



## Innehållsförteckning:

Syftet med denna rapport .....	3
Läsanvisning .....	3
1. Bakgrund .....	4
2. Uppdraget .....	4
3. Hur vi arbetat .....	6
4 Företagshälsovården och dess tjänster .....	6
4.1 Det egna arbetsmiljö- och hälsoarbetet .....	6
4.2 Inför avtalstecknandet .....	7
4.3 Samarbetet med företagshälsovården .....	8
4.4 Vad köper man utanför avtalet .....	9
4.5 Arbetsförmågebedömningar .....	10
4.6 Måste man ha chefens godkännande? .....	10
4.7 Samverkan med projekt inom Satsa Friskt .....	10
5 Ramavtalet och andra upphandlade tjänster .....	12
6 Framtiden .....	13
6.1 Allmänt .....	13
6.2 Sjukvård .....	15
6.3 Statligt bidrag till företagshälsovård inom rehabområdet .....	15
7 Avslutande diskussion .....	15
Referenser .....	18
Bilaga A: Resultat enkät .....	19
A.1 Kort om enkäten .....	19
A.2 Enkätresultat .....	19
Bilaga B: Resultat fokusgrupper .....	25
B.1 Allmänt om personalläget .....	26
B.2 Synpunkter på företagshälsovården .....	26
B.3 Synpunkter på ramavtalet .....	26
B.4 Information om avtalet .....	27
B.5 Synpunkter på kvalitetsfaktorer .....	27
B.6 Synpunkter på leverantörerna .....	28
B.7 Fokusgrupp med fackliga representanter .....	28
Bilaga C: Resultat djupintervjuer .....	29
C.1 Intervjuer med myndigheter .....	29
C.2 Intervjuer med ramavtalsleverantörer .....	30
Bilaga D: 28 tjänster fördelade på olika aktiviteter .....	34

### Bilagor i separat bilagedel:

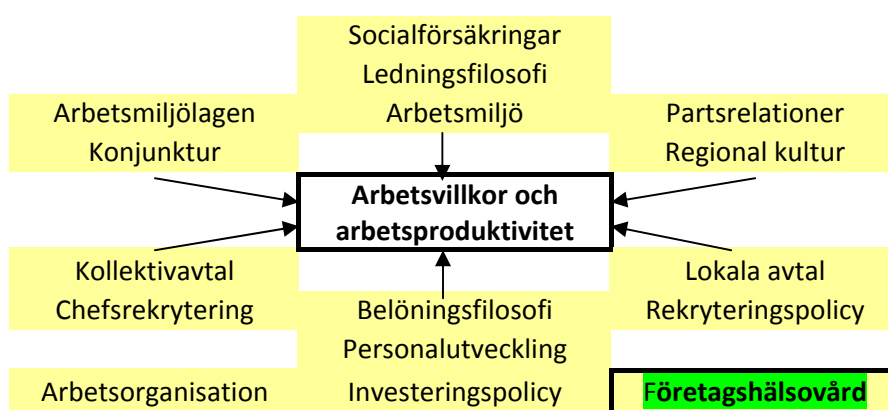
- Bilaga 1: Enkäten
- Bilaga 2: Fokusgrupper
- Bilaga 3: Djupintervjuer
- Bilaga 4: Satsa friskt projekt

## Syftet med denna rapport

Denna rapport har två syften. Det första är att kortfattat redovisa en undersökning av statliga organisationers syn på dagens och framtidens företagshälsovård. Det andra är att vara ett – bland flera – bollplank för de statliga organisationerna inför upphandling av ett nytt statligt ramavtal som skall gälla från 2012.

### Företagshälsovård, toppen på av ett komplext "isberg"

Företagshälsovården och dess tjänster är bara en mindre del av alla de faktorer och förhållanden som påverkar arbetsproduktivitet och arbetsvillkor. Detta är mycket komplexa frågor. Bra arbetsplatser skapas med gott ledarskap, tydlig kommunikation och spännande arbetsuppgifter i interaktion med en rad andra faktorer. En bra företagshälsovård kan inte ensam skapa goda arbetsvillkor. De olika faktorerna – varav företagshälsovård är en – illustreras i figuren nedan.



