



ARBETSLIVET – DEN SAKNADE PUSSELBITEN I SJUKVÅRDSDEBATTEN

INNEHÅLL

INLEDNING	sid 3
SJUKVÅRDSPUSSLET	sid 5
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD PÅ TRE BEN	sid 7-13
EFFEKTIV VÅRD FÖR DE MEST FRISKA	
EFFEKTIV PREVENTION	
EFFEKTIV SAMHÄLLSEKONOMI	
ARGUMENTEN MOT	
EN NUTIDA MODELL	sid 14-17
DET STATLIGA BENET	
STARKARE EXPERT MED ETT BREDARE UPPDRAG	sid 18-19
FRÅN OBLIGATORIUM TILL SJÄLVKLARHET	
DEN SAKNADE PUSSELBITEN	sid 20-21

Det är vintern 2020/2021 och Sveriges regioner rustar sig för en mastodontuppgift. Hela den vuxna befolkningen, därav ca 5 000 000 sysselsatta, ska få vaccination mot covid-19. Debattens vågor går höga kring om det ska hinna bli klart till sommaren. Ska vi äntligen slippa ut ur våra hemfängsel, ska samhällsekonomin äntligen få börja återhämta sig? Vilken tur att det finns en organisation med närvaro på en stor del av landets arbetsplatser, med stor erfarenhet av att årligen vaccinera hundratusentals mot säsongsinfluensan. Företagshälsovården skulle göra det möjligt för många att vaccineras i anslutning till den egna arbetsplatsen, något som kan vara avgörande för alla som inte bara kan ta ledigt för att ta sig till en vårdcentral mitt på dagen. Ändå blev det inget av den lösningen. Regionerna satte upp tält, lanserade vaccinbussar, anlidade helt andra privata aktörer och gjorde det mesta utom att använda en befintlig väl beprövad resurs. Detta är bara ett av många exempel på att den offentliga hälso- och sjukvården rört sig allt längre bort från den organisation som arbetar med hälsa på Sveriges arbetsplatser. Hur det är förenligt med god och nära vård är oklart.

Sveriges Företagshälsor är företagshälsovårdens branschorganisation och representerar majoriteten av de aktörer som bedriver en riktig företagshälsovård bestående av mer än 4 000 experter inom arbetsmiljö, hälsa och prevention. Dessa bistår dagligen Sveriges alla arbetsgivare i frågor kring arbetsmiljö och hälsa, ett arbete som inte bara förbättrar produktivitet, kvalitet och organisationernas resultat, utan det påverkar även den enskildes hälsa på kort och lång sikt.

Med denna skrift vill vi ge vårt bidrag till hälso- och sjukvårdsdebatten, en debatt som oftast glömmer bort de behov som den arbetande delen av befolkningen har, och som oftast handlar om hur vi ska ta hand om problem som uppstår och som allt mindre fokuserar på hälsa.

Den arbetande delen av befolkningen är den friskaste delen av befolkningen, men även i grunden friska människor har olika typer av hälsoproblem. Det speciella för den arbetande delen av befolkningen är just att arbetet ofta spelar en avgörande roll i den enskildes hälsoutveckling.

Arbetet som sådant och den påverkan det har på den enskildes hälsa tas det ofta liten eller ingen hänsyn till alls i hälso- och sjukvårdsdebatten. Detta samtidigt som vi vet att insatser på arbetsplatsen tillsammans med adekvat bistånd till arbetsplats och enskild ofta förhindrar långa sjukskrivningar, kroniska sjukdomar och höga samhällskostnader. Varför skulle inte tidiga signaler på sjuklig stressreaktion kunna remitteras till företagshälsovården? Varför kämpar varje vårdcentral med att få rehabiliteringskoordinatorer att fungera när kopplingen till arbetsgivare och kunskap om arbetsförmåga och sjukförsäkring redan finns samlad i företagshälsovården?

Ambitionen med den här rapporten har varit att mycket översiktligt diskutera hur idén om en företagshälsovård på tre ben skulle kunna bidra till en reform av svensk hälso- och sjukvård. Det är förstås inte exakt den lösningen som behöver vara svaret men en hel del talar för att hela pusslet blir något lättare att lägga om alla pusselbitar finns på bordet. Även den som handlar om arbetslivet, arbetsplatserna och de som arbetar. Rapporten är författad av Petter Odmark, som har lång erfarenhet inom området och som i dag är Analyschef på RE-Think Care.

Stockholm mars 2022

Peter Munck af Rosenschöld

Vd Sveriges Företagshälsor

SJUKVÅRDEPUSSLET

Svensk sjukvård är i förändring. I varje fall på papperet. Och även i verkligheten, om än kanske inte alltid i samma riktning som på papperet. Det pågår sedan ganska många år ett stort utredningsarbete kring det som ofta kallas "God och nära vård", eller "Effektiv vård" som det betänkande hette som var startpunkten. Utredarna Göran Stiernstedt och Anna Nergårdh har högst påtagligt blåst nytt liv i de stora sjukvårdsfrågorna.

Parallellt med utredandet rör sig verkligheten. Det finns många riktningar förstås men knappast någon är lika central som "nätläkeriet". Ett antal företag har, med offentlig finansiering, på många sätt ritat om både sjukvårdskartan och förändrat förutsättningarna för hela diskussionen kring svensk hälso- och sjukvård.



Något vanvördigt kanske det går att säga att dessa två reformkrafter ägnar sig åt diametralt skilda sjukvårdskonsumenter – de mest sjuka och de mest friska. Ett annat perspektiv är att se det som sjukvård som system eller sjukvård som tjänst. Ytterligare ett begreppspar som kan användas för de olika rörelserna är, kontinuitet kontra tillgänglighet.



