



# **Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall**



Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i  
arbetslivet  
Socialdepartementet

103 33 STOCKHOLM

### **Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall**

Regeringen gav 2001-03-29 i uppdrag till Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård skall kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna.

Enligt uppdraget skall Statskontoret i ett första steg analysera förutsättningarna och tidsperspektivet för förslagen från utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:07), avseende underlag från företagshälsovården i samband med långa sjukskrivningar. Konsekvenserna av ett genomförande av förslagen skall så långt möjligt belysas.

Statskontoret skall enligt direktiven överlämna resultatet av sitt uppdrag i den här delen i form av ett underlag för HpH:s fortsatta arbete.

Resultatet av utredningsarbetet redovisas i bifogad promemoria *Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall*.

Generaldirektör Knut Rexed har beslutat i detta ärende. Direktör Lennart Brege, chef för Kommun- och välfärdsenheten, avdelningsdirektör Bernt Emanuelsson, föredragande, och avdelningsdirektör Dan Ljungberg var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Bernt Emanuelsson

Kopia till Regeringskansliet, Näringsdepartementet (Dnr N2001/3653/ARM)



## Innehållsförteckning

<b>Innehållsförteckning</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>1 Uppdraget</b>	<b>4</b>
<b>2 Denna promemoria</b>	<b>4</b>
<b>3 Bakgrund</b>	<b>5</b>
<b>4 FHV:s insatser i dag</b>	<b>7</b>
<b>5 Vilka resurser krävs för att avge yttrande i samtliga sjukfall?</b>	<b>10</b>
<b>6 Resurstillskott</b>	<b>12</b>
<b>7 Känslighetsanalys</b>	<b>17</b>
<b>8 Konsekvenser för företagshälsovården</b>	<b>19</b>
<b>9 Konsekvenser för andra aktörer</b>	<b>21</b>

### Bilaga

**Uppdrag att utreda ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård**



## Sammanfattning

Statskontoret utreder på regeringens uppdrag hur företagshälsovården skulle kunna utnyttjas effektivare. Vi har att med förtur analysera vilka konsekvenser som kan följa av förslaget från *Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (HpH) om att företagshälsovården regelmässigt ska yttra sig över det rehabiliteringsunderlag som en arbetsgivare ska ges skyldighet att upprätta i långa sjukfall.

Statskontoret belyser i den här promemorian främst de administrativa konsekvenser och förutsättningar som uppstår för företagshälsovårdens del om en sådan reform realiserar. Våra slutsatser är i korthet följande:

1. I dag blir ca 36 procent av sjukfallen ärenden hos företagshälsovården med en insats överstigande en timme. Antalet sådana ärenden uppskattas till 90.000.
2. Vad gäller utredningsfasen i rehabiliteringsärenden uppgår företagshälsovårdens sammanlagda insatser i dag till ca 12 procent eller ca 425 årsarbetare.
3. Med HpH:s förslag och nuvarande ökningstakt kommer företagshälsovården att få yttra sig över 250.000 sjukfall per år. Den sammanlagda resursinsatsen för att regelmässigt yttra sig över rehabiliteringsunderlagen bedömer vi till ca 266 årsarbetare fördelade på 141 företagsläkartjänster, 63 företagsskötersketjänster, 31 beteendevetartjänster och 31 tjänster för sjukgymnaster<sup>1</sup>.
4. Då företagshälsovården redan i dag medverkar i ca 36 procent av de långa sjukfallen *uppskattar vi att nettoeffekten av reformen innebär krav på ett resurstillskott motsvarande 90 heltidstjänster för företagsläkare, 40 för företagsskötersketjänster, 20 för beteendevetare och 20 för sjukgymnaster.*
5. För att gå iland med den tillkommande uppgiften, givet prognoser över pensionsavgångar samt oförändrade uppgifter i övrigt, behövs en kraftigt ökad utbildning. För att under en tvåårsperiod ersätta såväl avgångar som tillgodose behovet av nytillskott krävs
  - en fördubbling av företagsläkarutbildningen till ca 70 platser/år,
  - en utökning av företagssköterskeutbildningen till ca 90 platser/år,
  - en utbildning av 25 beteendevetare/år – d.v.s. återupptagande av utbildningen på samma nivå som 1997/98.

---

<sup>1</sup> Till gruppen sjukgymnaster räknar vi i denna promemoria även ergonomer.



6. Genom att omfördela de resurser som i dag läggs ner på utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsarbete, 425 årsarbetare, skulle resursbehovet för att avge yttranden över rehabiliteringsunderlag dock kunna klaras på kort sikt.
7. Känslighetsanalyser har gjorts av ovannämnda utfall bl.a. utifrån
  - a) alternativa antaganden om resursåtgången per yttrande, b) färre arbetstimmar per heltidstjänst samt c) en tidsgräns för att inkomma med rehabiliteringsunderlag efter 45 dagar enligt HpH:s alternativförslag. De visar att:
    - en ökning/minskning av andelen resurskrävande fall med en procent påverkar resursbehoven med 1,8 procent,
    - en sänkning av årsarbetstiden 1 600 timmar med 100 timmar ökar resursbehovet med 7 procent
    - en förkortning av tidsfristen för att inkomma med rehabiliteringsunderlag till 45 dagar innebär 70.000 fler yttranden och ökar resursbehovet med 28 procent.
8. Sammantaget innebär HpH:s förslag krav på en betydande utökning av företagshälsovårdens personalresurser om kvalitet och övriga arbetsuppgifter inte omprövas. Vi bedömer därför att ett genomförande kräver en övergångstid och/eller att det förväntade genomslaget anpassas till tillgängliga resurser.
9. Förutom företagshälsovården och de organ som utbildar företagshälsovårdspersonalen berörs Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, försäkringskassorna, primärvården och arbetsgivarna av det här aktuella HpH-förslaget. Denna promemoria behandlar översiktligt även konsekvenserna för dessa aktörer.



## 1 Uppdraget

Regeringen gav 2001-03-29 i uppdrag åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård ska kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. Direktiven för uppdraget bifogas som bilaga.

Av uppdraget framgår bl.a. att Statskontoret i ett första steg ska analysera förutsättningarna och tidsperspektivet för förslagen från *Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH, (S 2000:07)* om yttrande från företagshälsovården i samband med långa sjukskrivningar. Häri ligger en konkretisering av företagshälsovårdens roll inom ramen för förslagen och vilken betydelse detta kan ha för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Statskontoret ska så långt möjligt belysa konsekvenserna av ett genomförande av förslagen.

Statskontoret ska enligt direktiven överlämna resultatet av sitt uppdrag i den här delen i form av ett underlag för HpH:s fortsatta arbete.

## 2 Denna promemoria

HpH:s förslag innebär en skärpning av arbetsgivarens skyldighet att upprätta ett underlag för försäkringskassans bedömning av åtgärder i samband med långa sjukfall – s.k. *rehabiliteringsunderlag*. Företagshälsovårdens yttrande ska därvid regelmässigt inhämtas.

Statskontoret har inriktat sitt arbete på att belysa de administrativa konsekvenserna och förutsättningarna för företagshälsovården av att förverkliga intentionerna i förslaget. Vi har i detta sammanhang inte funnit anledning att skilja rehabiliteringsunderlag i presumtiva arbetsskadeersättningsfall från sådana underlag som upprättas i andra fall. Vår utgångspunkt är att långa sjukfall ur rehabiliteringssynpunkt bör hanteras lika oavsett sjukdomsorsak. Ur administrativ synpunkt är det också en fördel med ett gemensamt underlag som kan utnyttjas vid bedömning av alla långa sjukfall.

