



**LUNDS**  
UNIVERSITET

VT 2006

Ekonomihögskolan

Institutionen för handelsrätt

HAR 137 Självständigt arbete

# Företagshälsovården

&

# Sjukfrånvaron

– en översyn

Handledare:

Lea Hatzidaki-Dahlström

Författare:

Max Bauer

## Sammanfattning

I perioden 1997-2003 ökade sjukfrånvaron i Sverige marknad och sjukfrånvaroproblematiken blev en politiskt viktig fråga. En rad utredningar initierades av staten varav flera avsåg företagshälsovårdens roll i sjukfrånvaroproblematiken. I takt med att ökningen i sjukfrånvaron fick allt mer uppmärksamhet i media intensifierade staten sina försök att hejda ökningen, och sjukfrånvaroproblematiken flyttades högre upp på den politiska dagordningen.

Uppsatsen syftar på att granska företagshälsovården och dess roll i samhället som ett verktyg i kampen mot ohälsan i arbetslivet. Detta kommer att göras genom att granska de rättsregler som finns förknippade med företagshälsovård och huruvida dessa rättsregler fungerar så som staten hade tänkt.

Regleringen kring företagshälsovården idag är knapp, med företagshälsovårdens samhällsuppdrag kort angivet i AML. Då flera nyckelbegrepp saknar klar definition, existerar det idag många företag med vitt skilda innehåll som kallar sig företagshälsovård, något som lett till att branschen upplevt en pris- och kvalitetsdumpning sedan branschhälsorna försvann i och med avregleringen i början av 1990-talet.

Företagshälsovården är en privat aktör som har blivit pålagd ett samhällsuppdrag. I och med att den är en privat aktör i en fri marknad finns ett antal intressenter utöver staten som alla påverkar företagshälsovårdens verksamhet, och detta är något som måste beaktas i studier av företagshälsovård. Det saknas vetenskapliga studier kring sambandet mellan företagshälsovård och sjukfrånvaro, men företagshälsovården anses ändå kunna vara ett verktyg i kampen mot ohälsan.

Uppsatsen har utgått från frågeställningen ifall företagshälsovården kan vara svaret i kampen mot ohälsan och kommit till slutsatsen att given de rätta förutsättningar kan den vara ett kraftfullt verktyg i kampen, men att det i dagsläget saknas incitament att anlita ”god” företagshälsovård och det saknas kunskap om den ”goda” företagshälsovården. Uppsatsen kommer även till slutsatsen att staten måste bestämma sig för huruvida företagshälsovården skall vara en privat aktör i en fri marknad eller ett samhällssystem

Nyckelord: Företagshälsovård, sjukfrånvaro, arbetsmiljölagen, SOU 2004:113.

## **Abstract**

In the years 1997 to 2003 Sweden saw a dramatic increase in absence due to sickness and absence due to sickness became a hot political topic. Several investigations were initiated by the government of which several investigated the role of occupational healthcare. As the increasing sick absence got more interest from the media, the governments' efforts to counter the increase intensified and the topic was pushed upwards on the political agenda.

This paper aims at reviewing the role of occupational healthcare as a tool in the struggle against illness in the workplace. This will be done by reviewing regulations and whether they work in the way intended by the government.

The regulations surrounding occupational healthcare in Sweden today are few, with the social mission briefly explained in the work environment act. As several key concepts lack clear definitions are there many businesses today, varying in content, which call themselves occupational healthcare, something which has led to a general lowering in prices and deterioration in quality since the "branschhälsorna" were liquidated in the early 1990s.

Occupational healthcare is a private enterprise which has been laid upon a social mission. As a private enterprise in an open market, there are several interested parties besides the government, which must be held in regard when studying the subject. There is a lack of scientific studies concerning the link between occupational healthcare and sick absence, but despite the lack of scientific evidence is occupational healthcare regarded to be a tool in the struggle against illness in the workplace.

The paper tries to answer the question whether occupational healthcare can be the answer in the mentioned struggle and come to the conclusion that, given the right prerequisites it may be a powerful tool, but that today lacks the incitements for businesses to hire "good"

occupational healthcare and that there is a lack of knowledge concerning occupational healthcare. The paper concludes also that the government must decide whether occupational healthcare is a private enterprise in a free market or whether it should be a social system.

# Innehållsförteckning

<b>FÖRKORTNINGSLISTA</b>	<b>8</b>
<b>1 INLEDNING</b>	<b>9</b>
1.1 Syfte och begreppsförklaring	9
1.2 Metod	10
1.3 Avgränsning	10
1.4 Disposition	10
<b>2 BAKGRUND</b>	<b>13</b>
2.1 Statistik	13
2.2 Statens reaktioner	14
2.2.1 Lagändringar	14
2.2.2 HPH-utredningen	15
2.2.3 11-punktsprogrammet	15
2.2.4 Avsiktsförklaring	16
2.3 Sjukfrånvarons demografi	16
2.4 Nordisk jämförelse	17
<b>3 REGELVERKET KRING SJUKFRÅNVARO</b>	<b>18</b>
3.1 Ersättningsgraden	18
3.2 Karens- och sjuklöneperioden	18
3.3 Sjukpenningens längd	19

<b>3.4 Nordisk jämförelse</b>	<b>19</b>
<b>4 FÖRETAGSHÄLSOVÅRD</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Bakgrund</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Reglering av företagshälsovården</b>	<b>22</b>
4.2.1 Lagstiftning	22
4.2.2 Föreskrifter	22
4.2.3 Marknadens avtal	23
4.2.4 Internationella regleringar	23
<b>4.3 Företagshälsovårdens roll</b>	<b>25</b>
4.3.1 Företagshälsovårdens verksamhet	25
4.3.2 Vem är kunden?	26
4.4.1 Uppdraget	27
4.4.2 Utredningens förslag	28
4.4.3 Remissutlåtanden	28
<b>4.5 Företagshälsovården och sjukfrånvaro</b>	<b>30</b>
<b>5 FÖRETAGSHÄLSOVÅRDSPROBLEMATIKEN</b>	<b>32</b>
<b>5.1 Företagshälsovården som marknadsaktör</b>	<b>32</b>
<b>5.2 Företagshälsovård som ett samhällssystem</b>	<b>33</b>
<b>5.3 Diskussion – Är företagshälsovården svaret?</b>	<b>33</b>
<b>6 AVSLUTANDE KOMMENTARER</b>	<b>36</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>38</b>

## Förkortningslista

AFS	Arbetsmiljöverkets författningssamling
AML	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
Bet.	Betänkande
CTO	Organisatoriska och medicinska enheten
Dir	Direktiv
Dnr	Diarienummer
Ds	Departementsserien
EEG	Europeiska ekonomiska gemenskapen
EG	Europeiska gemenskaperna
HPH-utredning	Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet
ILO	International Labour Organization
Prop.	Proposition
SOU	Statens offentliga utredningar



# 1 Inledning

I perioden 1997-2003 ökade sjukfrånvaron i Sverige avsevärt och sjukfrånvaroproblematiken blev en politiskt viktig fråga. En rad utredningar initierades av staten varav ett flertal avsåg företagshälsovårdens roll i sjukfrånvaroproblematiken. Företagshälsovårdens nytta i kampen mot ohälsan är inte vetenskapligt bevisat till fullo, men då många interventionsundersökningar har visat goda resultat utgås det generellt från att företagshälsovården är ett verktyg i kampen.