I grunden handlar det om en hälso- och sjukvård som både klarar att skapa kontinuitet och sammanhållna kedjor när det behövs, och samtidigt förmår möta sällanbesökarna på ett sätt som ser till att det finns en kontakt när den efterfrågas och faktiskt respekterar enskilda människors behov av en sjukvård som anpassar sig till våra liv och inte tvärtom. Det finns en betydande, både nödvändig och onödig, konflikt mellan perspektiven.

En vanlig kritik mot ett starkt fokus på tillgänglighet och service är att vården måste vara till för de svårast sjuka. Och visst är det så, prioriteringsgrunderna är tydliga på den punkten. Men det räcker inte som vägvisare. Sjukvården måste vara till för alla. Den som ägnat någon tid alls åt cancervård, hjärtsjukvård eller av multisjuka äldre inser snabbt att vården av de svårast sjuka är full av brister. En hårt dragen prioriteringsgrund skulle lämna litet utrymme åt trasiga menisker, höga blodtryck eller diabetes typ-2. Så kan inte en offentlig hälso- och sjukvård fungera, inte någonstans.

Däremot måste självklart prioriteringar göras. En av de tydligare är kanske att vården är till för de sjuka. Det kan verka givet men samtidigt pekar allt fler på vikten av förebyggande insatser och att den bästa behandlingen är att hindra sjukdom från att uppkomma. Det finns många effektivitetsargument för mer primärprevention men den kommer, av naturliga skäl, sällan längre än till planer och strategier.

För att ytterligare komplicera bilden blir diskussionen ofta mer fokuserad på de arenor där vårdmötena sker snarare än innehåll och processer. Vårdcentralen ställs mot sjukhuset, äldreboenden har väckt nytt intresse i samband med covid och pandemin har dessutom ytterligare spätt på utvecklingen mot allt fler distanskontakter. Lägg därtill en tydlig rörelse mot mer vård i hemmen. Utöver att på olika sätt vara kopplade till frågan om system eller tjänst rymmer diskussionen kring arenorna många starka organisationsintressen.

Bortom enkla dikotomier och konfliktytor finns det förstås hundra olika nyanser och många kloka resonemang om hur motsättningar kan överkommas. Och förstås helt andra konflikter och komplikationer än som nämnts här. Faktum kvarstår, svensk sjukvårdsdebatt är ett svårlöst pussel och ingen hållbar lösning går att bygga på att bara blunda för hälften av bitarna.

Ambitionen med den här rapporten är att undersöka vad som händer om en ny pusselbit läggs till. Det kan verka som en besynnerlig idé att addera ytterligare komplexitet men kanske är det faktiskt en bit till som behövs. Frågan är vad som händer med pusslet om arbetsplatsen och företagshälsovården adderas.

Utgångspunkten är den idé om en Företagshälsovård på tre ben som lanserades inom ramen för Socialförsäkringsutredningen i början av 2000-talet. Ursprungligen var det en tanke med nära koppling till problem och behov inom sjukförsäkringen men med tydliga konsekvenser också i ett bredare hälso- och sjukvårdsperspektiv. Tanken med denna skrift är att pröva vad någonting i stil med en företagshälsovård på tre ben skulle kunna bidra med inom ramen för dagens debatt kring hälso- och sjukvården som helhet.

FÖRETAGSHÄLSOVÅRD PÅ TRE BEN



Den grundläggande tanken bakom företagshälsovård på tre ben var att dagens, vanligaste, form av företags-hälsovård skulle byggas ut med två nya uppgifter. Den skulle ta över skadereglering av sjukförsäkringen från Försäkringskassan och den skulle bedriva primärvård för de anställda som var anslutna.

Inspirationen kom till stor del från andra länder där sjukförsäkringen fungerade bättre och där företagshälsovården spelade en viktig roll. Genom att knyta hanteringen av sjukfall betydligt närmare arbetsplatsen skulle både det förebyggande och rehabiliterande arbetet kunna stärkas. I synnerhet det förstnämnda bygger dock på att det också finns en vardaglig vårdkontakt, att företagshälsovården är första linjens vård för de anställda. På det sättet skapas en kontakt och kontinuitet som gör att problem kan upptäckas tidigt. Genom att samtidigt ha det traditionella ansvaret att känna och stödja organisationen i allmänna arbetsmiljöfrågor skapas möjlighet för företagshälsovården att vara aktiv både på den individuella och den organisatoriska nivån.

En företagshälsovård på tre ben var starkt influerad av den finska modellen där över två miljoner anställda har företagshälsovården som sin primärvård och där den spelar en nyckelroll i sjukskrivningsprocessen, med mycket goda resultat på båda områdena.

Modellen nådde så långt att den fanns med i regeringens budgetproposition 2007. Det som förmodligen föllde den var kritik som riktade in sig på att det skapades ett parallellt offentligt sjukvårdssystem just för anställda med företagshälsovård. Det var i det läget en modell som, av tillräckligt många, inte sågs som förenlig med jämlik vård för alla. Mycket har hänt sedan dess, inte minst i den svenska sjukvårdsdebatten. Och det kan finnas anledning att återbesöka tankarna bakom modellen och undersöka vad en likartad lösning skulle kunna bidra med i färdens mot en god och nära vård. Kanske kan den bidra till att göra pusslet lite lättare att lägga.

Det är framför allt på tre områden där företagshälsovården och arbetsplatserna kan vara ett särskilt intressant bidrag.