Avsikten med denna första delrapport är som ovan nämnts att ge underlag för HpH:s fortsatta arbete. Under arbetets gång har Statskontoret haft löpande kontakter med HpH. Det underlag som behövs för att bedöma "förutsättningarna och tidsperspektivet" för utredningens förslag är i princip detsamma som krävs för Statskontorets uppdrag i sin helhet. Vi bedömer att de slutsatser som nu dras här kommer att stå sig även efter den kvarstående informationsinsamlingen och den vidare analysen. Däremot kan några av de kvantitativa uppskattningar som gjorts av resurser och resursbehov komma att revideras något. Av detta skäl kommer Statskontoret även fortsättningsvis att ha löpande kontakt med HpH.

### 3 Bakgrund

Vid den s.k. rehabiliteringsreformen som trädde i kraft den 1 januari 1992 infördes nya regler om rehabilitering i lagen (1962:381) om allmän försäkring. I korthet innebär reglerna att arbetsgivaren har ansvar för att utreda behovet av och vidta de rehabiliteringsåtgärder som de anställda behöver för att återgå i arbete. Reglerna ger vidare försäkringskassan ett ansvar för att samordna alla de medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som krävs för att ge sjukskrivna arbetsförmågan åter. Att vidta åtgärder ligger emellertid nästan uteslutande på andra aktörer, såsom lands- ting, kommun, arbetsförmedling och berörda arbetsgivare.

Som ett led i arbetsgivarens ansvar ligger att genomföra en rehabiliterings- utredning. Arbetsgivare ska – *om det inte framstår som obehövt* – påbörja en rehabiliteringsutredning när:<sup>2</sup>

- den anställde har varit helt eller delvis frånvarande på grund av sjukdom i fyra veckor,
- den anställde har upprepade korttidsfrånvaro på grund av sjukdom (6 sjukfall under en 12-månadersperiod),
- den anställde själv begär det.

Arbetsgivaren ska *alltid* göra en rehabiliteringsutredning när:

- den anställdes behov av rehabilitering är oklart,
- det behövs åtgärder utanför arbetsplatsen,
- arbetsgivaren inte kan betala lön under rehabiliteringen utan ersättning från försäkringskassan blir aktuell.

Rehabiliteringsutredningen ska överlämnas till försäkringskassan så snart den är klar, dock senast inom åtta veckor efter det senaste sjukfallets början eller den dag den anställde begär utredningen.

Försäkringskassan ska ta över ansvaret för utredningen om det finns skäl för det. Ett sådant skäl kan vara att den anställde inte medverkar i utredningen.

Arbetsgivaren kan utföra rehabiliteringsutredningen med hjälp av interna eller externa resurser. I sistnämnda fall kan exempelvis företagshälsovården anlitas.

Efter det att arbetsmiljöavtalen sades upp år 1992 och att statsbidraget till företagshälsovården upphörde året därpå har företagshälsovårdens ställning ändrats. Under 1990-talet har företagshälsovården blivit en marknadsaktör. Branschen har strukturrationaliserats till färre men större enheter. Antalet

---

<sup>2</sup> Enligt försäkringskassans information om blanketten ”Rehabiliteringsutredning”.

personer verksamma i företagshälsovården har minskat med ungefär en tredjedel. Medelåldern för de anställda är i dag hög, vilket kommer att medföra stora pensionsavgångar under de närmaste fem åren. Det går att förutse en brist på arbetskraft för några av företagshälsovårdens yrkeskårer när nyrekryteringsbehovet ökar. Samtidigt har utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan medfört ett ökat behov av en kompetent resurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet med stor tillgänglighet och med förtroende hos både arbetsgivar- och arbetstagsidan.

Samhällets krav vad gäller det arbete som företagshälsovården förväntas utföra riktas i första hand mot arbetsgivarna. Från samhällets sida finns det emellertid stora förväntningar på vad företagshälsovården kan åstadkomma. Sammantaget finns förväntningar från samhället, arbetsgivarna och de anställda på att företagshälsovården ska ge arbetsgivarna stöd i deras arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete – genom förebyggande arbete, arbetsplatsanpassning och rehabilitering – men även i viss mån ägna sig åt sjukvård och friskvård.

Som tidigare beskrivits ligger fokus i dag på arbetsgivarens ansvar. På senare år har flera utredningar framhållit företagshälsovårdens betydelse för och stöd i arbetsgivarnas rehabiliteringsverksamhet. I AGRA-utredningens betänkande, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104), och i Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78), framhålls att företagshälsovården kan utgöra ett stöd för arbetsgivaren i rehabiliteringsarbetet. Sjukförsäkringsutredningen föreslår i sitt slutbetänkande, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag* (SOU 2000:121), att företagshälsovårdens ställning som en partsobunden specialistresurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet bör förstärkas och förtydligas.

## HpH:s förslag

HpH föreslår<sup>3</sup> att den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett **rehabiliteringsunderlag**. Syftet är tvåfaldigt:

1. Att starta en process på arbetsplatsen som påskyndar den anställdes återgång i arbete.
2. Att ligga till grund för den rehabiliteringsplan som försäkringskassan upprättar tillsammans med den försäkrade.

Arbetsgivarens skyldighet att påbörja upprättandet av detta underlag överensstämmer med dagens regler för att starta en rehabiliteringsutredning.

Rehabiliteringsunderlaget ska lämnas till försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för senaste sjukanmälan eller dagen för den försäkrades egen

---

<sup>3</sup> Punkter i en handlingsplan, HpH:s delrapport 2001-06-26.



begäran. Skyldigheten att lämna rehabiliteringsunderlag gäller dock inte om den försäkrades månadsinkomst från arbetsgivaren omedelbart före sjukperioden understiger 10 procent av prisbasbeloppet (f.n. ca 3 700 kronor). En andra undantagsregel innebär att underlag inte behöver lämnas in till försäkringskassan om sjukfallet upphör inom sjuklöneperioden.

Rehabiliteringsunderlaget ska innehålla:

- Uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuellt behov av rehabiliteringsinsatser. Till underlaget ska fogas de läkarintyg som erhållits under den aktuella sjuklöneperioden.

Företagshälsovården (eller motsvarande) ska yttra sig över rehabiliteringsunderlaget vad gäller arbetsförmågan relaterat till arbetsuppgifterna, behovet av rehabiliteringsåtgärder och prognos över återgång till arbetet. Företagshälsovården/motsvarande ska vidare kunna lämna förslag till åtgärder utöver dem som arbetsgivaren föreslagit.

Vad gäller informationsinnehållet kan konstateras att den främsta skillnaden i förhållande till nuvarande rehabiliteringsutredning synes ligga i kraven på:

- a) uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till dennes arbetsuppgifter
- b) en prognos för återgång i arbetet.

Övriga krav på information ska redan nu finnas med i en rehabiliteringsutredning.

## 4 FHV:s insatser i dag

### Enkätundersökningar

Preliminära resultat från en pågående enkätundersökning till alla företagshälsovårdsenheter i landet visar bl.a. vilka personalresurser företagshälsovården har och hur dessa används. Undersökningen, som genomförs av Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF) och Statskontoret i samverkan, benämns i fortsättningen *branschenkäten*.

En annan enkätundersökning riktad till ett urval arbetsgivare har på Statskontorets uppdrag nyligen genomförts av Statistiska centralbyrån. Denna undersökning, som här kallas *företagsenkäten*, kastar också ljus över företagens nyttjande av företagshälsovårdens tjänster, bl.a. vad gäller rehabilitering.