## ***1.1 Syfte och begreppsförklaring***

Syftet med uppsatsen är att presentera en översikt över företagshälsovårdens roll i det svenska samhället. Detta görs genom att studera de rättsregler som finns samt andra faktorer jag funnit inverkar på företagshälsovårdens verksamhet. Med begreppet företagshälsovård avses företagshälsovårdsbranschen generellt, medan den enskilda företagshälsovårdsleverantören benämns företagshälsovårdsenhet. Begreppet ”mindre seriös” företagshälsovård avser enheter vars tjänsteutbud inte motsvarar statens önskemål i lag. Uppdragsgivare avser de företag som anlitar eller kan tänkas anlita företagshälsovård. Begreppet branschhälsa avser de företagshälsovårdsenheter som fanns i arbetsmarknadsparternas regi fram till dess att branschavtalen upphörde 1992, och vars uppgift var att leverera tjänster till en specifik bransch. Uppsatsen tar sikte på frågan hur företagshälsovården kan påverka sjukfrånvaron och om den i så fall kan vara svaret på sjukfrånvaroproblematiken.

## **1.2 Metod**

Jag har utgått från traditionell rättsvetenskaplig forskning och då närmast rättsdogmatisk teori som har sin utgångspunkt i befintliga rättskällor som utgörs av lagar, förarbeten och doktriner. Dessa fastställer vilka rättsregler som finns eller borde finnas samt ger en precisering av hur dessa skall förstås och tillämpas.<sup>1</sup> I tillägg kommer befintlig statistik användas för att illustrera sjukfrånvaron. Jag har försökt, i den mån möjligt, att använda mig av primärkällor, och endast när detta visat sig inte vara möjligt använt sekundärkällor. Med hänsyn till ämnets natur har jag begränsat mitt källmaterial till, vad jag anser vara, tillförlitliga källor och därför varit försiktig i användandet av Internetkällor. Internetkällor behöver inte genomgå någon granskning innan de publiceras och skall därför användas med försiktighet.

## **1.3 Avgränsning**

Uppsatsen begränsas till att fokusera på företagshälsovården, dess roll och regleringen av den. Jag har valt att inte fördjupa mig i annan lagstiftning kring sjukfrånvaron och begränsar presentationen av annan lagstiftning till att kortfattat redogöra för lagregleringarna som bevisats kan påverka sjukfrånvaron för den enskilda individen.

## **1.4 Disposition**

I kapitel 2 ges en kort bakgrund till sjukfrånvaron, dess demografi och statens reaktioner när det stod klart att sjukfrånvaron skulle fortsätta att öka. Dess ges även kort ett par jämförelsetal på statistiken kring sjukfrånvaron samt hur mycket sjukfrånvaron kostar samhället. HPH-utredningen<sup>2</sup>, som får ses som en av de viktigare utredningarna på sjukfrånvarons område, presenteras och en kort redogörelse för 11-punktsprogrammet

---

<sup>1</sup> Lehrberg, sid. 37-38.

<sup>2</sup> "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet", SOU 2002:5

och regeringens avsiktsförklaring ges. De frekventa ändringar som gjorts i lag (1991:1047) om sjuklön presenteras som exempel på att staten inte riktigt visste vad man skulle göra för att åtgärda problemet. Till sist ges en jämförelse av sjukfrånvaron i de övriga nordiska länderna.

Kapitel 3 tar upp det regelverk som omger och tros påverka längden av sjukfrånvaron, med undantag av reglerna kring företagshälsovården som återges i kapitel 4. De regler som tas upp är ersättningsgrad, karens- och sjuklöneperiod och sjukpenningens längd. Därefter redogörs för motsvarande regleringar i den övriga nordiska länderna.

Kapitel 4 tar upp hur dagens företagshälsovård har vuxit fram ur de regleringar som finns och har funnits på området, däribland förordning (1985:326) om bidrag till företagshälsovård. Gällande reglering presenteras under rubrikerna lagstiftning, föreskrifter, marknadens avtal och internationella regleringar. Det följer en redogörelse för företagshälsovårdens roll där företagshälsovårdens verksamhet och kunder synas. Därefter redogörs för statens offentliga utredning (2004:113) Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder. Till sist studeras sambandet mellan företagshälsovård och sjukfrånvaro.

Kapitel 5 består av en redogörelse för företagshälsovårdens roll i en fri marknad där villkoren helt och hållet dikteras av marknadskrafterna, samt dess roll som ett samhällssystem där marknadskrafterna ersatts av staten där staten dikterar villkoren. Därefter följer en diskussion kring företagshälsovård, där bland annat avsaknaden av incitament för uppdragsgivare att anlita certifierad företagshälsovård framför ej certifierad tas upp. Även frågan om obligatoriets vara eller icke vara tas upp och följderna av en obligatorisk företagshälsovård diskuteras. Till sist diskuteras den kvalitetsskillnad som idag existerar i företagshälsovårdsbranschen.

I kapitel 6 presenteras mina egna kommentarer och kretsar främst kring huruvida företagshälsovården idag har de förutsättningar som krävs för att påverka sjukfrånvaron. Företagshälsovårdens roll i sjukskrivningsprocessen och dess särskilda kompetens i

samband med sjukskrivningar tas upp. Genomgående för kapitlet är vad jag anser skall göras för att företagshälsovård skall bli det effektiva verktyg i kampen mot sjukfrånvaro som den har potential att bli.

## 2 Bakgrund

1997 började sjukfrånvaron i Sverige att öka dramatiskt, en ökning som skulle komma att fortsätta in på 2000-talet. Sverige hade tidigare upplevt perioder av högre sjukfrånvaro, men då följde den konjunkturutvecklingen i samhället med en högre sjukfrånvaro under högkonjunktur och en lägre under lågkonjunktur. Skillnaden mellan den utveckling som inleddes 1997 var att sjukfrånvaron fortsatte att öka oberoende av konjunkturen.

Det var framför allt den långa sjukfrånvaron som ökade kraftigt, en utveckling som inte följde mallen för sambandet sjukfrånvaro – konjunkturläge. Nu har trenden visat tecken på att vända och sjukfrånvaron minskar långsamt.

### 2.1 Statistik

Sjukfrånvaron ökade kraftigt under perioden 1997 – 2004. 2002 kostade ohälsan staten 120 miljarder kronor och antalet sjukdagar uppgick till nästan 100 miljoner, vilket kan jämföras med knappt 40 miljoner sjukdagar 1997. 1997 var 44 800 individer sjukskrivna längre än ett år, en siffra som 2003 hade vuxit till 129 700. Detta kan jämföras med 14 800 individer 1981 när den långa sjukfrånvaron<sup>3</sup> var som lägst.