EFFEKTIV VÅRD FÖR DE MEST FRISKA

Primärvården är arenan för många förväntningar och förhoppningar. Det är samtidigt en verksamhet hårt pressad av de uppdrag den redan har. På många sätt slits den mellan drömmen om en sammanhållande aktör som står för kontinuitet och samordning och kraven på ökad tillgänglighet och flexibilitet. Kontinuitet är bevisat värdefullt. Över tid och för dem där det visar sig att den behövs. Det värdet är inte lika uppenbart för den som sällan möter vården och där behoven, i stunden, formas mycket av smidig tillgång till ofta okomplicerade insatser. Primärvården har i dag svårt att klara kontinuitet och kontakt med stora kronikergrupper som verkligen behöver det. Den skulle dessutom behöva komma betydligt närmare den



stora gruppen av mest sjuka äldre som ofta kastas mellan alldeles för många olika vård- och omsorgskontakter.

Det finns givetvis individer med olika behov i alla grupper. Som grupp är dock befolkningen i arbetsför ålder förmodligen inte den som främst behöver prioriteras inom ramen för dagens primärvård. Det finns många andra där vinsterna är större. Det finns också många andra grupper där styrkorna med dagens primärvård skapar större nytta.

Det speciella med den arbetande befolkningen är att frågor kring hälsa och ohälsa oftast har en stark koppling till arbete och arbetsförmåga. Det är sant i många dimensioner.

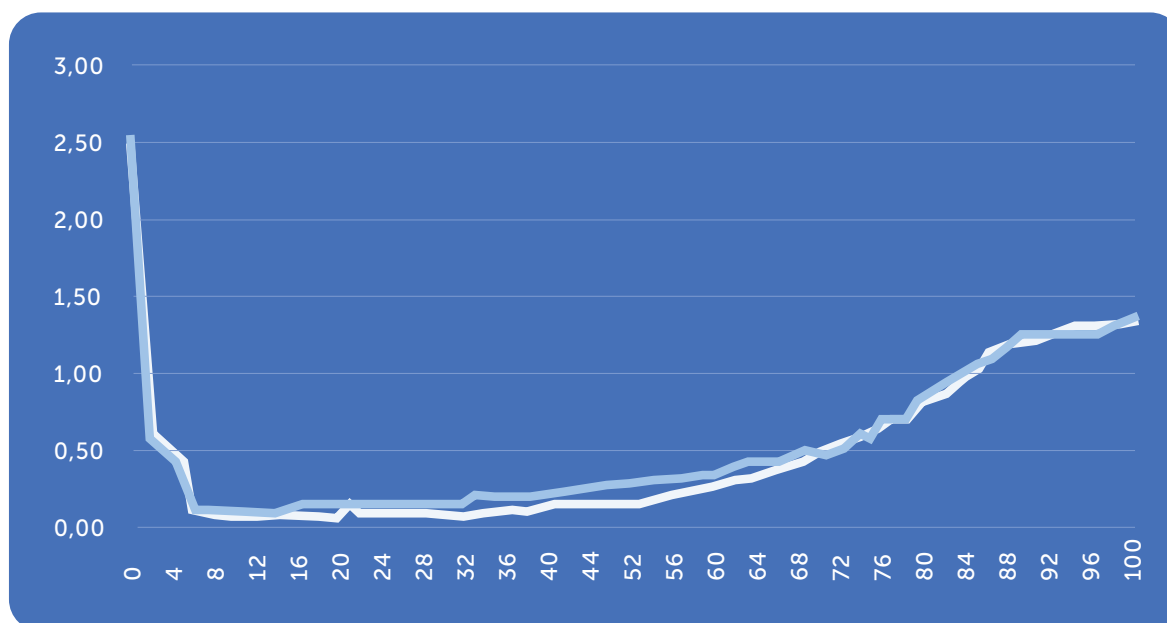
Nedsatt hälsa hos den som arbetar landar snabbt i en fråga om arbetsförmåga. Många kontakter med vården handlar specifikt om behov av intyg kopplat till sjukfrånvaro, något som regelbundet blir en debattfråga där personal i primärvården klagar på allt för stor tidsåtgång och konflikter med både Försäkringskassa och patienter. Ohälsa i den arbetande befolkningen har också, inte sällan, en direkt koppling till förhållanden i arbetet. Faktum är att bland dem, mångbesökarna, i arbetsför ålder som har mest kontakt med primärvården är det psykosociala problem som dominerar, ofta kopplat till stress och arbete. Undersökningar visar att upp emot hälften av alla primärvårdsbesökare i arbetsför ålder är stressade, oavsett anledning till besöket. Av dem är det drygt hälften som uppvisar symptom på utmattningssyndrom. Att hantera den arbetsplatsnära ohälsan är inte en av den vanliga primärvårdens främsta styrkor. Den skulle kanske kunna bli det men frågan är, på bekostnad av vilka andra uppdrag.

En annan koppling mellan hälsa och arbete är mer praktisk. Flexibilitet, närhet och tillgänglighet är viktiga krav på kontakter med vården för den som ska balansera heltidsarbete och

privatliv. Att kunna besöka vårdcentralen på lunchen, att snabbt få hjälp med det som kanske är medicinskt banalt men ett stort hinder i vardagen, att prioritera tillgänglighet över kontinuitet, det kanske inte är vårdpolitiskt prioriterade behov men det är vanliga prioriteringar i vardagen. Det är ingen slump att arbetsgivare är beredda att betala försäkringspremier. Det är också naturligt att otroheten mot den vårdcentral där man är listad är som störst i storstadsområden där det ofta är stora avstånd, åtminstone i tid, mellan bostaden och arbetet.