Branschenkätens svarsfrekvens var i början av oktober 51 procent. Procenttalet har beräknats utifrån att 158 svar erhållits representerande 341 företagshälsovårdsenheter och att totalantalet företagshälsovårdsenheter beräknas vara 672. I branschenkäten ingick många frågor och många av de som sânt in svar har besvarat endast en del av frågorna. Detta gäller även frågorna om rehabilitering.

## Uppskattningar av insatserna

### Utredningsfasen

Av de 158 enkätsvaren innehåller 100 en fördelning av företagshälsovårdens verksamhet på olika uppgifter.

Det framgår att 11,8 procent av verksamheten avser utredningsfasen vad gäller arbete med rehabilitering. I utredningsfasen ingår individuell probleminventering, utredning, kartläggande samtal, bedömningar och framtagande av beslutsunderlag. Vidare ingår medverkan tillsammans med chef hos uppdragsgivare för framtagning av rehabiliteringsutredningar och samtal med externa instanser såsom försäkringskassa. Utredningsfasen omfattar således betydligt mer än det som kommer att bli uppgifter för företagshälsovården om HpH:s förslag om yttrande från företagshälsovården över rehabiliteringsunderlag blir genomfört.

Det framgår vidare att övrig verksamhet som avser rehabilitering uppgår till 12,3 procent av den totala verksamhetsvolymen. Behandlande verksamhet är den största posten med 8,2 procent. Vidare ingår utbildning och träning riktad mot riskgrupper i förebyggande syfte, 2,9 procent, och utbildning i rehabiliteringsmetodik, 1,2 procent.

Totalt omfattar rehabiliteringsverksamheten enligt branschenkätens preliminära resultat 24,0 procent av företagshälsovårdens verksamhet.

För att kunna beräkna nuvarande resursinsatser i årsarbetskrafter behövs förutom redovisade procentandelar av verksamheten också uppgifter om personalens storlek. Olika beräkningar grundade på enkätsvaren pekar på att 4 500 personer är anställda inom företagshälsovården. Under antagande om att antalet årsarbetare är 80 procent av antalet personer erhålls summan 3 600 årsarbetare inom företagshälsovårdssektorn.

Utredningsfasen i rehabiliteringsverksamheten, som enligt branschenkäten utgör 11,8 procent av verksamheten, motsvarar därmed 425 årsarbetare.



### Rehabiliteringsärenden där insatsen överstiger en timme

I branschenkäten ställdes en fråga om antalet rehabiliteringsärenden som företagshälsovården varit engagerad i de senaste 12 månaderna, där insatsen överstiger en timme. Svar på frågan har angetts i 98 av de inkomna enkätsvaren. Uppräknat till de sammanlagt 158 avgivna enkätsvar som täcker 341 företagshälsovårdsenheter har företagshälsovården varit engagerad i drygt 26 000 rehabiliteringsärenden från privata kunder och knappt 23 000 från offentliga kunder. Eftersom de 341 enheterna utgör 51 procent av totalantalet enheter kan vi uppskatta att företagshälsovården varit involverad i totalt 96 000 rehabiliteringsärenden, där insatsen överstiger en timme, under de senaste 12 månaderna.

Om i stället antalet enkätsvar räknas upp efter antalet anställda erhålls ett något lägre antal rehabiliteringsärenden, nämligen 86 000.

Ett tredje sätt att beräkna antalet rehabiliteringsärenden är att räkna upp antalet för ett helt företagshälsovårdsblock till riksnivå med hjälp av blockets andel av totalantalet anställda hos kundföretagen. På det sättet erhålls 88 000 rehabiliteringsärenden.

Ett genomsnitt av dessa tre beräkningssätt ger till resultat 90 000 rehabiliteringsärenden, där insatsen överstiger en timme. Vi använder oss av detta medeltal i fortsättningen.

I detta sammanhang får anmärkas att företagshälsovården också är involverad i ett okänt antal rehabiliteringsärenden, där insatsen inte överstiger en timme.

Vår beräkning att företagshälsovården är involverad i ca 90 000 rehabiliteringsärenden, där insatserna överstiger en timme, motsvarar 36 procent av de långa sjukfallen där arbetsgivare finns. Vår beräkning av antalet långa sjukfall redovisas i avsnitt 5.

Att ca 36 procent av de långa sjukfallen blir ärenden hos företagshälsovården, med en insats som överstiger en timme, är en realistisk siffra bestyrks av resultat från Arbetsmiljöverkets och Statistiska centralbyråns arbetsmiljöundersökning 2000. Denna visar att bland de svarande i undersökningen om arbetsorsakade besvär som varit sjukskrivna mer än fyra veckor i sträck uppgav 40 procent att en rehabiliteringsutredning gjorts. Tillgång till företagshälsovård är en fördel i detta avseende. Bland dem som var aktuella för en rehabiliteringsutredning hade en sådan gjorts i 44 procent av fallen om det fanns tillgång till företagshälsovård på arbetsplatsen men endast i 19 procent av fallen då företagshälsovård inte fanns att tillgå.

Ett resultat av företagsenkäten pekar i samma riktning. Där ställdes en fråga om företaget normalt engagerar företagshälsovård (eller motsvarande) i



framtagandet av rehabiliteringsutredningar enligt lagen om allmän försäkring. Här svarade ca 55 procent av företagen, kommunerna, landstingen och de statliga myndigheterna ja. Då har de små företagen med 2-49 anställda exkluderats. Tas de små företagen med sjunker procenttalet till 22 p.g.a. att småföretagen är så många och att de i endast 20 procent av fallen normalt anlitar företagshälsovård (eller motsvarande). Emellertid svarar de små företagen för en mindre del av de anställda och sjukskrivna, varför andelen fall med rehabiliteringsutredningar är högre. Tillägget "eller motsvarande" innebär att annan extern resurs än företagshälsovård inräknas. Procenttalet för företagen måste därför minskas något om endast företagshälsovården ska avses.

Vi gör den bedömningen att för de 36 procent av de långa sjukfallen, där företagshälsovården redan är involverad med minst en timme per fall, kommer inga ytterligare resurser att behöva tillföras företagshälsovården för att klara av uppgiften att yttra sig över arbetsgivarnas rehabiliteringsunderlag. I övriga fall kräver yttrandet ytterligare resurser om inte en omfördelning kan ske av nuvarande resurser. Ett resonemang kring detta förs i avsnitt 8.

## **5 Vilka resurser krävs för att avge yttrande i samtliga sjukfall?**

När det gäller att beräkna hur mycket resurser som kan komma att krävas vid ett införande av förslaget om yttrande från företagshälsovården är två faktorer avgörande, dels antalet sjukfall, dels resursåtgången i varje enskilt fall.

Det finns ingen löpande statistik över antalet sjukfall som uppnår 60 dagar i längd. Utifrån uppgifter om antalet sjukfall som pågick vid utgången av år 2000 och antalet sjukfall som samma år avslutades efter att ha pågått mer än 60 dagar, men mindre än ett år och 60 dagar, kan det uppskattas att ca 300 000 sjukfall uppnådde 60 dagars längd detta år. Eftersom de senaste årens utveckling inneburit en påtaglig ökning av antalet sjukfall förefaller det rimligt att anta att det år 2001 kommer att röra sig om fler sjukfall med samma längd. Vi kan med utgångspunkt i den utveckling av antalet sjukfall som hittills kunnat observeras anta att ökningen kommer att leda till ca 340 000 sjukfall i år. Det förslag som här diskuteras rör den del av dessa sjukfall där den enskilde har en arbetsgivare. Det finns ingen säker uppskattning av hur stor andelen med arbetsgivare är men Sjukförsäkringsutredningen har uppskattat den till 75 procent. Det skulle innebära att förslaget om yttrande från företagshälsovården berör ca 250 000 sjukfall per år.