Under perioden 2000 till 2003 omfattade antalet ersatta dagar med sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning räknat som helårsarbeten 14 procent av den arbetsföra befolkningen (16 – 64 år). Mellan 1997 och 2002 ökade antalet sjukskrivna män från 30 000 till 70 000 och antalet kvinnor från 40 000 till 120 000. Ohälsotal<sup>4</sup> låg i oktober 2005 på 41,7 dagar vilket innebar en minskning på en dag jämfört med föregående år.

---

<sup>3</sup> Sjukfrånvaro som överstiger ett år.

<sup>4</sup> Ohälsotal = antalet utbetalda dagar under en 12 månaders period med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning mellan 16 och 64 år.

232 336 personer fick under september månad 2005 sjukpenning jämfört med 267 606 personer i september månad 2004. Av de 208 488 sjukfall som pågick vid månadens slut i juli 2005 var 93 347, eller 44,8 procent, längre än ett år.

Kostnaden för sjukfrånvaron beräknades i september 2005 till 2,8 miljarder kronor i form av sjukpenning och 5,8 miljarder kronor i sjuk- och aktivitetsersättning vilket ger en sammanlagd kostnad på 8,6 miljarder kronor. Och då är inte företagens kostnad för sjukfrånvaro inräknat.<sup>5</sup>

## **2.2 Statens reaktioner**

I takt med att ökningen i sjukfrånvaro fick allt mer uppmärksamhet i media intensifierade staten sina försök att hejda ökningen, och sjukfrånvaroproblematiken flyttades högre upp på den politiska dagordningen.

### **2.2.1 Lagändringar**

Under perioden 1997 – 2005 har staten försökt att med olika medel få bukt med den höga sjukfrånvaron. Som exempel kan tas lagen (1991:1047) om sjuklön. Lagen reglerar bestämmelserna för sjukfrånvarons inledande period under vilken arbetsgivaren betalar sjuklön, regler som ändrats vid ett flertal tillfällen under denna period.

Den första januari 1997 ändrade man sjuklöneperioden till 21 dagar, för att efter massiv kritik sänka den till 14 dagar den första april 1998, för att sedan höja den till 21 dagar den första juni 2003. Den senaste ändringen av sjuklöneperioden kom den första januari 2005 då den åter sänktes till 14 dagar.

---

<sup>5</sup> Statistiken är hämtad från Statistiska Centralbyrån och Försäkringskassan om inget anges.

Sjuklöneperioden uppfattas som en kraftfull ekonomisk drivkraft för arbetsgivare att förebygga ohälsa på arbetsplatsen samt att försöka minimera sjukfrånvarons längd. De frekventa ändringarna i sjuklöneperioden kan tjäna som exempel på att man inte riktigt visste vilka verktyg man skulle använda för att komma åt problemet.

### **2.2.2 HPH-utredningen**

Runt millennieskiftet hade ohälsan och kostnaden för denna ökat kraftigt. Regeringen tillsatte därför flera utredningar. Bland dessa skall särskilt HPH-utredningen<sup>6</sup> nämnas då den har utgjort underlag för flera av regeringens åtgärder för att få bukt med den höga sjukfrånvaron. Utredningens uppdrag var att sammanställa de utredningar och förslag som fanns att tillgå på området, samt att undersöka effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkrings- och rehabiliteringssystemen samt administrationen av dessa. Därefter skulle utredningen bland annat lägga fram förslag till förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att minska sjukfrånvaron i samhället. En första delrapport lämnades i december 2002, och slutresultatet presenterades i januari 2002.<sup>7</sup>

### **2.2.3 11-punktsprogrammet**

2001 presenterade regeringen det så kallade 11-punktsprogrammet som strategi för hälsa i arbetslivet.<sup>8</sup> Dessa elva punkter skall verka som riktlinjer för vad som skall göras inom de områden som berör sjukfrånvaron, framför allt för att minska den långa sjukfrånvaron. De elva punkterna är:

- 1 att formulera ett nationellt övergripande mål för ökad hälsa i arbetslivet,
- 2 att inleda trepartssamtal mellan regering och arbetsmarknadens parter för att skapa en samsyn och samordna insatser för bättre hälsa i arbetslivet,

---

<sup>6</sup> "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet", SOU 2002:5.

<sup>7</sup> SOU 2002:5

<sup>8</sup> Budgetprop. 2002.

- 3 att utreda möjligheten att förtydliga och öka arbetsgivarnas ekonomiska ansvar,
- 4 att utveckla arbetsmiljöarbetet med bättre samordning och utbildning av skyddsombud,
- 5 att pröva särskilda ekonomiska styrsystem i form av hälsobokslut inom den offentliga sektorn,
- 6 att inleda försök att minska ohälsan inom den offentliga sektorn,
- 7 att förnya rehabiliteringsarbetet och sätta individen i centrum,
- 8 att justera lagstiftningen för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet,
- 9 att ta fram förslag för utveckling av formerna för sjukskrivningsprocessen,
- 10 att utveckla forskning och ta fram ett nytt statistiksystem på arbetsskadeområdet,
- 11 att förbättra tillgängligheten till behandling i hälso- och sjukvård.

När regeringen följde upp punkterna 2003 hade ett flertal åtgärder satts igång. Bland annat hade det satts upp ett nationellt mål att halvera sjukfrånvaron från 2002 till 2008, det hade inletts trepartssamtal med arbetsmarknadens parter 2001 som resulterade i rapporten "Ett arbetsliv för alla" 2003, samt pengar hade öronmärkts till olika projekt inom området.

#### **2.2.4 Avsiktsförklaring**

Den 18 december 2003 publicerade Socialdemokraterna och samarbetspartierna Vänsterpartiet och Miljöpartiet en avsiktsförklaring vilken resulterade i promemorian Ds 2004:15 "Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro", vilken i sin tur ledde till proposition 2004/05:21.

### **2.3 Sjukfrånvarons demografi**

Sjukfrånvaron kan delas upp i olika kategorier. Kvinnor är i större utsträckning sjukskrivna än män (75 procent mer) och kvinnors sjukfrånvaro varar i genomsnitt längre



än männens. Det finns även regionala skillnader där till exempel Norrbottens län uppvisar en högre sjukfrånvaro än riksgenomsnittet och Stockholms län uppvisar en lägre sjukfrånvaro än genomsnittet. Graden av utbildning har även inverkan på sjukfrånvaron. Arbetstagare med liten eller ingen formell utbildning uppvisar en högre sjukfrånvaro än arbetstagare med högre utbildning. Åldern har också inverkan på sjukfrånvaron där äldre arbetstagare uppvisar mer långtidssjukfrånvaro på grund av sjukdom medan yngre står för mer korttidsfrånvaro. Sjukfrånvaron skiljer sig mellan olika typer av arbetsplatser där mindre arbetsplatser uppvisar en lägre sjukfrånvaro än större. Sektorn i vilken arbetsplatsen finns inverkar också. Offentlig sektor uppvisar en högre sjukfrånvaro än privat sektor. Inom den offentliga sektorn uppvisar kommunala arbetsplatser den högsta sjukfrånvaron, följd av landstingskommunala. Anställda inom stat uppvisar den lägsta sjukfrånvaron på arbetsmarknaden.