Diskussionen om företagshälsovård ska egentligen inte fokusera på företagshälsovård utan om arbetsförhållandena på våra arbetsplatser. Ytterst är syftet med företagshälsovård att bidra till att skapa säkra, hälsofrämjande, utvecklande och produktiva arbetsförhållanden – ett medel att nå ett önskat mål. Det viktigaste är inte vad som köps eller för hur mycket eller av vem, utan det viktigaste är att myndigheten får stöd i sitt arbete. Lösningen kan se mycket olika ut beroende på förutsättningar, ambition och önskemål.

### Upphandling av företagshälsovård måste vara en del av en långsiktig strategi

De flesta myndigheter har ett aktivt arbetsmiljö- och hälsoarbete. Stödet från företagshälsovården är ett bidrag i det arbetet och de insatser som avropas bör vara en del i en långsiktig strategi för att nå uppsatta mål. Den tydliga målbilden är första delen i processen som leder fram till ett tydligt avrop (för att nå målet). Avropen kan innehålla både återkommande insatser och insatser i projektform. En ordentlig handlingsplan är nästa steg och därefter kommer avropen. Naturligtvis kan inte alla insatser förutses. Det kommer alltid att behövas åtgärder för att hantera "akuta" problem. Ett strategiskt arbete kan styra om fördelningen av tjänsterna som avropas till mer förebyggande och därmed kan ohälsan minskas och även kostnaderna för t ex sjukfrånvaro.

## Läsanvisning

Resultatet av undersökningen av de statliga organisationernas syn på företagshälsovård ges i kapitel 4-6 nedan. I kapitel 7 redovisar vi våra slutsatser. I bilagorna A-D redovisas mera i detalj resultaten av den enkät, fokusgrupper samt djupintervjuer som utgör den metodologiska grunden för vår undersökning.

## 1. Bakgrund

Partsrådet har tagit initiativ till en analys av hur de statliga myndigheterna använder företagshälsovård. Analysen har genomförts av Tegle Research Hb och Humla Konsult.

Arbetsgivarverket, OFR, Saco-S och SEKO har i ett **samverkansavtal**, *Samverkan för utveckling, Cirkulär 1997: A*, **beskrivit** att - och hur tillgång på - företagshälsovård ska regleras.

*"I arbetsmiljöarbetet skall arbetsgivaren och de anställda ha tillgång till rådgivande expertfunktioner som sammantaget kan erbjuda medicinsk, ergonomisk, teknisk och beteendevetenskaplig kompetens i en utsträckning som svarar mot de speciella krav som arbetet ställer. En sådan expertfunktion skall arbeta på arbetsgivarens uppdrag och verka på ett professionellt och oberoende sätt gentemot arbetsgivaren och de anställda. Normalt förutsätts att dessa expertresurser upphandlas som en samlad företags-hälsovårdsresurs. Om det finns särskilda skäl att inte göra detta krävs ändå att de skilda expertfunktionerna samverkar för att säkerställa att en helhetssyn kan uppnås."*

De företag som säljer företagshälsovårdstjänster är vanliga kommersiella företag. Allt ska därför upphandlas enligt **LOU**, lagen om offentlig upphandling. LOU säger att allting som köps inom offentlig sektor ska konkurrensutsättas, dvs pris och kvalitet ska jämföras mellan olika företag innan någonting köps. I de statliga myndigheterna finns statlig inköpssamordning och för företagshälsovård är det VHS som ansvarar för ramavtalet som alla myndigheter kan använda.

## 2. Uppdraget

Uppdraget är att:

- 1) Genomföra en undersökning som gagnar statliga organisationer att nyttja företagshälsovården på bästa sätt.
- 2) Genomföra en undersökning som utgör underlag för den nya ramavtalsupphandling av företagshälsovård som VHS ansvarar för. Det nya avtalet ska träda i kraft 2012.
- 3) Återföra goda erfarenheter från olika Satsa Friskt-projekt om hur stöd från företagshälsovård har nyttjas.