Förslaget innebär att rehabiliteringsunderlag ska lämnas i alla dessa fall, och att ett yttrande från företagshälsovården ska fogas till alla underlag. Av förslaget framgår dock att underlagets omfattning kan anpassas till vad som är



befogat i varje enskilt fall. Det främsta syftet med såväl rehabiliteringsunderlaget som företagshälsovårdens yttrande är att försäkringskassan ska få underlag för att bedöma om det föreligger ett rehabiliteringsbehov. Uppgifter från deltagare i Statskontorets referensgrupp<sup>4</sup> gör gällande att ett rimligt antagande är att ca 20 procent av alla sjukfall på 60 dagar eller längre bör utgöra rehabiliteringsfall<sup>5</sup>. För närvarande är andelen mindre, men detta antas bero på att den nuvarande ärendemängden på försäkringskassorna gjort att man inte arbetar med alla fall som borde vara rehabiliteringsfall. För denna grupp är det rimligt att anta att resursåtgången för ett yttrande från företagshälsovården är omfattande. Efter diskussioner med delar av vår referensgrupp har det uppfattats som rimligt att uppskatta resursåtgången till sammanlagt 3,5 timmar per sådant fall, varav 1,5 timmar för en företagsläkare, 1 timme för en företagssköterska och 0,5 timmar vardera för en betendevetare och en sjukgymnast. Denna skattning utgör ett genomsnitt för resursåtgången i denna grupp.

Här är det viktigt att komma ihåg att denna resursinsats avser ett yttrande över arbetsgivarens rehabiliteringsutredning. Yttrandet ska å ena sidan inte ersätta det rehabiliteringsunderlag som arbetsgivaren ska ta fram och förväntas därför inte kräva resurser som motsvarar en fullständig utredning. Å andra sidan kan inte arbetsgivarens egen kompetens antas räcka till för att ge ett i alla delar komplett underlag, varför företagshälsovårdens tvärkompetens ska avspeglas i yttrandet. Vi utgår således ifrån att ett syfte med HpH:s förslag är att åstadkomma en allmän kvalitetshöjning i rehabiliteringsunderlagen.

För ytterligare en del av de 250 000 sjukfallen årligen kan resursåtgången antas vara lika omfattande. Dessa kan karaktäriseras av att de eventuellt har ett rehabiliteringsbehov, att frågan om och i så fall vilken ersättning som ska utges är osäker eller båda dessa karaktäristika. Vi har efter diskussioner med delar av referensgruppen funnit det lämpligt att utgå från att denna grupp sammantaget utgör en lika stor grupp som den ovan nämnda, dvs. ytterligare 20 procent av fallen. Även dessa antas kräva resurser motsvarande 3,5 timmar fördelade på olika personalkategorier på det sätt som angetts i föregående stycke.

Eftersom yttrande ska ges i samtliga fall som pågått i 60 dagar eller mer kommer en viss mindre resursåtgång att krävas även i de återstående 60 procenten av fallen. Här antas resurserna begränsas till ca 30 minuter per fall. All denna tid antas vara läkartid.

---

<sup>4</sup> I referensgruppen ingår företrädare för Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Försäkringskassaförbundet, Landstingsförbundet, HpH och Näringsdepartementet.

<sup>5</sup> Med rehabiliteringsfall menas här sjukfall som är föremål för Samordnad rehabilitering (SAR) vilket i försäkringskassans administrativa system utgör en markering för ett rehabiliteringsbehov.



Den sammanlagda resursinsatsen bedöms således motsvara 266 årsarbetare, fördelade på 141 läkartjänster, 63 sjukskötersketjänster, 31 beteendevetartjänster och 31 tjänster för sjukgymnaster. Beräkningarna av antalet årsarbetare bygger på ett antagande om 1 600 arbetstimmar per år och heltidstjänst.

I de nämnda uppskattningarna har utgångspunkten varit att företagshälsovården ska avge ett yttrande i samtliga fall. Detta utesluter inte att de angivna resurserna till viss del används för att tillsammans med arbetsgivaren ta fram de delar av rehabiliteringsunderlagen för vilka arbetsgivarens kompetens inte räcker till. Däremot har vi inte kalkylerat med att företagshälsovården som en följd av sitt deltagande i arbetet med rehabiliteringsunderlaget också kan komma att bli involverad i de åtgärder som arbetsgivaren bedömer behöver vidtas för att underlätta återgång i arbete. Vi återkommer emellertid till frågan i avsnittet om konsekvenser för företagshälsovården.

## 6 Resurstillskott

Enligt de beräkningar som gjorts ovan kommer införandet av ett obligatoriskt yttrande från företagshälsovården i samtliga sjukfall som pågått i 60 dagar att på heltid kräva 141 företagsläkare, 63 företagssköterskor, 31 beteendevetare och 31 sjukgymnaster. Vi har tidigare uppskattat att företagshälsovården i 36 procent av alla långa sjukfall redan i dag är involverad på ett sådant sätt att ingen ytterligare resursinsats krävs. Vi antar att dessa 36 procent är jämnt fördelade mellan de långa sjukfall som vi uppskattat kan kräva en mer resurskrävande insats och de som kräver mindre resurser<sup>6</sup>. Återstår gör således ett tillkommande behov i 64 procent av de långa sjukfallen uppgående till 90 företagsläkare, 40 företagssköterskor, 20 beteendevetare och 20 sjukgymnaster på heltid.

Efterfrågan på företagshälsovård, och därmed resursbehovet, påverkas av en rad faktorer. De beräkningar som här redovisas avser enbart det resurstillskott som behövs för att hantera HpH:s förslag om yttranden i samband med långa sjukfall. Statskontoret återkommer i sin huvudrapport med bedömningar av vad andra efterfrågepåverkande faktorer innebär för behovet av resurser.

---

<sup>6</sup> En annan fördelning skulle kunna antas. Det finns emellertid argument som talar både för att de 36 procenten i större utsträckning finns bland de mindre resurskrävande fallen som att de finns bland de mer resurskrävande fallen.

## Företagsläkare

Utifrån den branschenkät som Statskontoret och FSF låtit genomföra har vi gjort uppskattningen att det finns ca 600 företagsläkare verksamma inom svensk företagshälsovård.

När det gäller företagsläkarnas ålder visar det material och de uppgifter som vi har tagit del av att genomsnittsåldern är hög. Läkarförbundet genomförde hösten 2000 en undersökning av inkomstförhållanden och löneutveckling bland medlemmarna i Företags- och Skolläkarföreningen. Beträffande privatanställda företagsläkares ålder går följande att utläsa:

**Tabell 1 Ålder bland privatanställda företagsläkare**

Ålder	Antal läkare
-44	16
45-49	32
50-54	106
55-59	88
60-64	52
Totalt	294

Om det beräknade totala antalet företagsläkare antas ha samma åldersfördelning och läkarna antas gå i pension vid 65 års ålder innebär det att ungefär 21 läkare kommer att gå i pension per år under den kommande femårsperioden. Därutöver tillkommer de som pensionerar sig före 65 års ålder eller av andra anledningar inte arbetar kvar inom yrket. I gengäld kan det förekomma att vissa läkare arbetar kvar även efter fyllda 65 år samt att vissa läkare med företagshälsovårdsspecialitet som i dag inte är verksamma i företagshälsovården tillkommer<sup>7</sup>.