## **2.4 Nordisk jämförelse**

Det är inte bara Sverige som har noterat en dramatisk ökning i sjukfrånvaron. I Norge kan det ses en likartad utveckling i sjukfrånvarostatistiken under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet med den skillnaden att sjukfrånvaron började öka något tidigare i Norge (runt 1995).

Danmark och Finland uppvisar dock inga likheter med den svenska och norska utvecklingen utan frånvaro på grund av sjukdom har legat på en relativt stabil nivå i dessa länder under perioden 1997-2005. Sverige och Norge uppvisar omkring dubbelt flera med minst en veckas sjukfrånvaro än Danmark och Finland. Island har bristfällig statistik på området, då mycket av deras sjukfrånvaro administreras genom privata sjukförsäkringar, och redovisas därför inte närmare här. Om Island kan sägas att de har en extremt låg sjukfrånvaro jämfört med de övriga nordiska länderna.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> TemaNord 2005:524, Nordiska initiativer til nedbringelse af sygefravær.

## 3 Regelverket kring sjukfrånvaro

Antalet ersatta sjukdagar kan påverkas av ett antal andra faktorer utöver hälsa och arbetsförmåga<sup>10</sup>. En viktig sådan faktor är regelverket som omger sjukfrånvaron. Regler som kan påverka utnyttjandet av sjukskrivning är ersättningsgraden, förekomsten och längden av karensperioder och sjuklöneperioden samt eventuell bortre tidsbegränsning av perioden under vilken sjukpenning ges. Som tidigare illustrerats med sjuklöneperioden, har regelverket inom dessa områden vid flera tillfällen ändrats genom åren.

Det finns ett antal lagar inom den svenska lagstiftningen som reglerar sjukfrånvaron, men detta kapitel kommer kort att redogöra för de lagregler som forskning antyder kan påverka sjukfrånvaron samt göra en kort jämförelse med de övriga nordiska länderna. Regelverket kring företagshälsovård kommer att behandlas i kapitel 4: Företagshälsovård.

### 3.1 Ersättningsgraden

Sjukersättningen i Sverige ligger idag på 80 procent av inkomsten upp till ett tak på 4 546 kronor per vecka. Detta betyder att individer med en högre månadslön gör en större relativ ekonomisk förlust av att vara sjukskriven än låginkomsttagare.

### 3.2 Karens- och sjuklöneperioden

Sverige har en karensperiod på en dag, under vilken ersättning för sjukdom utgår till den försäkrade. Karensperioden har ändrats ett antal gånger och var ursprungligen tre dagar. Förslag att man skall införa ett karensavdrag i stället för att utjämna de skillnader som

---

<sup>10</sup> Eller arbetsförmåga.

uppkommer på grund av olika anställningsmodeller har framförts. Sjuklöneperioden i Sverige har, som nämnts i kapitel 2: Bakgrund, ändrats ett antal gånger och ändrades senast den första januari 2005 då den sänktes från 21 kalenderdagar till 14 kalenderdagar.

### **3.3 Sjukpenningens längd**

Sverige har ingen bortre tidsbegränsning för hur länge sjukskrivna kan mottaga sjukpenning även om det är brukligt att efter lång tids sjukfrånvaro omvandla sjukpenningen till sjuk- eller aktivitetsersättning.

### **3.4 Nordisk jämförelse**

I Danmark beräknas sjukpenningen som 100 procent av avgiftsunderlaget, men med ett tak på 3 267 danska kronor (cirka 4 100 kronor<sup>11</sup>), vilket innebär att väldigt få inte gör en ekonomisk förlust under sjukfrånvaron. Norge beräknar sjukpenningen enligt samma princip som Danmark, men har ett högre tak på 6 782 norska kronor (cirka 8 050 kronor) per vecka. Finland beräknar sjuklönen som 70 procent av avgiftsunderlaget upp till en nivå (24 609 Euro som motsvarar cirka 230 000 kronor) varöver ersättningen först trappas ner till 40 procent (belopp över 24 609 Euro men under 37 861 Euro, motsvarande 354 000 kronor) och sedan till 25 procent (för belopp däröver). Finland har inget maximumbelopp.<sup>12</sup> I likhet med Sverige är sjukpenningssystemet i dessa länder byggt kring en obligatorisk försäkring.

Varken Danmark eller Norge har någon karensperiod. I Finland har man en karensperiod på 10 vardagar för den som är arbetslös, i annat fall betalar arbetsgivaren full lön under denna period. Vad gäller sjuklöneperioder så ligger de 14 dagarna i Sverige väl i linje med de övriga nordiska länderna. Danmark har, som Sverige, 14 dagar, medan Norge har 16 kalenderdagar. Finland har 10 vardagars sjuklöneperiod, som i fall av arbetslöshet

---

<sup>11</sup> Summan inom parentes avser svenska kronor.

<sup>12</sup> TemaNord 2005:524, sid. 12-13.

omvandlas till karensdagar. Island har avtalsreglerad sjuklöneperiod där längden bestäms av anställningens varighet, med två dagar för varje månad som kulminerar till tre månader inom den allmänna arbetsmarknaden, sex månader för medlemmar i handelsförbundet och 12 månader för statsanställda.<sup>13</sup>

Sverige har som enda land i norden ingen tidsbegränsning för hur länge man kan mottaga sjukpenning. De övriga länderna har 52 veckors, men dock inom olika tidsramar. Danmark har 52 veckor inom 1 ½ år, med möjlighet till förlängning om det anses föreligga möjlighet för snar rehabilitering eller efter påbörjad utredning om förtidspension. Finland och Island har en tidsram på två år, medan Norge tillåter 52 veckor inom en tidsram på tre år.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> TemaNord 2005:524, tabell 2.1, sid. 12.

<sup>14</sup> Ibid.

## 4 Företagshälsovård

Sverige har en lång historia med företagshälsovård. Företagshälsovården har gått från obligatoriska läkarundersökningar för arbetstagare i speciellt utsatta yrken till dagens konsultverksamhet som erbjuder sina tjänster på en öppen marknad.

### 4.1 Bakgrund

Dagens företagshälsovård har sitt ursprung i att förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård upphävdes 1 januari 1993. Anledningen till att förordningen upphävdes var att RRV i en rapport hösten 1991 kom fram till att statbidraget hade svaga styrande effekter, exempelvis vad avsåg att öka anslutningen av små företag.<sup>15</sup> Detta ledde till stora strukturförändringar inom företagshälsovårdsområdet. Från att ha haft ett nära samarbete med de fackliga organisationerna arbetar företagshälsovården idag i större utsträckning direkt mot arbetsgivarna. I och med att förordningen upphävdes försämrades det ekonomiska klimatet för leverantörerna av företagshälsovårdstjänster då de gick miste om omkring 25 procent av sin årliga inkomst som de tidigare fått i statliga bidrag, samtidigt som de började konkurrera på en fri marknad med andra leverantörer om den ”goda” kunden. Detta resulterade i att företagshälsovårdsenheterna tenderade att, genom sammanslagningar och uppköp, bli större. Då centrala fackliga avtal som tidigare styrde uppdragsgivare mot vissa branschavtal upphävdes 1992, försvann branschhälsorna och distinktionen mellan enheterna suddades ut.

