövården lösa sjukskrivningskrisen?*, Peter Westerholm och Göran Bostedt, ur Den höga sjukfrånvaron – Sanning och konsekvens, Folkhälsoinstitutet 2004

*Erfarenheter från träffpunkt Sörmland*, Prevent 2004

## Intervjuer

*Ann-Beth Antonsson*, tekn.dr, avdelningschef, IVL, e-post: ann-beth.antonsson@ivl.se

*Sten Bornberger-Dankvardt*, arbetsmiljöingenjör och verksamhetsansvarig, Småföretagsenheten, Örebro, e-post: sten.b-dankvardt@orebroll.se

*Lars Bohlin*, vd, Svensk Företagshälsovård, e-post: lars.bohlin@svensk.fhv.se

*Anders Englund*, överläkare, Arbetsmiljöverket, e-Post: anders.englund@av.se

*Kaj Frick*, forskare, Arbetslivsinstitutet, adjungerad professor vid Luleå Tekniska Universitet, e-post: kaj.frick@arbetslivsinstitutet.se

*Erik Flemström*, utredare, arbetslivsinstitutet, e-post: erik.flemstrom@arbetslivsinstitutet.se

*Annika Hultin*, avdelningsdirektör, Arbetsmiljöverket, e-post: annika.hultin@av.se

*Kaj Husman*, professor, Institutet för arbetshygien, Helsingfors, e-post: kaj.husman@ttl.fi

*Peter Westerholm*, professor, Arbetslivsinstitutet, e-post: peter.westerholm@arbetslivsinstitutet.se

*Arve Lie*, överläkare och rådgivare, Statens arbeidsmiljöinstitut , Oslo, e-post: arve.lie@stami.no

*Hans Jørgen Limborg*, forskningschef, CASA, e-post: hjl@casa-analyse.dk

*Leo Mathiasen*, fullmäktig, Arbejdstilsynet, Köpenhamn, e-post: lm@at.dk

*Peter Hasle*, lektor, Institut for produktion og ledelse, Danmarks Tekniske Universitet, e-post: pha@ipl.dtu.dk









Vad kännetecknar god företagshälsovård? Hur kom det sig att företagshälsovården byggdes upp? Varför avvecklades så många företag inom branschen under 1990-talet? Hur har man organiserat och hur använder man företagshälsovård i andra europeiska länder? Vilka vägval står – och ställs – branschen inför de närmaste åren?

Dessa frågor och många fler diskuteras i denna bok som är tänkt att utgöra ett studiematerial i Arbetslivsinstitutets utbildning för företagshälsovårdspersonal. Den tar även upp småföretagens arbetsmiljöarbete och anslutning till företagshälsovård, områden som är eftersatta både i Sverige och övriga Europa.

Boken riktar sig också till dem som vill sätta sig in i företagshälsovårdens utveckling, inte minst inför de strategiska val som väntar. Både de europeiska och de svenska erfarenheterna som lyfts fram i boken är intressanta att ta del av inför kommande avgöranden.

SAL TSA är ett samarbetsprogram mellan Arbetslivsinstitutet, LO, TCO och SACO för arbetslivsforskning och kunskapsutveckling.

Programmet har ett europeiskt perspektiv på utvecklingen av politik och praktik inom områdena arbetsmarknad, arbetsorganisation och arbetsmiljö, med svenskt arbetsliv i fokus.

Det tar egna initiativ till projekt, följer dess genomförande samt för ut forskningsresultaten till praktiker och beslutsfattare.

SAL TSA startades år 1997 och har fram till år 2003 levererat ett 60-tal forskningsrapporter och skrifter. Det har nu förlängts och pågår till och med år 2007. Programarbetet leds av ordföranden i de tre fackliga centralorganisationerna och myndighetens generaldirektör. Mer information om programmet kan hämtas från [www.arbetslivsinstitutet.se/saltsa](http://www.arbetslivsinstitutet.se/saltsa)