**Tabell 2 Inflödet, dvs. antalet läkare som genomgått Arbetslivsinstitutets utbildning för företagsläkare<sup>8</sup>**

År	Antal företagsläkare som avslutat utbildningen
1993	54
1994	29
1995	30
1996	30
1997	0
1998	35
1999	37
2000	0
2001	35

<sup>7</sup> Frågan om exakt vilken ålder som är normal pensionsålder är inte särskilt avgörande för uppskattningen av utflödet eftersom åldersfördelningen förefaller vara förhållandevis jämn i de högre åldrarna.

<sup>8</sup> Arbetsmiljöinstitutet svarade för företagshälsovårdsutbildningarna 1993 och 1994.



Om inflödet år 2001 är 35 och utflödet är ca 21 ger det en nettoökning på ca 14 läkare. För att genomföra HpH:s förslag behövs som tidigare nämnts 90 heltidsarbetande företagsläkare.

Om antalet utbildningsplatser dubblas så att 70 företagsläkare utbildas per år erhålls ett netto på 49 tillkommande läkare årligen. Efter två år har en nettoökning på ca 98 företagsläkare ha uppnåtts. Det är då möjligt att genomföra HpH:s förslag fullt ut, i vart fall vad avser behovet av företagsläkare.

Vi är medvetna om att man inom företagshälsovården i regel inte arbetar heltid utan arbetstiden är mellan 70 och 90 procent. Vi har inte tagit hänsyn till detta men utgår från att nyutexaminerade inom branschen arbetar större del av heltid än de som pensioneras och att hänsyn till deltidsarbete därmed slår mer på utflödet än inflödet, dvs. att det nödvändiga resurstillskottet uppnås något snabbare än beräkningarna ovan visar.

**Tabell 3**    **Inflöde, utflöde och nettoförändring av antalet företagsläkare vid fördubblad utbildning**

	Inflöde	Utflöde	Netto
År 1	70	-21	49
År 2	70	-21	98

## Företagssköterskor

Riksföreningen för företagssköterskor har drygt 1 400 sköterskor som medlemmar (maj 2001). Dessutom finns ett antal företagssköterskor som inte är medlemmar i föreningen. Enligt FSF finns det ca 2 000 sköterskor inom branschen.

Hösten 2000 gjorde Riksföreningen för företagssköterskor en undersökning som visar att åldersstrukturen hos medlemmarna är kraftigt snedfördelad.

**Tabell 4**    **Antal företagssköterskor i åldern 45 till 59 år**

Ålder	Antal företagssköterskor
45-49	223
50-54	432
55-59	344

Vi har för närvarande inte tillgång till någon uppgift om antalet företagssköterskor som är äldre än 60. Många företagssköterskor uppges gå i pension mellan 60 och 62 års ålder. Av sköterskornas åldersstruktur kan uppskattas att ca 70 kommer att pensioneras per år under de närmaste åren. Med andra ord finns ett utflöde på 70 per år, sannolikt ännu fler eftersom det beräknas finnas uppemot 2 000 företagssköterskor.

**Tabell 5** Inflödet, dvs. antalet sköterskor som genomgått Arbetslivsinstitutets utbildning för företagssköterskor under de senaste åren

År	Antal företagssköterskor
1993	88
1994	0
1995	0
1996	27
1997	31
1998	30
1999	30
2000	30
2001	30

De senaste åren har inflödet av företagssköterskor varit 30 per år. Detta medför en nettominusning på 40 sköterskor per år. Förutom att klara den minskningen måste det till 40 extra årsarbetskrafter för att klara HpH:s förslag. Om antalet utbildningsplatser utökas till 90 per år erhålls ett nettoöverskott på 20 sköterskor per år. Efter två år finns det 40 fler företagssköterskor. Även om beräkningarna avser antalet sköterskor snarare än antalet heltidstjänster bedömer vi att det redovisade tillskottet är tillräckligt eftersom vi, som i fråga om läkarna, bedömer att de nytillkomna arbetar större del av heltid än de som pensioneras.

**Tabell 6** Inflow, utflow och nettoförändring av antalet företagssköterskor vid 90 utbildningsplatser per år

	Inflöde	Utflyde	Netto
År 1	90	-70	20
År 2	90	-70	40

Det är i sammanhanget värt att notera att mellan åren 1981 och 1988 fanns mellan 120 och 200 utbildningsplatser per år för verksamma företagssköterskor. Dessutom fanns en kurs för blivande företagssköterskor. Under 1990-talets första år utbildades mellan 145 och 177 företagssköterskor per år.

## Beteendevetare

När det gäller beteendevetare ser bilden lite annorlunda ut jämfört med företagsläkare och företagssköterskor. Arbetsmiljöproblem av psykosocial natur, såsom stress, utbrändhet m.m., har allt mer börjat uppmärksammas. Företagshälsovårdsbranschen bedöms därför behöva ett tillskott av beteendevetare oavsett HpH:s förslag.

Utifrån branschenkäten har vi gjort en ungefärlig skattning av åldersfördelningen bland beteendevetarna inom företagshälsovården.

**Tabell 7    Antal beteendevetare i olika åldrar enligt branschenkäten (uppräknat till hela branschen)**

Ålder	Antal beteendevetare
<30	11
31-39	36
40-49	207
50-59	289
>60	22

När det gäller utflödet de närmaste fem åren beräknas 4-5 beteendevetare per år gå i pension. Den största gruppen beteendevetare återfinns i åldersintervallet 50-59 år, varför ett stort utflöde är att vänta på sikt.

**Tabell 8    Inflödet, dvs. antalet beteendevetare som genomgått Arbetslivsinstitutets företagshälsövårdsutbildning**

År	Antal beteendevetare
1993	30
1994	30
1995	19
1996	17
1997	24
1998	24
1999	0
2000	0
2001	0

Beteendevetarutbildningen, som legat nere sedan 1999, återupptas fr.o.m. första kvartalet 2002 och beräknas ha mellan 25 och 30 platser. Den utbildningsvolymen bedöms tillräcklig både för att klara ett utflöde på 5 och för att få in 20 nya beteendevetare, vilket beräknas räcka för att genomföra HpH:s förslag.

## Sjukgymnaster

Utifrån branschenkäten har vi gjort en ungefärlig skattning av åldersfördelningen bland sjukgymnasterna inom företagshälsövården.

**Tabell 9    Antal sjukgymnaster i olika åldrar enligt branschenkäten (uppräknat till hela branschen)**

Ålder	Antal sjukgymnaster
<30	15
30-39	124
40-49	281
50-59	250
>60	30

Utflödet genom pensionsavgång de närmaste fem åren beräknas uppgå till ca 6 sjukgymnaster per år. På sikt är dock stora pensionsavgångar att vänta eftersom många sjukgymnaster återfinns inom åldersintervallet 50-59 år.

**Tabell 10 Inflödet, dvs. antalet sjukgymnaster som genomgått Arbetslivsinstitutets företagshälsövårdsutbildning**

År	Antal företagssjukgymnaster
1993	75
1994	50
1995	ca 55
1996	ca 55
1997	ca 55
1998	58
1999	58
2000	57
2001	56

Våra beräkningar av utflöde och inflöde ger till resultat en nettoökning på ca 50 sjukgymnaster per år. För sjukgymnasternas del skulle det därmed vara möjligt att omgående genomföra HpH:s förslag, vilket beräknas kräva 20 heltidsarbetande sjukgymnaster.