Borta var Bygghälsan och fram trädde Previa.

---

<sup>15</sup> Bet. 1991/92:AU12

## 4.2 Reglering av företagshälsovården

Lagstiftning och föreskrifter representerar samhällets önskan om vad för slags tjänster företagshälsovården skall erbjuda och utföra. Då de statliga bidragen till företagshälsovårdsenheterna upphävts har staten inte längre något direkt styrinstrument att påverka deras tjänsteutbud. Men staten kan genom lagar och föreskrifter fortfarande kräva att vissa typer av tjänster skall utföras.

### 4.2.1 Lagstiftning

Enligt 3 kap. 2 b § andra st. AML<sup>16</sup> avses med företagshälsovård *”en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.”* Detta är den enda lagstiftning som definierar företagshälsovårdens verksamhetsområde.

### 4.2.2 Föreskrifter

Arbetsmiljöverket har gett ut föreskrifter som delvis reglerar företagshälsovården och arbetsgivarens skyldighet att anlita sådan. I AFS<sup>17</sup> (2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete, anges i 12 § första stycket att *”när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker till för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering skall arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån.”* Arbetsgivaren är med detta inte skyldig att anlita företagshälsovård om det anses att den egna kompetensen är tillräcklig. Sakkunnig hjälp är tillräcklig och behöver inte innebära företagshälsovård.

---

<sup>16</sup> Arbetsmiljölagen (1977:1160).

<sup>17</sup> Arbetsmiljöverkets författningssamling.

### 4.2.3 Marknadens avtal

Marknadens avtal representerar vilka tjänster uppdragsgivaren, det vill säga de som faktiskt anlitar företagshälsovård, vill att företagshälsovården skall utföra. Arbetsmarknadens parter, och då speciellt arbetsgivarrepresentanterna, har länge försökt att minimera lagstiftning på arbetsrättens område generellt, och detta gäller även tvingande regler kring företagshälsovård. Därför har denna fråga länge, i varierande utsträckning, reglerats i kollektivavtal på arbetsmarknaden. Dessa avtal brukar ofta precisera vilken slags verksamhet företagshälsovården skall bedriva inom ramen för avtalet samt i vilken utsträckning anslutna medlemsföretag skall anlita företagshälsovård.

Generellt talat finns det tre typer av avtal kring företagshälsovård. En typ är avtal som föreskriver obligatorisk anslutning till företagshälsovård för anslutna företag. Denna typ av avtal omfattar omkring 310 000 årsarbeten. Andra typen av avtal rekommenderar de lokala parterna att använda företagshälsovård, men utan krav på detta. Dessa avtal omfattar 1 754 250 årsarbeten. Den sista typen av avtal innebär att de centrala parterna skall inleda ett samarbete om bland annat företagshälsovård, där parterna skall inleda ett samarbete om bland annat företagshälsovård. Omkring 380 000 årsarbeten omfattas av denna typ av avtal.<sup>18</sup>

### 4.2.4 Internationella regleringar

1985 antogs ILO<sup>19</sup>-konvention nr 161 om företagshälsovård och Sverige ratificerade den som första land 1986, med ikraftträdande sjunde februari 1988. Kortfattat handlar konventionen om att alla arbetstagare skall få tillgång till företagshälsovård. Konventionen innehåller riktlinjer för en nationell politik för företagshälsovård samt bestämmelser om företagshälsovårdens uppgifter och organisation samt villkor för dess verksamhet. Enligt konventionen skall varje medlemsstat utforma, genomföra och

---

<sup>18</sup> SOU 2004:113, sid. 89-90.

<sup>19</sup> International Labour Organization.

kontinuerligt revidera den nationella politik avseende företagshälsovård i samråd med arbetsmarknadens parter.

De åtgärder som åligger medlemsstaterna enligt konventionen kan genomföras genom lag, föreskrifter, kollektivavtal eller på annat sätt som godkänns av behörig myndighet. Enligt ILO:s stadga skall medlemsstaterna kontinuerligt rapportera till ILO om genomförandet av konventionen, som sedan kommenteras av ILO:s expertkommitté. Expertkommittén har genom åren kommit med frågor till Sverige angående genomförandet av konventionen. Återkommande frågor är hur Sverige går till väga för att säkra företagshälsovård till de självanställda och anställda inom småföretag, som statistik visar löper störst risk att inte täckas av företagshälsovård, samt hur Sverige går till väga för att säkra företagshälsovårdspersonalens kompetens och professionella oberoende. Med anledning av dessa lever Sverige för närvarande inte upp till konventionens åtagande.

I tillägg till ILO-konventionen kan EG:s ramdirektiv om arbetsmiljö<sup>20</sup> nämnas som syftar till att trygga en högre skyddsnivå för arbetstagarnas säkerhet och hälsa, samt Europarådets sociala stadga<sup>21</sup> som trädde i kraft 1965 (reviderades 1996). Det intressanta med den sociala stadgan är artikel 3.4 som säger att konventionsstaterna skall främja utvecklingen av företagshälsovård som har en huvudsakligen förebyggande och rådgivande funktion för alla arbetstagare. Artikeln undantogs när Sverige ratificerade direktivet. Anledningen till detta uppgavs vara att man avvaktade den då pågående utredningen beträffande företagshälsovård. Artikeln är fortfarande inte ratificerad av Sverige.

---

<sup>20</sup> 89/391/EEG av den 12 juni 1989 om åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagares säkerhet och hälsa i arbetet.

<sup>21</sup> Se bilaga 1 (Ds 1997:65) i prop. 1997/98:81.



### **4.3 Företagshälsovårdens roll**

Företagshälsovården har genom åren kritiserats för att göra ”fel” saker, det gamla statsbidragssystemet eller definition i lagstiftning till trots. Denna kritik kvarstår än idag och får stöd av rapporter från Arbetsmiljöverket och Arbetslivsinstitutet som visar att företagshälsovården inte förmår att leva upp till arbetsmiljölagens definition.

#### **4.3.1 Företagshälsovårdens verksamhet**

Företagshälsovården skall vara en ”oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering”<sup>22</sup>. Då det inte angetts någon anvisning för vad ”oberoende” skall innebära är det upp till företagshälsovårdsenheterna själva att tolka, definiera och ange riktlinjer för att uppnå detta ”oberoende” som lagen föreskriver.<sup>23</sup> Företagshälsovårdens verksamhet består till mindre än hälften av uppgifter som arbetsgivare har ett stadgat ansvar att svara för, medan resterande merparten avser sjukvård, ej lagstadgade hälsoundersökningar, utbildning med mera.<sup>24</sup>

Analyseras företagshälsovårdens verksamhet närmare framträder att rehabiliteringsinsatser står för drygt en femtedel av deras verksamhet med utredningsfasen i rehabilitering som största verksamhetsandel (11,8 procent av den totala verksamheten). Bland verksamheten som arbetsgivaren inte krävs enligt lag svara för utgör sjukvård 13,9 procent av den totala verksamheten.<sup>25</sup>

Utifrån detta kan konstateras att företagshälsovården till stor del arbetar med rehabiliterande verksamhet. Den förebyggande och hälsofrämjande verksamheten utgör endast en mindre del av företagshälsovårdens verksamhet.