Effektiv primärvård för den arbetande befolkningen kan vara något annat än för många andra grupper. Inte alltid och i alla dimensioner men kanske i tillräckligt ofta och i många. Det är också möjligt att det för hälso- och sjukvårdens skull är klokt att inte kräva att primärvården som den fungerar i dag ska vara allt för alla.

Ser man till användning av primärvård finns det, som med mycket vård, en tydlig åldersprofil. Kurvan nedan visar hur olika åldrar vikts i Västra Götaland när det gäller vårdbehov i primärvården. Den genomsnittliga 80-åriga mannen har nästan åtta gånger så stort behov som den genomsnittliga 40-åriga mannen. Det betyder i praktiken att primärvård för en anställd inte är en särskilt betungande kostnad. Nettokostnaden för primärvård, inkl. läkemedel, är ca 5 500 kr/inv. För en person i arbetsför ålder är det betydligt lägre. I runda tal motsvarar kostnaden runt en halv procent av lönekostnaden för medianlönen i Sverige och ungefär en femtedel av kostnaden per sysselsatt för sjukförsäkringen.



I förslaget om företagshälsovård på tre ben byggde mycket av argumentationen på vinster för sjukförsäkring, sjukskrivningsprocess och arbetsmiljö. Alla de argumenten är giltiga även i dag men det finns anledning att också fundera över vad vinsterna skulle kunna vara ur ett mer renodlat sjukvårdsperspektiv. God och nära vård för alla – vad betyder det egentligen för personer i arbetsför ålder? Och har dagens primärvård något att vinna på att inte behöva vara allt för alla?

ARBETSANPASSNING? JOBBA? FÖRETAGS- HÄLSOVÅRD? OHÄLSA? LÄKARE?

PRIMÄRVÅRD?
SJUKVÅRD?

EFFEKTIV PREVENTION

Det finns en bred enighet om behovet av att inte bara behandla ohälsa utan också arbeta aktivt med att främja hälsa. För att minska lidande och få hållbarhet i svensk hälso- och sjukvård måste mer resurser satsas på att förebygga ohälsa, skrev Socialstyrelsen i en rapport för några år sedan. Utredningen om god och nära vård har gång på gång lyft denna del av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Det finns många skäl till att detta är svårt att åstadkomma.

Vi möter hälso- och sjukvården när vi drabbas av ohälsa. Det mötet kommer oundvikligen främst att handla om det vi söker för. Och när vi inte lider av ohälsa blir det inget möte. Här finns ett grundläggande problem, arenan är till för andra möten. Visst kan prevention vara en del av mötet men det blir i kamp med mycket annat.

Ett antal regioner arbetar med hälsosamtal. En inbjudan går till alla i en viss åldersgrupp. Det finns ofta en särskild ersättning för dessa samtal, i Östergötland får till exempel vårdcentralen 900 kr för genomfört samtal. Det är mer än en tredjedel av vad all primärvård i genomsnitt kostar för en person i de åldrar som kallas. Det är lätt att se risken för konkurrens mellan att möta sjuka och möta friska. Faktum är att i en verksamhet som kämpar för att få resurserna att räcka till de svårast sjuka är det inte lätt att skapa utrymme för samtal om att främja hälsa. Regionrådet Marie Morell i Östergötland vill inte lägga mer pengar på hälsosamtal, det är ”den ena som ska betala och den andra som tar hem vinsten tyvärr, säger Marie Morell.”

Samtidigt finns det en arena där preventivt arbete inte bara har goda förutsättningar i vardagen utan där dessutom vinsterna kan vara både direkta och stanna kvar i organisationen. Alla arbetsgivare är skyldiga att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Fokus i detta ligger förstås på att



skapa hälsosamma arbetsplatser. Samtidigt har det arbetsplatsnära förebyggande arbetet en direkt koppling till individuella förhållanden, till levnadsvanor och till nytta för både den enskilde och organisationen av en god hälsa. Med en stark och närvarande företagshälsovård som möter anställda både i hälsa och ohälsa skapas ovanligt goda förutsättningar för ett levande hälsofrämjande arbete.

Hälsoundersökningar inom någon form av företagshälsovård är sannolikt väldigt mycket vanligare än hälsosamtal inom hälso- och sjukvården. Samtidigt riskerar de att ske i isolering och utan tydlig uppföljning eller koppling till andra vårdkontakter. Inom ramen för en företagshälsovård på tre ben skulle de tydligt kunna kopplas både till andra kontakter och till samtal om risk för arbetsoförmåga eller nedsatt förmåga i arbetet. En företagshälsovård som har ansvar för både primärvård och skadereglering i korta sjukfall skulle ha stora möjligheter att arbeta såväl individualpreventivt som att kunna vara ett starkt stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet. För den enskilde skapas en tydlig koppling mellan den egna hälsan och något så viktigt som den egna prestationen i arbetet.

Prevention och hälsofrämjande arbete för personer i arbetsför ålder är dessutom nära kopplat just till förhållanden i arbetet. Det gäller inte bara rena arbetsmiljöförhållanden utan även frågor kring till exempel kost och motion är ofta relaterade till situationen i arbetet i bred mening. Både konsekvenser och förutsättningar har förutsättningar att bli nära och konkreta på ett annat sätt än vid enstaka samtal på en vårdcentral.