### Övriga yrkesgrupper

Företagsläkare och företagssköterskor är två yrkesgrupper som vi bedömer kommer att medverka i företagshälsövårdens yttrande regelmässigt eller i stort sett regelmässigt över arbetsgivarens rehabiliteringsunderlag. Beroende av vilken typ av ärende det handlar om, exempelvis stress eller belastningsbesvär, involveras därefter beteendevetare eller sjukgymnaster. Därutöver finns det även andra yrkesgrupper, t.ex. arbetsmiljöingenjörer, som kan bli engagerade. Vi har emellertid valt att koncentrera beräkningarna på de yrkeskategorier som främst är involverade i rehabiliteringsarbetet i dag.

## 7 Känslighetsanalys

Konsekvenser av den typ av förslag som här har diskuterats bygger med nödvändighet på subjektiva uppskattningar av vilken insats som kommer att krävas i ett enskilt fall. Dessa subjektiva ”punktskattningar” ska inte ses som ett uttryck för att resursinsatsen antas vara enhetlig i varje fall utan utgör en skattning av en genomsnittlig insats. Helt säkert kommer spridningen mellan vilken insats som krävs i de ca 250 000 sjukfallen vara betydande.

Statskontoret har inte funnit något annat sätt att uppskatta den genomsnittliga resursinsatsen än den som redogjorts för. Metoden innebär betydande mått av osäkerhet. Det finns därför anledning att göra en känslighetsanalys av de viktigaste ingående variablernas betydelse för behovet av resurstillskott. Dessa variabler är andelen fall som kräver en mer resurskrävande insats från företagshälsövården (ovan uppskattad till 40 procent), resursåtgången i dessa mer resurskrävande fallen (3,5 timmar sammanlagt varav 1,5 timmar läkartid, 1 timme sjuksköterska, 0,5 timmar beteendevetare och 0,5 timmar sjukgymnast), resursåtgången i de mindre resurskrävande fallen (30



minuter läkartid) samt antalet timmar som en heltidstjänst faktiskt ägnar åt utdebiterad tid (1 600 timmar). Genomgående har antagandet om att behovet av resurstillskott endast berör de uppskattningsvis 64 procent av fallen som företagshälsovården i dag inte är involverad i mer än en timme.

Den uppskattning som gjorts av det antal sjukfall som skulle beröras av förslaget är i sammanhanget relativt säker men hänför sig till antalet sjukfall de senaste åren. Av flera skäl kan det vara värt att redovisa hur ett annorlunda antagande på denna punkt förändrar bilden. Den framtida utvecklingen av antalet sjukfall innebär en viss osäkerhet på kort sikt och en betydande osäkerhet på längre sikt. Dessutom har HpH lämnat ett alternativt förslag till inlämnande av rehabiliteringsunderlag vid 60 dagars sjukskrivning om sjuklöneperioden inte förlängs till 60 dagar enligt deras förslag. I sådana fall skulle underlaget, och därmed yttrandet från företagshälsovården, inlämnas redan efter 45 dagar. Ett obligatoriskt yttrande i alla sjukfall 45 dagar eller längre skulle med samma metod som användes tidigare uppskattas till ca 70 000 fler sjukfall än sjukfall 60 dagar och längre.

### **Andelen resurskrävande fall**

Den andel av sjukfallen i vilka yttrandet från företagshälsovården kan komma att kräva en mer omfattande resursinsats kan av flera skäl vara både större och mindre än de uppskattade 40 procenten. För varje procentenhet högre andel sådana fall skulle behovet av resurstillskott öka med 1,8 procent (1,1 procent för läkare och 2,5 procent vardera för de övriga yrkeskategorierna). På motsvarande sätt skulle en procentenhet lägre resurskrävande sjukfall innebära ett minskat behov av resurser på 1,8 procent.

### **Resursåtgången i de resurskrävande fallen**

I de nämnda resurskrävande fallen har den genomsnittliga resursinsatsen uppskattats till 1,5 timmar för en läkare, en timme för en sjuksköterska och en halvtimme vardera för en beteendevetare och en sjukgymnast. Om tidsåtgången för läkaren i stället uppskattas till en halvtimme mer eller mindre än 1,5 timmar skulle den totala resursinsatsen öka respektive förändras med 12 procent (22 procent av läkarresursen). På motsvarande sätt innebär en halvtimmes förändring av tiden för beteendevetare/sjukgymnast eller sjukskötersketiden en förändring med 12 procent (100 procent förändring på den enskilda yrkesgruppen).

Av skäl som framgår nedan i avsnittet om konsekvenser för företagshälsovården kan det vara av värde att redovisa ett specialfall av avvikelse från den ovan uppskattade resursåtgången, nämligen det där de krävande fallen betyder samma resurser som de mindre resurskrävande fallen. Om alltså dessa fall inte kräver mer än en halvtimme läkartid och ingen tid av övriga personalkategorier skulle således resurstillskottet vad gäller läkartid vara 44 procent lägre. Inga ytterligare resurser skulle krävas för sjuksköterskor och

beteendevetare i detta specialfall, dvs. de totala resurstillskottet minskar med 71 procent.

### **Resursåtgången i de mindre resurskrävande fallen**

I de mindre resurskrävande fallen har insatsen beräknats till en halvtimmes läkartid. För varje tio minuter förändring av denna genomsnittliga resursinsats skulle den totala resursinsatsen förändras med 6 procent (11 procent av läkarresursen).

### **Andelen arbetade timmar per heltidstjänst**

Av flera skäl kan även den tid som företagshälsovårdens personal faktiskt kan ägna åt aktivt arbete i de enskilda fallen komma att avvika från (troligen vara mindre än) de uppskattade 1 600 timmarna per år. Om antalet därigenom nedlagda timmar per heltidstjänst minskar med 6,5 procent (motsvarar en minskning från 1 600 timmar till 1 500 timmar) skulle den totala resursinsatsen behöva öka med 7 procent.

### **Antalet sjukfall som kräver yttrande från företagshälsovården**

Antalet sjukfall som berörs av förslaget har uppskattats till 250 000 sjukfall årligen. Om detta antal förändras med ett visst antal procent förändras det nödvändiga resurstillskottet med lika mycket (t.ex. 10 000 fler sjukfall som motsvarar 4 procent ökning leder till ett ytterligare behov av 4 procent resurser). I det fall förslaget om förlängd sjuklöneperiod inte införs och HpH:s alternativa tidsgräns om yttrande i 45 dagar långa sjukfall i stället införs (vilket uppskattats innebära 70 000 fler yttranden) skulle således behovet av resurser öka med 28 procent. I denna beräkning görs ett antagande om att de tillkommande fallen fördelar sig mellan mer och mindre resurskrävande fall på samma sätt som övriga.

## **8 Konsekvenser för företagshälsovården**

### **Yttranden över rehabiliteringsunderlag**

I avsnitt 6 har det resurstillskott beräknats som erfordras om HpH:s förslag om yttrande av företagshälsovården över rehabiliteringsunderlag i samtliga sjukfall över 60 dagar genomförs. Resurstillskottet uppgår till 90 företagsläkare, 40 företagssköterskor, 20 beteendevetare och 20 sjukgymnaster. Det har också i avsnitt 6 beräknats hur stor ökning av utbildningskapaciteten som behövs för att utöka resurserna i företagshälsovården till den nivå vi bedömer behövs för ett genomförande av HpH:s förslag.