---

<sup>22</sup> 3 kap. 2 b § AML.

<sup>23</sup> Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, sid. 316.

<sup>24</sup> Statskontoret 2001:29, sid. 21.

<sup>25</sup> Ibid., sid. 114.

### 4.3.2 Vem är kunden?

Lagstiftningen kring företagshälsovården är i folkhälsans tjänst<sup>26</sup>, men det kan vara svårt att fastställa vem det är som är företagshälsovårdens kund. Företagshälsovården har en förebyggande och rehabiliterande uppgift enligt arbetsmiljölagen samt andra uppgifter som är resultat av den fria marknadens efterfråga som till exempel allmän sjukvård. Företagshälsovården har ett flertal intressenter och sådana som kan identifieras är:

- Uppdragsgivaren (Arbetsgivaren) - Företagshälsovården har en rådgivande uppgift gällande hälsa och arbetsmiljö.
- Arbetstagaren - Företagshälsovården har samma uppgift som ovan gentemot arbetstagarna som kollektiv.
- Det egna företaget - Företagshälsovårdsenheten måste överleva ekonomiskt i den fria marknaden och förväntas generera vinst åt sina ägare.
- De egna anställda - Yrkesetiska riktlinjer bland anställda inom företagshälsovårdsenheten, såsom läkares yrkesed, måste beaktas.
- Staten - Staten har att se till att arbetsförhållandena inte försämras för att förhindra stigande ohälsa och utslagning från arbetsmarknaden.

Företagshälsovårdens intressenter har alla egna behov som skall beaktas i driften av företagshälsovård, liksom företag i andra branscher i den fria marknaden måste göra. Undantaget i företagshälsovårdsbranschen är att staten har haft ett större intresse i, och behov av att styra, företagshälsovården än staten har i många andra branscher.<sup>27</sup>

## 4.4 Utveckling av god företagshälsovård

I slutbetänkandet ”*Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*”<sup>28</sup> har ett förslag till ny lag om företagshälsovård lagts fram. Den rådande

---

<sup>26</sup> Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, sid. 308.

<sup>27</sup> Ibid., sid. 316.

<sup>28</sup> SOU 2004:113

lagstiftning som reglerar företagshälsovård är, som tidigare nämnt, knapphändig och utan vägledande beskrivning av nyckelbegrepp.

#### 4.4.1 Uppdraget

Utgångspunkten för uppdraget var att överväga vissa förändringar i den redan existerande företagshälsovården och i förutsättningarna för dess användande. Bakom uppdraget ligger en önskan om ett ökat användande av företagshälsovården och en kvalitetshöjning av branschen som helhet - ”en restaurerad företagshälsovård”<sup>29</sup>

Uppdraget bestod av att göra en ”översyn av vissa frågor rörande företagshälsovård”.<sup>30</sup>

Bland dessa frågor ingick:

- Om det behövs göra förändringar av de legala förutsättningarna för arbetsgivarens skyldighet att utnyttja företagshälsovård,
- Om det bör införas krav på eller villkor angående kvalitetssäkring av den företagshälsovård som krävs med stöd av lag,
- Huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildningen samt hur utbildningen skall organiseras och dimensioneras,
- Hur personalförsörjningen inom företagshälsovård skall kunna säkerställas utan negativa effekter för samhället viktig verksamhet samt hur den särskilda kompetens som finns inom branschen bättre skall kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen,
- Om förutsättningarna finns för tillämpning av avtal över hela landet mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa och vilka åtgärder som är lämpliga och möjliga för att sådana avtal skall komma till stånd.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> SOU 2004:113, sid. 33.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Ibid.

Orsaken var den ökade ohälsan samt det faktum att en tredjedel av samtliga anställda saknar tillgång till företagshälsovård. I tillägg finns ett missnöje med de tjänster som levereras av företagshälsovården, vilka inte anses svara mot de behov som finns då behoven antingen inte är identifierade eller tillräckligt definierade.

#### **4.4.2 Utredningens förslag**

Utredningen kommer med en rad förslag för att företagshälsovården skall effektiviseras och kunna utnyttjas mer effektivt. Utredningen föreslår att en lag om företagshälsovård införs vilken skall främja utvecklingen av ”god” företagshälsovård samt införa ett, på frivillig basis, godkännandeförfarande för företagshälsovårdsenheter som skall administreras av en särskild företagshälsovårdsnämnd som föreslås inrättas hos Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöverket skall kunna föreskriva användandet av godkänd företagshälsovård i företag där arbetsförhållandena anses kräva det, och godkända enheter skall avses i rekommendationer från Försäkringskassan. Vidare föreslås att avdrag av kostnader för företagshälsovård skall preciseras att avse kostnader för nyttjande av godkänd företagshälsovård. Staten bör stimulera ett samarbete mellan företagshälsovård och den allmänna hälso- och sjukvården samt att en arbetsgrupp inrättas vars uppdrag är att dra upp riktlinjer för samarbete mellan landsting och företagshälsovårdsenheter.<sup>32</sup>

#### **4.4.3 Remissutlåtanden**

*Folkhälsoinstitutet*

Folkhälsoinstitutet<sup>33</sup> instämmer i stort i de förslag som presenteras och instämmer särskilt i att företagshälsovårdens roll i ett samhällsperspektiv tydliggörs. Dock hade man önskat

---

<sup>32</sup> Ibid., sid. 189,205, 223, 233, 243.

<sup>33</sup> Dnr 21-04-0844.

ännu tydligare uttryck för värdet av inte bara en förebyggande utan även ett hälsofrämjande arbetssätt inom företagshälsovården. Vidare anser man att frågan om obligatorium kunde ha analyserats mer genomgående.

#### *Arbetsmiljöverket*

Arbetsmiljöverket<sup>34</sup> tillstyrker förslaget om införande av en särskild lag om företagshälsovård. Man anser dock att arbetsmiljöverket i de enskilda lagförslagen bör ha möjlighet att utfärda föreskrifter kring villkoren för godkännande av företagshälsovårdsenhet samt bestämma avgiften för sådant godkännande. Tillägget i arbetsmiljölagen om företagshälsovårdens roll anses överflödigt och borde tas bort.

#### *Arbetsgivarverket*

Arbetsgivarverket<sup>35</sup> är av den åsikten att den reglering som finns idag är tillräcklig då partssamarbetet kring företagshälsovårdsfrågor upplevs som livaktigt och angeläget. Man är av den uppfattningen att det idag finns en marknad för tjänster inom företagshälsovårdens och arbetsmiljöns område som är i stark utveckling och därför vore det olyckligt att införa ytterligare reglering. Arbetsgivarverket stödjer utredningens förslag att företagshälsovård inte skall vara ett obligatorium. Man avvisar förslaget om att införa en lag om företagshälsovård och särskilt godkännandeförfarande. Certifiering och kvalitetssäkring skall ske frivilligt, utan särskild lagstiftning, då det ligger i företagshälsovårdsbranschens eget intresse. Förslaget om särskild företagshälsovårdsnämnd på arbetsmiljöverket avvisar man då dess uppgifter i första hand bör följas av lokala parter.