EFFEKTIV SAMHÄLLSEKONOMI

En stor del av sjukvårdsdebatten handlar om ersättningsmodeller, ekonomiska drivkrafter och stuprör som bidrar till bristande helhetssyn. Till viss del kanske effekterna är överdrivna men grundfrågorna återkommer inom många områden i samhället – satsningar på ett ställe ger vinster på ett annat. Och försök att styra genom finurliga ekonomiska incitament skapar oundvikligen nya problem. När det gäller kopplingar mellan hälso- och sjukvården och arbetslivet har det funnits försök att skapa bryggor. Den så kallade sjukskrivningsmiljard som fanns under en tid syftade till att skapa ekonomiska incitament för hälso- och sjukvården att göra insatser som kunde leda till lägre sjukfrånvaro. Ett grundläggande problem var att de möjliga vinsterna för vården var så små på marginalen att de knappast påverkade beslut i någon större utsträckning. På nittioalet fanns det mer radikala tankar om att helt enkelt slå ihop hälso- och sjukvården med sjukförsäkringen. Idéerna har gemensamt att de utgår från insikten att vad som händer i hälso- och sjukvården har en stor betydelse för anställda, arbetsgivare och arbetsmarknad men att det perspektivet har liten påverkan på hur vården organiserar och prioriterar.

En företagshälsovård på tre ben var tänkt att inte bara organisatoriskt utan även ekonomiskt, förena flera stuprör. Mycket skulle förstås bero på hur finansiering och ekonomiska relationer konstrueras men det finns flera möjliga spår.

Tre ben betyder tre uppdrag och tre finansieringskällor. Regionerna köper hälso- och sjukvård, staten köper skadereglering av sjukförsäkring och arbetsgivare köper stöd i det egna arbetsmiljöarbetet. Det blir möjligt för stat och regioner att kanalisera de satsningar som görs på arbetsplatsnära stöd och rehabiliteringsuppdrag direkt till företagshälsovården. Det skulle vara en organisation med betydligt bättre förutsättningar att lösa de uppdragen än de aktörer som i dag får medlen. Ett mer samlat ansvar för anställdas hälsa ger i grunden utrymme för mer samlade ekonomiska resurser. Det skapar i sin tur förutsättningar för mer av helhetssyn och ett utrymme att väga olika insatser mot varandra.



ARGUMENTEN MOT

Företagshälsovård på tre ben var främst ett svar på utmaningar inom sjukförsäkringen. Idén föddes inom ramen för ett utredningsarbete som syftade till en starkare och stabilare sjukförsäkring. Modellen föll till stor del på att den kolliderade med principen om en sammanhållen hälso- och sjukvård med en primärvård för alla. Det skulle förstås gå att ompröva den frågan men faktum är att det också finns anledning att värdera idén utifrån den direkta effekten på det som i dag är företagshälsovårdens kärna. Företagshälsovård är en verksamhet specialiserad på att förebygga ohälsa, främja hälsa och skapa arbetsplatser med god och säker arbetsmiljö. Det är en specialistverksamhet. Frågan är vad som skulle hända med den specialiseringen om den samtidigt ska svälja ett stort primärvårdsuppdrag. Att det fungerar väl i till exempel Finland är ingen garanti för att en sådan förvandling skulle fungera i dagens svenska förhållanden. Risken är att många av utmaningarna i dagens primärvård bara flyttas över till företagshälsovården och att det unika fokuset på arbetslivshälsa kommer i skymundan. I stället för att stärka företagshälsovårdens specialiserade verksamhet kan det gå i motsatt riktning.

Ett tydligt primärvårdsuppdrag för företagshälsovården kan vara ett sätt att stärka förutsättningarna för både det individbaserade rehabiliteringsarbetet och det övergripande organisatoriska förebyggande arbetet. Samtidigt är det en väldigt stor förändring för att åstadkomma något som kanske kan uppnås med mer riktade förändringar.

Intresset för att bli en fullskalig primärvårdsaktör tycks också vara begränsat hos dagens företags- hälsovårdsaktörer. Till stor del tycks det ”motståndet” bygga just på en oro att den egna särarten och specialistrollen kan komma att bli lidande. Utvecklingen inom sektorn de senaste 5–10 åren har ju också gått i riktning mot att främst bygga en ännu starkare evidensbaserad kunskapsbas för just uppdraget som specialist på arbetslivshälsa.

Frågan är om kanske mindre dramatiska förändringar kan ge likartade nyttor. Det finns fortfarande anledning att fundera på rollfördelningen mellan primärvård och företagshälsovård. Svenska Distriktsläkarföreningen och Svenska Företagsläkarföreningen presenterade 2010 ett gemensamt dokument med tankar kring hur rollfördelning och samarbete skulle kunna se ut. En grundläggande tanke var att företagshälsan skulle kunna bli en tydligare specialistnivå dit primärvården skulle kunna remittera personer. Kanske kan det spåret vara ett mer fruktbart alternativ än att stuva om i hela primärvårdsstrukturen. Och ett sätt att ändå uppnå en del av vinsterna som diskuterats i avsnittet ovan, för båda parter.



EN NUTIDA MODELL

Tanken med den modell som skissas här är att bevara grundtankarna från företagshälsovård på tre ben men att "sjukvårdsbenet" ges en annan innebörd. I stället för att bestå av primärvård för anställda bygger det på en tydligare roll som, inom ramen för hälso- och sjukvården, specialist på arbetslivshälsa.

En väl fungerande företagshälsovård har inte bara specialistkompetens i frågor som rör arbetslivshälsa utan också en nära koppling till, och kunskap om, de arbetsplatser som man arbetar gentemot. Det är avgörande förutsättningar för att lyckas väl med frågor som rör kopplingen mellan människors hälsa och deras arbete, oavsett om det rör förebyggande eller rehabiliterande insatser. Att jobba med individuella ärenden är också en viktig del av dagens företagshälsovård. Samtidigt är det just denna typ av situationer där primärvården ofta har stora utmaningar. En ny roll för företagshälsovården skulle inte handla om en ny sorts uppgifter utan om att kunna göra mer för fler. Om att utgöra en resurs för primärvården på samma sätt som vilken annan specialistvård som helst.