Tillskottet utgör en betydande utökning av personalresursen i företagshälsovården om inte en omfördelning kan göras av företagshälsovårdens resurser. För att bedöma om en omfördelning är möjlig vill vi här återknyta till de uppskattningar som gjorts i avsnitt 4 av nuvarande resursinsats för utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsverksamhet. Enligt branschekäten ägnas 11,8 procent av företagshälsovårdens verksamhet åt utredningsfasen, som omfattar mycket mer än det som ingår i yttrande över rehabiliteringsunderlag. Utredningsfasen omfattar, som tidigare nämnts, probleminventering, utredning, kartläggande samtal, bedömningar, framtagande av beslutsunderlag, medverkan tillsammans med chef hos arbetsgivare för framtagning av rehabiliteringsutredning och samtal med externa instanser såsom försäkringskassa. Vi har uppskattat att företagshälsovårdens insatser för utredningsfasen uppgår till 425 årsarbetskrafter. Av dessa bör 160 årsarbetare avse läkare, 128 företagssköterskor och 52 psykologer/beteendevetare och 85 sjukgymnaster. Här har branschekätens fördelning på yrkeskategorier av hela rehabiliteringsverksamheten använts, dvs. såväl den utredande som den behandlande delen.

Om en omfördelning till yttrande över rehabiliteringsunderlag från andra moment inom utredningsfasen kan göras finns möjligheter att utan större dröjsmål genomföra HpH:s förslag. Det totala resursbehovet för yttrande över rehabiliteringsunderlag har ju beräknats, i avsnitt 6, till 141 läkare, 63 företagssköterskor, 31 beteendevetare och 31 sjukgymnaster. Den trånga sektorn utgörs av företagsläkare eftersom nästan alla, 141 av 160, skulle engageras i yttrande över rehabiliteringsunderlag.

För att nuvarande resurser kan räcka, efter omfördelning inom utredningsfasen av rehabiliteringsverksamheten, talar också vår beräkning, grundad på branschekäten, att företagshälsovården redan är involverad i ca 90 000 rehabiliteringsärenden med en insats som överstiger en timme. Antalet utgör 90 procent av det antal fall där ett resurskrävande yttrande över rehabiliteringsunderlag antas bli lämnat. Om vi, i stället för att anta att de 90 000 är jämnt fördelade över alla sjukfall, utgår från att dessa fall i princip är de i vilka det krävs mer omfattande resurser blir tolkningen av behovet av resurstillskott en annan. Om en omfördelning gjordes inom utredningsfasen i nuvarande rehabiliteringsverksamhet skulle inga ytterligare resurser behövas. Denna tolkning kan emellertid inte användas fullt ut eftersom vi bl.a. vet att en viss del av de anställda saknar tillgång till företagshälsovård.

Man kan även tänka sig en omfördelning av resurser från andra delar av rehabiliteringsarbetet eller rent av andra delar av företagshälsovårdens uppgifter. Detta skulle leda till ännu större förutsättningar för att HpH:s förslag skulle kunna genomföras och få genomslag omgående. Emellertid skulle en sådan omfördelning kunna leda till större negativa konsekvenser för den övriga verksamheten.

I detta sammanhang är det också viktigt att framhålla att tillämpningen av en regel om yttrande från företagshälsovården i samtliga långa sjukfall kan anpassas till den rådande resurstillgången. Om yttrandena från företagshälsovården anpassas till de för närvarande något begränsade resurserna är det tänkbart att resursåtgången för varje yttrande anpassas så att de tas fram i varje enskilt fall, men inledningsvis inte är så omfattande som på lite längre sikt. En annan möjlig anpassning skulle också kunna åstadkommas genom att yttrandena inte i alla fall kräver insatser från någon särskild yrkeskategori.

### **Andra konsekvenser**

Det är rimligt att förvänta sig, och det är också en önskvärd konsekvens, att förslaget om yttrande från företagshälsovården i alla fall som pågått 60 dagar och längre leder till att företagshälsovården i större utsträckning än i dag blir involverad i arbetsgivarnas arbete med framtagande av underlag för försäkringskassans rehabiliteringsarbete, de rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren själv ska vidta och även i arbetsgivarens arbete med förebyggande arbetsmiljöarbete. Även om de uppskattningar som gjorts ovan rörande resursinsatsen i de mer resurskrävande sjukfallen kan tänkas inkludera visst arbete med framtagandet av arbetsgivarens rehabiliteringsunderlag vid sidan av själva yttrandet, har ingen hänsyn tagits till de dynamiska effekter förslagen kan få. Dessa effekter ökar ytterligare resursbehovet inom företagshälsovården. Det har inte varit möjligt att inom ramen för detta uppdrag närmare storleksbestämma detta behov.

På längre sikt kan uppkomma positiva effekter på sjukfrånvaron och arbetsmiljöns påverkan på denna som leder till ett minskat resursbehov.

## **9 Konsekvenser för andra aktörer**

De konsekvenser av HpH:s förslag som vi behandlat i den här promemorian gäller främst företagshälsovården samt de organ, Arbetslivsinstitutet m.fl. som utbildar personal till företagshälsovården. Statskontoret återkommer till utbildningsfrågorna i sin huvudrapport.

I övrigt är det framför allt fem aktörer<sup>9</sup> vid sidan av företagshälsovården som kommer att beröras av ett införande av de förslag som framförts: Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, försäkringskassorna, primärvården och arbetsgivarna.

---

<sup>9</sup> Eftersom inriktningen på denna PM är att hantera administrativa konsekvenser tar vi inte upp de uppenbara effekterna för enskilda sjukskrivna och anställda, trots att det naturligtvis är sådana effekter som är målet med förslagen.



Arbetsgivarna är de som i störst utsträckning berörs. Som nämnts ovan bedömer vi att företagshälsovårdens yttrande i samtliga sjukfall kommer att innebära en utökning av deras insats i rehabiliteringsarbetet. Denna utökning ska bekostas av arbetsgivarna. Yttrandet och företagshälsovårdens medverkan i arbetet är emellertid ett stöd för arbetsgivarna, som kan innebära mindre insatser från egen personal<sup>10</sup>, i arbetet med rehabilitering. Förslaget innebär inte en utökning av arbetsgivarnas ansvar. Utöver de direkta effekterna av förslaget om obligatoriska rehabiliteringsunderlag med yttrande från företagshälsovården är målet att förstärka arbetsgivarnas och företagshälsovårdens gemensamma arbete med såväl rehabilitering som övrigt arbetsmiljöarbete. Detta bedöms leda till positiva effekter för såväl arbetsgivarna som samhället, men kan inledningsvis leda till ökade kostnader för arbetsgivarna.

De ökade kostnaderna för arbetsgivarna kan komma att bli mest kännbara för småföretagen därför att de i dag i liten utsträckning använder sig av företagshälsovården och därför att de mer än de större företagen påverkas av en långtidssjukfrånvaro. I Statskontorets kommande huvudrapport kommer småföretagens situation visavi företagshälsovården att behandlas. Att notera i sammanhanget är att de företag, oavsett storlek, som i dag anlitar företagshälsovården i rehabiliteringsutredningar i princip inte kommer att påverkas av HpH:s förslag.

Försäkringskassornas arbete påverkas även det i stor omfattning. Underlaget från arbetsgivarna och företagshälsovården är avsett att leda till såväl bättre beslutsunderlag som bättre och kanske också snabbare beslut, med en mindre insats från försäkringskassan. Den minskade insatsen hänför sig främst till att försäkringskassan i färre fall ska behöva inhämta kompletterande underlag från arbetsgivare och sjukvården. Man kan emellertid inte bortse från att effekten inledningsvis kan bli att behovet av rehabilitering hos de sjukskrivna uppmärksammas i fler fall. Detta kan inledningsvis leda till ett behov av utökade insatser från försäkringskassan, även om det på sikt är ämnat att leda till effektivare rehabilitering, färre sjukfall och mindre arbetsbörda.