---

<sup>34</sup> CTO 2004/53666.

<sup>35</sup> Dnr 0412-0884-RÄF-94.

Föreningen<sup>36</sup> tillstyrker betänkandet men understryker att det måste ses, behandlas och genomföras i sin helhet.

#### **4.5 Företagshälsovården och sjukfrånvaro**

Det finns ett fåtal vetenskapliga studier publicerade om företagshälsovårdens möjlighet att påverka sjukfrånvaron. Däremot finns det en hel del vetenskapliga studier publicerade kring specifika problemområden där företagshälsovården kan ses som en av flera utfallsvariabler. Dessa problemområden är av typen stresshantering, friskvård eller hälsofrämjande program med mera, det vill säga områden som traditionellt sett eller enligt lag inte faller under företagshälsovårdens verksamhetsområde.<sup>37</sup>

Den forskning som finns publicerad ger begränsade bevis som talar för att etablering av tidig och konsekvent underhållen kontakt med sjukskrivna anställda kan leda till ett förkortande av sjukfrånvaro. Vid utformande av program som siktar till att minska sjukfrånvaron är det av avgörande betydelse att klart definiera syften för vidtagna åtgärder och de målgrupper som åtgärderna riktas mot.<sup>38</sup>

Det finns en rad anledningar till den bristande kunskapen kring sambandet mellan företagshälsovård och sjukfrånvaro. Dels, som nämnt, har det publicerats få vetenskapliga studier i ämnet, vilket till en del beror på att det inte finns några incitament för företagen att publicera de observationer och erfarenheter som gjorts. Många saknar den kompetens eller kapacitet att utföra en vetenskaplig studie av sjukfrånvaro, vilket får det resultat att få studier genomförs och av dem som genomförs brister många i sin metodologi, något som minskar deras bidrag till kunskapsläget. Företagshälsovården har,

---

<sup>36</sup> [www.svensk.fhv.se](http://www.svensk.fhv.se)

<sup>37</sup> Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, sid. 321.

<sup>38</sup> Ibid., sid. 324.

enligt lag, en rådgivande funktion i förhållandet till uppdragsgivaren och företagshälsovårdens åtgärder kombineras ofta med åtgärder från företaget, vilket leder till svårigheter att urskilja och värdera åtgärderna var för sig. Avsaknad av en tydligare definition kring begreppet företagshälsovård gör att företagshälsovårdsenheter kan skilja sig åt avseende verksamhetens innehåll, inriktning och organisation. Till sist skall avsaknaden av en struktur för forskning och utveckling knuten till högre läroanstalter nämnas.<sup>39</sup> Så även om det finns en god kunskap om faktorerna som orsakar sjukfrånvaro, saknas densamma om företagshälsovårdens möjligheter att påverka sjukfrånvaron.

---

<sup>39</sup> Ibid., sid. 321-328.

## 5 Företagshälsovårdsproblematiken

När företagshälsovårdens roll i sjukfrånvaroproblematiken diskuteras är utgångspunkten huruvida företagshälsovården skall ses som en marknadsaktör i en fri marknad eller som ett samhällssystem i folkhälsans tjänst. I en fri marknad dikteras utbudet av efterfrågan från potentiella uppdragsgivare, medan sett som ett samhällssystem är det samhället som, genom myndigheter, styr vilka tjänster som skall erbjudas.

### **5.1 Företagshälsovården som marknadsaktör**

I en marknadsmodell är utgångspunkten att staten fokuserar på vad som skall uppnås och vem som är ansvarig för att detta sker, men inte hur det skall ske. En renodlad marknadsmodell skulle innebära att ingen särskild ”expertresurs” utpekas i lagstiftningen, vilket betyder att reglerna om företagshälsovård skulle strykas ur AML och endast målet ”en god arbetsmiljö” samt vilka åtgärder arbetsgivaren skall vidta skulle bli kvar.<sup>40</sup>

Vilka aktörer som skulle bli kvar, vilka tjänster dessa skulle erbjuda och vilken benämning på verksamheten som väljs avgörs av marknadens efterfråga och vilka kommersiella fördelar som ligger i begreppet ”företagshälsovård”.<sup>41</sup> Hur företagshälsovården utvecklas i en marknadsmodell blir en fråga för marknaden.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> SOU 2004:113, sid. 184.

<sup>41</sup> Ibid.

<sup>42</sup> Ibid., sid. 179.



## **5.2 Företagshälsovård som ett samhällssystem**

Sett som ett samhällssystem är företagshälsovårdens uppgift att vara en samarbetspartner till försäkringskassan och primärvården samt till övrig hälso- och sjukvård.<sup>43</sup> Det avvecklade statsbidraget gav staten ett instrument att styra företagshälsovårdens utveckling i önskad riktning samt möjlighet att påverka verksamhetens innehåll. Dessutom innebar statsbidragen en inbyggd kvalitetskontroll som låg i prövningen huruvida en företagshälsovårdsenhet uppfyllde villkoren för bidrag.<sup>44</sup> Staten är den enda aktör som kan se till att resurserna utnyttjas effektivt och garantera kvaliteten i det samhällsuppdrag företagshälsovården utför.<sup>45</sup> Företagshälsovården som ett totalt samhällsinstrument skulle innebära att samhället tar över produktionen av företagshälsovård och avgör när arbetsgivare skall vara skyldiga att nyttja företagshälsovård.<sup>46</sup>

## **5.3 Diskussion – Är företagshälsovården svaret?**

Dagens styrning av företagshälsovården kan närmast ses som en blandform mellan fri marknad och samhällsintressen och samhällsansvar.<sup>47</sup> Efterfrågan bestäms av uppdragsgivaren på marknaden som påverkas av staten genom lagstiftade uppgifter som åligger arbetsgivaren att uppfylla.

Det finns en frivillig certifiering för företagshälsovårdsenheter inom ramen för lagen (1992:1119) om teknisk kontroll, men denna är inte specifikt avsedd för företagshälsovården och det saknas incitament för potentiella uppdragsgivare att välja certifierad företagshälsovård framför icke certifierad. Som vid all upphandling läggs stor vikt vid kostnaden i beslut om nyttjande av företagshälsovård. Detta medför ofta att den

---

<sup>43</sup> Ibid., sid. 63 (ursprungligen från Ds 1998:17, Företagshälsovården – en resurs i samhället).

<sup>44</sup> Ibid., sid. 61.

<sup>45</sup> Ibid., sid. 182.

<sup>46</sup> Ibid., sid. 184.

<sup>47</sup> Ibid., sid. 67.

billigaste, och inte den lämpligaste, offerten väljs. Resultatet blir att uppdragsgivare ger mindre seriösa leverantörer av företagshälsovårdstjänster existensberättigande, vilket tvingar fram en generell pris- och kvalitetsdumpning inom företagshälsovårdsbranschen.