En av tankarna bakom företagshälsovård på tre ben var att de individuella mötena stärker förutsättningarna för det övergripande organisatoriska förbyggande arbetet. Fler individuella möten skapar en mer kompetent företagshälsovård.

Men kunskap om organisation och arbetsplats är också en avgörande del för att lyckas väl i de individuella mötena. Det är där dagens primärvård på många sätt saknar förutsättningar att lyckas väl med en ganska stor del av de möten som rör personer i arbetsför ålder.

Rent praktiskt skulle regionerna kunna sluta avtal med leverantörer av företagshälsovård i deras roll som ”specialister i arbetslivshälsa”. Former för detta och avtalens konkreta innehåll skulle behöva utvecklas men kanske skulle det vara ett sätt att fylla en lucka i dagens utbud av hälso- och sjukvård, en lucka som i dag i stor utsträckning faller på primärvården att fylla. Ska detta fungera riktigt väl krävs förstås att alla anställda har en koppling till en företagshälsovård med avtal. Samtidigt skulle en företagshälsovård som har avtal med regionen också ha mer att erbjuda sina kunder. En utmaning är att en leverantör av företagshälsovård ofta bedriver verksamhet i många regioner. Detta behövs sannolikt någon form av nationell reglering eller överenskommelse för att hantera detta. Regionerna har ansvar för sina egna invånare men det krävs en praktisk lösning som inte skapar en oöverstiglig administration för leverantörerna.

Ett bättre samspel mellan företagshälsovård och primärvård kan också gå åt andra hållet. En företagshälsovård som blir en mer formell del av den övriga hälso- och sjukvården underlättar också en slussning i andra riktningen. Företagshälsovården kan vara en första ingång och skapa förutsättningar för en smidig tillgång till arbetsplatsnära sjukvårdsbesök men kan sedan slussa vidare till andra delar av hälso- och sjukvården.

Frågan om gränsdragningen mellan företagshälsovård och den offentliga hälso- och sjukvården har en lång historia. Riktningen har också varit tydlig – håll gränsen. Citat nedan från SOU 2004:113 är typiskt. Det dras en tydlig gräns mellan ”sjukvård” och företagshälsovårdens uppdrag.

”Ett klarläggande av att utgångspunkterna på vilka samverkan bör byggas inte utgörs av att företagshälsovården ska bedriva sjukvård, utan av att företagshälsovårdens uppdrag är förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering.”

Frågan är om personalen på en genomsnittlig vårdcentral skulle tycka att gränsen är så klar. Hälso- och sjukvård innehåller många dimensioner och det är långt ifrån ovanligt att problem utan ett tydligt avgränsat medicinskt svar lämnas till primärvården att hantera bäst de kan. När det gäller personer i arbetsför ålder är det snarast vanligt att arbetet och arbetslivet spelar en stor roll i mötet. På samma sätt är knappast ”arbetslivsinriktad rehabilitering” ett begrepp som kan tömmas på vad som kan kallas ”sjukvård”. I själva verket är ett nära samspel mellan medicinska insatser och arbetsplatsnära åtgärder, normalt en förutsättning för en lyckosam rehabilitering. Den tydliga gränsen kan vara organisatoriskt prydlig men är kanske inte bästa sättet att använda de samlade resurserna för att skapa största möjliga nytta.

DET STATLIGA BENET

Det finns många möjliga modeller när det gäller finansiering och ansvar för en ny sorts företagshälsovård. En grundläggande utgångspunkt, eller insikt, bör vara att frågor kring hälsa och arbete har stora ekonomiska konsekvenser. Och att de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvård är en mindre del av kakan. Det borde därför inte vara helt orimligt att se över hur den direkta sjukvårdsdelen bättre skulle kunna stödja de andra delarna. Inte minst eftersom konsekvenserna av dålig hälsa för dem som berörs, ofta är som störst och mest dramatiska just i mötet med arbetet. I mötet med den egna försörjningen.

Det är ingen slump att staten på olika sätt betalar, eller har betalat, hälso- och sjukvården för att utföra uppgifter som bedömts vara nödvändiga för att främja arbetsförmåga och deltagande i arbetslivet. Uppgifter som inte av sig själva har prioriterats inom ramen för hälso- och sjukvården.

Under 2021 betalade staten en knapp miljard till landets regioner för olika typer av insatser som är kopplade till sjukskrivningsprocessen. Denna satsning upphörde därefter men vissa delar har lagreglerats och finansieras via det generella statsbidraget. Utöver detta betalar Försäkringskassan varje år 250 mnkr för arbetsförmågeutredningar. Försäkringskassan har också 150 mnkr för arbetsplatsnära rehabiliteringsstöd till arbetsgivare. Till det kommer förstås de miljarder som Försäkringskassan får varje år för att sköta handläggningen av sjukförsäkringsärenden. Till stor del är detta uppdrag där företagshälsovården är unikt väl lämpad att spela en viktig roll.

En grundläggande utmaning i sjukskrivningsprocessen är att de inblandade aktörerna befinner sig långt bort från den centrala arenan – arbetsplatsen. Varken beslutande handläggare på Försäkringskassan eller intygsskrivande primärvårdsläkare har någon egentlig kunskap om den miljö och de krav i arbetet som en individs förmåga ska relateras till.