Primärvården kan påverkas av förslaget genom att deras kompetens i större utsträckning än i dag kan kompletteras av företagshälsovårdens kompetens. Detta bör kunna leda till att primärvården avlastas och mer kan fokusera på de frågor som de har särskild kompetens att hantera.

Slutligen kommer både Arbetsmiljöverkets och Riksförsäkringsverkets tillsynsroller att påverkas. Förslaget innebär att rehabiliteringsarbetet förtydligas. Inte minst skulle ett införande av förslagen kräva en förberedande insats från de båda myndigheterna i utfärdande av föreskrifter och allmänna råd för att tidigt bilda en god praxis.

---

<sup>10</sup> I vår enkät till arbetsgivare har vi funnit att en stor del av arbetet med rehabilitering i dag bedrivs med hjälp av egen personal.



Den framtida tillsynen kan också behöva skärpas vad gäller efterlevnaden av de nya reglerna.



REGERINGEN

Näringsdepartementet

## BILAGA

Regeringsbeslut II 4

2001-03-29

N2001/3653/AR  
M

Statskontoret  
Box 2280  
103 17 STOCKHOLM

### Uppdrag att utreda ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård

#### **Regeringens beslut**

Regeringen uppdrar åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård skall kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna.

Statskontoret skall i arbetet utgå från gjorda kartläggningar av arbetsgivarnas m.fl. faktiska användning av företagshälsovårdstjänster och vid behov göra en kompletterande datainsamling. En analys skall göras av det faktiska utnyttjandet av företagshälsovård, bl.a. det faktum att en stor del av långtidssjukskrivna uppger att de inte varit i kontakt med företagshälsovården. Även innehållet i det befintliga utbudet skall analyseras, t.ex. i vad mån det varit möjligt att erbjuda förebyggande och rehabiliterande insatser som bygger på en bred kompetens.

Utifrån analysen skall Statskontoret skissera vilka olika åtgärder som kan vara möjliga för att uppnå ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård. Exempel på sådana åtgärder kan vara former för ökad samverkan mellan företagshälsovård, sjukvård och försäkringskassa, bättre förutsättningar för arbetsgivare – inte minst för de små företagen – att utnyttja företagshälsovård, bättre former för utbildning av personal till företagshälsovården, godkännande (certifiering) av företagshälsovårdstjänster etc. Frågor om utbildningen av företagshälsovårdspersonalen skall belysas.

Statskontoret skall i ett första steg analysera förutsättningarna och tidsperspektivet för förslagen från

utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:07, se nedan) om underlag från företagshälsovården i samband med långa sjukskrivningar, däribland i form av arbetsplatsutredningar bl.a. i arbetsskadeärenden enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring. Här i ligger en konkretisering av företagshälsovårdens roll inom ramen för förslagen och vilken betydelse detta kan ha för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Konsekvenserna av ett genomförande av förslagen skall så långt möjligt belysas. Statskontoret skall senast den 1 oktober 2001 överlämna ett underlag i denna del för HpH-utredningens fortsatta arbete.

Vid uppdragets utförande skall Statskontoret utgå från att principen skall vara att företagshälsovården även i fortsättningen skall tillhandahållas på marknadsmässiga grunder.

Uppdraget skall utföras i nära kontakt med HpH-utredningen. Material och underlag som är relevant för uppdraget skall inhämtas från Arbetsmiljöverket och andra organ med god kännedom om sakområdet.

Slutredovisning av uppdraget skall ske senast den 21 december 2001.

## **Bakgrund**

Under flera decennier utvecklades ett företagshälsovårdssystem för att förbättra arbetsmiljön som byggde först och främst på en samverkan mellan arbetsmarknadens parter, manifesterat bl.a. i centrala arbetsmiljöavtal. Staten lämnade ett stöd till användandet av företagshälsovård som i början av 1990-talet uppgick till ca 1 miljard kronor årligen. Efter att arbetsmiljöavtalen sades upp och det statliga stödet upphörde i början av 1990-talet har företagshälsovårdens ställning förändrats.

Under 1990-talet har företagshälsovården blivit en marknadsaktör utan statsbidrag. Branschen har strukturrationaliserats till färre men större enheter. Antalet personer verksamma i företagshälsovården har minskat med ungefär en tredjedel. Medelåldern för de anställda är idag hög, vilket kommer att medföra stora personalavgångar under nästa femårsperiod. För några av företagshälsovårdens yrkeskärer går det att förutse en brist på arbetskraft när

nyrekryteringsbehovet ökar. Samtidigt har utvecklingen av arbetsmiljöproblemen medfört ett ökat behov av en kompetent resurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet med bred tillgänglighet och förtroende på både arbetsgivar- och arbetstagsidan.

Enligt förslag i propositionen Företagshälsovård (1998/99:120) genomfördes fr.o.m. den 1 januari 2000 ändringar i arbetsmiljölagen som bl.a. innebar att företagshälsovård definierades på följande sätt: "Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa". Genom ändringarna infördes också en skyldighet för arbetsgivaren att svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. I propositionen uttalade regeringen att frågan om utbildning av företagshälsovårdens personal borde analyseras ytterligare och att regeringen avsåg att återkomma i denna fråga.

Den alarmerande ökningen av ohälsan, särskilt långa sjukskrivningar, fortsätter. Antalet långtidssjukskrivna uppgår nu till ca 90 000 personer. Även antalet förtidspensioneringar ökar. Sjukförsäkringsutredningen konstaterar att en väsentlig orsak till skillnader i sjukfrånvaro är olikheter när det gäller arbetsmiljö. Den arbetsgrupp inom Näringsdepartementet som skall ta fram en handlingsplan på arbetsmiljöområdet har i en delrapport (Ds 2000:54) ställt samman statistik och olika undersökningar (bl.a. SCB:s arbetsbesvärs- och arbetsmiljöundersökningar) som sammantaget visar ett samband mellan å ena sidan ökningen av långa sjukskrivningar och å den andra ökad stress och arbetsbelastning i arbetslivet. Samtidigt framgår att många traditionella arbetsmiljörisker finns kvar.

Sjukförsäkringsutredningen har, vad gäller företagshälsovård, fokuserat på företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsverksamheten och därvid bl.a. lyft fram den s.k. Värmlandsmodellen. Modellen innebär i korthet att samarbetsavtal sluts mellan företagshälsovård, försäkringskassa och primärvård. Den får därigenom dels en fast "bas" för sin verksamhet, dels en möjlighet till återkoppling till arbetsplatsen med sikte på förebyggande åtgärder.

Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:07) föreslår i sin första delrapport (Handlingsplanens uppläggning och inriktning, 2001-02-15) bl.a. att arbetsgivare skall åläggas att senast dag 45 lämna rehabiliteringsutredning med underlag från företagshälsovård (eller motsvarande) till försäkringskassan i pågående fall.

Den nämnda arbetsgruppen inom Regeringskansliet har bl.a. lyft fram behovet av särskilda samhällsinsatser för att underlätta för mindre företag och organisationer att anlita företagshälsovård. Arbetsgruppen tar också upp den allmänna frågan om hur samhället skall kunna stödja utvecklingen av en företagshälsovård med hög kvalitet. Arbetsgruppen tar också upp frågan om certifiering av företagshälsovårdsenheter och/eller personcertifiering av olika personalkategorier inom företagshälsovården. En annan fråga som tas upp är behovet av spridning till arbetsplatserna av arbetsmiljökunskap.

På regeringens vägnar

Mona Sahlin

Lars Dirke

Kopia till

Socialdepartementet/SF  
Utbildningsdepartementet/UH  
Finansdepartementet/BA