Avsaknaden av ett kvalificerat certifieringsförfarande och incitament för användande av certifierade enheter medför att konkurrensen om den ”goda” kunden till stor del består av att kunna erbjuda ett lägre pris snarare än högre kvalitet på tjänsterna. Att det saknas särskilda incitament för företagshälsovårdsenheter att söka certifiering leder till att definitionen i AML avseende företagshälsovård i det närmaste reduceras till en avsiktsförklaring. Definitionen i AML är ambitiös, på gränsen till överambitiös för att kunna motiveras utan någon form av statligt bidragssystem.

En återkommande fråga i diskussionen kring företagshälsovård är obligatoriets vara eller icke vara. 1992 avslutades branschavtalen mellan arbetsmarknadens parter, vilket innebar att branschhälsorna försvann och med dem företagshälsovård som i det närmaste kunde betecknas som obligatorisk. Finland, som haft ett system med obligatorisk företagshälsovård i över ett kvarts sekel, tas ofta upp som argument för ett obligatorium. Finland uppvisar en relativt låg sjukfrånvaro, men har samtidigt en hög arbetslöshet. Om Finland skall brukas som argument eller tjäna som föredöme måste även Finlands långt drivna initiativ på folkhälsoområdet nämnas. Med ett obligatorium skulle en total täckning av arbetsmarknaden i fråga om företagshälsovård kunna uppnås. Här skall dock distinktion mellan kvalitativ och kvantitativ företagshälsovård göras. Kommunal sektor har den högsta täckningsgraden, men uppvisar den lägsta genomsnittskostnaden per anställd för företagshälsovård. Risken med ett obligatorium ligger i att ”paketlösningar”, med ett minimum av tjänster som krävs i lag, skulle efterfrågas och därför erbjudas, vilket skulle betyda att den ”goda” företagshälsovården, som ändå måste ses som målet, inte utnyttjas i större utsträckning på grund av obligatorium.<sup>48</sup> Ett obligatorium i en fri marknad skulle därför kunna verka kontraproduktivt avseende företagshälsovården som verktyg i kampen mot ohälsa.

---

<sup>48</sup> Ibid., sid. 208.

Företagshälsovården kan, givet de rätta förutsättningarna, vara ett effektivt verktyg i kampen mot ohälsa. En klarare definition av begreppet företagshälsovård tillsammans med hårdare krav på användandet av benämningen bör leda till att mindre seriösa leverantörer av företagshälsovårdstjänster blir tvungna att omstrukturera sin verksamhet eller finna andra avsättningsmarknader då de inte längre kan marknadsföra sina tjänster som företagshälsovård. Läget idag är att aktörer som marknadsför sig som företagshälsovård skiljer sig avsevärt från varandra i utbud och kvalitet, från en pensionerad läkare som skriver ut intyg mot betalning till nationellt täckande företagshälsovård som riktar sig till hela företaget och dess organisation. Detta har utredningen<sup>49</sup> tagit fasta på och förslag har framlagts att definitionen av företagshälsovård och dess verksamhetsområde skall bli tydligare och användningen av benämningen företagshälsovård skall endast få nyttjas i marknadsföring av certifierade företag.

---

<sup>49</sup> SOU 2004:113.

## 6 Avslutande kommentarer

Frågeställningen inför arbetet var huruvida företagshälsovården skulle kunna vara svaret i kampen mot ohälsan. Den stora "sjukskrivningskrisen" må vara på väg att sjunka enligt staten men statistik kring ämnet skall ses på med försiktighet. En orsak till att de totala sjuktalen ökade var inte att fler individer blev sjukskrivna än tidigare, utan att existerande sjukfall tenderade att bli längre, och frågan kring "krisens" allvar kan resas. Att sjukfrånvaron började sjunka under 2004 berodde inte enbart på statens förmåga att göra folket friskare, utan bidragande orsaker var att samtidigt som sjukfrånvarostatistiken sjönk ökade antalet individer med sjuk- och aktivitetsersättning och att ett system med deltidssjukskrivning, som i statistiken inte räknas som sjukfrånvaro, började tillämpas i större omfattning.

Företagshälsovård kan vara ett effektivt verktyg i kampen mot sjukfrånvaron. Men dagens utformning av regleringen kring företagshälsovård ger inte de nödvändiga förutsättningarna för att företagshälsovårdens potential och expertis skall kunna utnyttjas till fullo. Staten måste bestämma sig för en företagshälsovård i offentlig regi eller som aktör i en fri marknad. Detta beslut bör tas innan man utformar regleringen för att regleringen skall kunna få önskad effekt.

Företagshälsovården bör användas mer i relationen mellan försäkringskassa och arbetsgivare, speciellt i rehabiliteringsärenden. Företagshälsovården har en kompetens om sjukorsaker och "svåra samtal" som oftast inte finns i företagen. Företagsläkare besitter en större kompetens än andra läkare att skriva intyg, då de har en närmare anknytning till företaget och vet därigenom vilka arbetsuppgifter som utförs där. Detta medför att de vet vilka arbetsuppgifter arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga kan respektive inte kan utföra samt har kunskap om eventuella omplaceringsmöjligheter. Detta skulle kunna leda till att försäkringskassan kan göra en bättre bedömning av behövda åtgärder. Detta tror jag skulle minska arbetstagares tid borta från arbetsplatsen.

Företagshälsovården bör bli en naturlig mellanhand mellan uppdragsgivare och försäkringskassa.

Jag anser att en tydligare definition tillsammans med incitament för användande av godkänd företagshälsovård är ett stort steg i rätt riktning. Men med tanke på de skilda krav som potentiella uppdragsgivare har beroende på verksamhetsområde anser jag att ett system likt det med branschhälsorna skulle möjliggöra maximal utnyttjande av företagshälsovårdens kompetens.

## Referenser

### Litteratur

Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward, Theorell Töres (red.), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens folkhälsoinstitut 2004:15.

Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward, Theorell Töres (red.), *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*, Statens folkhälsoinstitut 2005.

Lehrberg Bengt, *Praktisk juridisk metod*, IUSTUS förlag 2004, fjärde upplagan.

Lundh Christer, Gunnarsson Christer, *Arbetsmiljö, arbetarskydd och utvärderingsforskning – ett historiskt perspektiv*, Studentlitteratur 1987.

### Offentligt tryck

CTO 2004/53666, Arbetsmiljöverket.

Dir 2000:92, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.

Dir 2003:87, *Översyn av vissa frågor rörande företagshälsovård*.

Dir 2003:180, *Tilläggsdirektiv till översyn av vissa frågor rörande företagshälsovård*.

Dnr 0412-0884-RÄF-94, Arbetsgivarverket.

Dnr 21-04-0844, Folkhälsoinstitutet.

*Ett arbetsliv för alla – rapport från trepartssamtalen.*

Ds 1997:65, *Europarådets sociala stadga.*

Prop. 1997/98:82, *Europarådets sociala stadga.*

Prop. 2004/05:21, *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro.*

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

SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder.*

TemaNord 2005:524, Nordisk Ministerråd, *Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravær.*

[www.svensk.fhv.se](http://www.svensk.fhv.se), Föreningen svensk företagshälsovård.

## Lagar, förordningar och författningar

AFS (2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete.*

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Förordning (1985:326) *om bidrag till företagshälsovård.*

Lag (1962:381) *om allmän försäkring.*

Lag (1991:1047) *om sjuklön.*