Arbetsförmåga kan bara bedömas i relation till specifika arbetsuppgifter i en specifik miljö. Det är ett relationellt begrepp. För att kompensera denna brist på kunskap alstras en betydande dokumentation där olika aktörer ska producera intyg och dokument som grund för bedömningen. Allt detta skulle i praktiken kunna ersättas, ofta med högre kvalitet, av ett möte mellan den som är sjuk och företagshälsovården. Den första arbetsförmågebedömningen, och beslut om sjukpenning, bör göras och fattas i nära anslutning till den person och den arbetsplats det faktiskt handlar om.

Över tid är bedömningen mer komplicerad. När ett sjukfall närmar sig 180 dagar blir det allt mer av försäkringsjuridik och allt mindre av egentlig bedömning av förmåga att klara ett specifikt arbete. Att pröva vem som klarar ett normalt förkommande arbete kräver specialistkunskap kring hur den regeln ska tolkas. Där ökar behovet Försäkringskassan. Men på vägen dit finns det flera delar där företagshälsovårdens kompetens och kunskap kan spela en viktig roll. Prövningen efter dag 90 är fortfarande direkt kopplad till den egna arbetsplatsen och möjligheten att utföra annat arbete än det vanliga, vid dag 180 blir frågan om vad sannolikheten är att kunna återgå i det egna arbetet innan dag 365. Allt detta är frågor där kunskap om den specifika arbetsplatsen är helt nödvändig. Företagshälsovården har också goda förutsättningar att bistå med de fördjupade bedömningar av arbetsförmåga som kan bli aktuella.



Företagshälsovården borde med fördel kunna ta över det mesta av handläggningen av sjukfall under 90 dagar och därefter spela en nyckelroll som kunskapskälla för Försäkringskassans fortsatta handläggning. I många korta sjukfall är läkarintyget det enda skälet till kontakt med hälso- och sjukvården, många är redan tillbaka i arbete när Försäkringskassan påbörjar sin handläggning. Ett kort möte med företagshälsovården skulle kunna ersätta många arbets och även förenkla påtagligt för den som behöver en sjukskrivning. I längre, mer komplicerade fall, kan den vanliga hälso- och sjukvården fokusera på sin uppgift att utreda och behandla medan företagshälsovården bistår med sin unika kompetens kring arbetsplatsen och arbetsförhållandena. Genom att handläggningen påbörjas nära arbetsplatsen skapas mycket bättre förutsättningar för en tidig dialog där såväl arbetsgivare, anställd och specialistkompetens är representerade. All den koordinering och bollande av information fram och tillbaka som krävs i dag skulle förenklas betydligt.

Det finns med andra ord starka skäl att grundligt se över vilka uppgifter staten skulle kunna anlita företagshälsovården att lösa. Behoven har varit tydliga länge och betydande summor har satsats på att få olika aktörer att ta ett ansvar de inte gjort av sig själva. Det handlar om särskilda stöd både till hälso- och sjukvården och arbetsgivare. Framgångarna har dock varit blygsamma och det är uppenbart att det finns behov av nya idéer.

STARKARE EXPERT MED ETT BREDARE UPPDRAG



Företagshälsovården är en expertresurs som kan stödja arbetsgivare, både i deras systematiska arbetsmiljöarbete och i enskilda ärenden. En stor del av arbetet handlar om att, på en organisatorisk nivå, identifiera risk- och friskfaktorer för att förebygga ohälsa. Det är arbetsgivare som är uppdragsgivare och innehållet i tjänsten avgörs av vilka behov de har.

Att addera nya uppdragsgivare och bredda företagshälsovårdens uppdrag är inte nödvändigtvis okomplicerat. Det kan skapa spänningar mellan olika uppdrag och kanske även minska fokus på det som idag är kärnuppdraget. Men det kan också verka i motsatt riktning. Fler uppdrag skapar starkare aktörer som kan skapa mer värde för sina kunder och rätt valda uppdrag kan bidra till att stärka kompetensen och förutsättningarna att arbeta med de olika delarna.

Det finns redan arbetsgivare som köper företagshälsovård som på många sätt liknar tanken med företagshälsovård på tre ben. De ser nyttan med ett brett uppdrag och betalar själva för delar som kanske egentligen är tänkta att betalas av andra. Många av de ”goda exempel” som lyfts genom åren har sådana drag. Samtidigt finns det många arbetsgivare, inte minst offentliga, som snarare gått i andra riktningen. De har krympt uppdraget och betalar bara för enskilda punktinsatser. Företagshälsovårdens förutsättningar att upprätthålla och utveckla sin kompetens bygger ytterst på kundernas efterfrågan. Det gäller för sektorn i sin helhet men också i det enskilda fallet, i relation till den enskilda arbetsgivaren. Det är genom att möta den organisation man arbetar mot, ofta och i många former, som kunskap skapas om både organisationen och de anställda. Fler möten ökar förutsättningarna att vara en stark strategisk partner men också att lyckas väl i enskilda ärenden.

En effekt av ett breddat uppdrag med fler uppdragsgivare skulle förhoppningsvis vara att värdet på tjänsten som erbjuds arbetsgivare ökar. En aktör med specialistavtal kring arbetslivshälsa som även skadereglerar kortare sjukfall är en starkare strategisk partner. Den kan ännu bättre stödja arbetsgivaren att ta sitt ansvar och den arbetsgivare som har höga ambitioner behöver inte längre betala dubbelt för det som egentligen är andras uppdrag.

FRÅN OBLIGATORIUM TILL SJÄLVKLARHET

Företagshälsovården finns inte överallt. Företagshälsovården är inte rustad för ett större uppdrag. Det har funnits många invändningar mot tankar kring en större roll för företagshälsovården som närmast liknat en sorts moment-22. Den kan inte bli vad den inte är. Går det verkligen att delegera nya offentliga uppdrag till en verksamhet som inte är obligatorisk för alla? Svaret är rimligen att det går om man vill, det finns många exempel på det. Men också att nya uppdrag skapar helt nya förutsättningar. En företagshälsovård med ett breddat uppdrag kommer att se annorlunda ut än idag.

Det finns många offentliga uppdrag där andra aktörer fyller en viktig roll. Det gäller allt från hälso- och sjukvård till arbetsförmedling. De gör inte allt men de kompletterar där det finns förutsättningar för det. Över tid kan förutsättningarna förändras och möjligheten att bidra öka.

En stärkt företagshälsovård kommer att ha bättre förutsättningar att bli ännu starkare.

Med utökat uppdrag ökar möjligheterna att spela en ännu viktigare roll för arbetsgivarna och med det kommer rimligen större och fler uppdrag. Det i sin tur kommer att stärka förutsättningarna att bidra med mer för fler även i de andra benen.

Det är få som inte ser nyttan med en väl fungerande företagshälsovård för alla. Det är ingen slump att utredningarna har avlöst varandra kring hur verksamheten kan främjas. Problemet är att alldeles för ofta har det som är blivit ett argument mot det som kan bli. Det har också funnits en tendens att vilja åstadkomma allt för alla samtidigt. Att skapa en positiv spiral

där fler efterfrågar mer företagshälsovård måste börja någonstans. Att något inte bör göras obligatoriskt i dag utesluter inte att det kan komma att upplevas som självklart för alla i morgon.





DEN SAKNADE PUSSELBITEN

Företagshälsovård på tre ben är en gammal tanke som kanske förtjänar att prövas i en ny form i en ny tid. Oavsett hur det blir med den saken är det anmärkningsvärt att frågor kring hälsa och arbetsliv har en så undanskymd plats i den nya sjukvårdspolitiska debatten. I alla de utredningar, artiklar och debattinlägg som producerats de senaste 5–10 åren har det vänts och vridits på de flesta frågor. Det är få grupper eller speciella behov som inte behandlats. Men ändå har arbetsplatsen, arbetslivet och de anställda lyst med sin frånvaro.

Arbetsplatsen är redan i dag en av de allra viktigaste folkhälsoarenorna. Vad som sker där påverkar i stor utsträckning hälsan för över fem miljoner svenskar. Det är dessutom ofta där som de mest dramatiska konsekvenserna av bristande hälsa uppstår för dessa fem miljoner. Redan i dag sker där hundratusentals möten mellan personal i medicinska professioner och de anställda. Arbetsgivarna betalar dessutom nästan två miljarder per år i premier för sjukvårdsförsäkringar

Det går att se arbetslivet som en kravställare på hälso- och sjukvården. Vården måste fungera på ett sätt som möter behoven hos dem som arbetar. Vården måste också vara ett stöd till aktörerna på arbetsmarknaden, det kan gälla intyg, rehabilitering eller något annat. För en hel del av detta har staten genom åren skapat särskilda stöd, incitament och styrning. Men arbetslivet och arbetsplatserna kan också ses som en resurs. En arena som skulle kunna spela en ännu större och viktigare roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Den här skriften tar sitt avstamp i det besynnerliga att företagshälsovården inte är en självklar partner i arbetet att massvaccinera hela den arbetande befolkningen under en pandemi. En företagshälsovård med fler tydliga uppdrag från fler håll är ett exempel på hur samhällets resurser kan användas bättre för att knyta arbetsplatserna närmare det övriga folkhälsoarbetet. Det är en modell på systemnivå med alla de konsekvenser för pengaflöden och styrfrågor som det innebär. Vad det syftar till är dock att skapa fler vardagliga kontakter mellan olika delar av folkhälsoarbetet.

Regionerna har svårt att prioritera hälsosamtal och det preventiva arbetet. Inom företagshälsovården görs det många hälsoundersökningar som ibland kritiseras för att de inte hänger ihop med annan hälso- och sjukvård och saknar tillräcklig uppföljning. Varför skulle inte primärvård och företagshälsovård kunna samverka och fundera på vem som är bäst lämpad för vad och hur man kan arbeta preventivt tillsammans.

Ett misstänkt förmaksflimmer kan remitteras till kardiologen. Varför skulle inte tidiga signaler på sjuklig stressreaktion kunna remitteras till företagshälsovården? Varför kämpar varje vårdcentral med att få rehabiliteringskoordinatorer att fungera när kopplingen till arbetsgivare och kunskap om arbetsförmåga och sjukförsäkring redan finns samlad i företagshälsovården? Hur skulle företagshälsovården kunna bidra till ökad tillgänglighet för en första nära och smidig vårdkontakt som kan guida vidare? Hur ser en hälso- och sjukvård ut som också tar hänsyn till de speciella behoven hos den arbetande delen av befolkningen, den mest friska men där mötet mellan arbetet och hälsan ofta spelar en huvudroll.

Ambitionen med den här rapporten har varit att mycket översiktligt diskutera hur idén om en företagshälsovård på tre ben skulle kunna bidra till en reform av svensk hälso- och sjukvård. Det är förstås inte exakt den lösningen som behöver vara svaret men en hel del talar för att hela pusslet blir något lättare att lägga om alla pusselbitar finns på bordet. Även den som handlar om arbetslivet, arbetsplatserna och de som arbetar.

sveriges
företags
hälsor

Sveriges Företagshälsor • Box 5501 • 114 85 Stockholm
08-762 67 46 • www.foretagshalsor.se • info@foretagshalsor.se