Uppdraget syftar till att ge en allsidig belysning av de statliga organisationernas (myndigheternas) syn på funktion, innehåll, upphandling m.m. inom dagens företagshälsovård som en effektiv resurs i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet. Rapporten ska också belysa vad de önskar av framtidens företagshälsovård.

### Uppdragsmål

Uppdraget var i första hand att belysa de följande huvudområdena/tjänsterna:  
(obs: områdena nedan är *inte* angivna i någon rangordning)

- 1) Samverkansprocessen
- 2) Upphandlingsprocessen
- 3) Sjukvård i företagshälsovården
- 4) Arbetsförmågebedömning

- 5) Förebyggande aktiviteter
- 6) Köp utanför avtalet
- 7) Medarbetarundersökningar
- 8) Samverkan med projekt inom Satsa Friskt
- 9) Det egna arbetsmiljö- och hälsoarbetet

En viktig fråga är att skilja på myndigheternas syn på *dagens* verksamhet och på vad man vill ha för tjänster och verksamhet i *framtiden*. Dessutom skall projektet - i mindre omfattning – belysa olika leverantörers och andra aktörers syn på områdena/tjänsterna ovan.

### **Definitioner**

Med begreppet *arbetsmiljö- och hälsoarbete* avses alla insatser som syftar till att minska riskerna för ohälsa och olyckfall i arbetet samt de insatser som ökar eller återskapar hälsa hos anställda.

*Företagshälsovård* är ett vedertaget begrepp som även delvis är reglerat och definierat i arbetsmiljölagen (AML). I 3 kap. 2b § AML definieras företagshälsovård:

*”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.”*

Företagshälsovårdens syfte är alltså att motverka och förebygga ohälsa, sjukdom och skador som sker på arbetsplatsen. Definitionen är nästan identisk med den som finns inskriven i det statliga samverkansavtalet.

Konkurrensutsättningen innebär att kommuner, landsting, statliga myndigheter och verk måste ta in anbud (offerter) från flera företag innan man väljer leverantör. Detta görs genom ett standardiserat, lagbundet förfarande med en offertförfrågan – förfrågningsunderlag – som beskriver vad kunden vill ha och ett anbud från leverantören som beskriver vad leverantören kan erbjuda. Alla inkomna anbud utvärderas sedan enligt i förväg uppställda kriterier för att köparen ska kunna fatta beslut om bäst lämpad leverantör för uppdraget. Först därefter kan avtal tecknas med leverantören. Hela inköpsprocessen kallas upphandling.

Inom statsförvaltningen finns ramavtal som tecknats för myndigheter och som omfattar många varor och tjänster. Syftet är att åstadkomma besparingar för staten genom att effektivisera upphandlingarna. Ramavtalet är en generell överenskommelse för framtida avtal (ett eller flera) och som anger "ramarna" och de villkor som skall ingå i dessa. Ramavtalet reglerar vilka produkter och tjänster leverantören ska kunna leverera.

Avropsavtal används när enskilda myndigheter sedan gör beställningar utan behov av att teckna egna avtal. Detta innebär att myndigheterna kan tilldelas ett kontrakt (avropa) direkt från en leverantör som finns med på något av dessa ramavtal inom de givna förutsättningarna.

### 3. Hur vi arbetat<sup>1</sup>

Vi har arbetat med tre metoder

- Enkät via e-post till ett urval av myndighetsrepresentanter omfattande 252 personer (63 procents svarsfrekvens).
- Fokusgrupper med sammanlagt 41 myndighetsföreträdare (plus en facklig fokusgrupp).
- Djupintervjuer med fyra leverantörer, nio myndighetsrepresentanter samt VHS.

Metoderna redovisas mera i detalj i bilagorna A-C i denna rapport samt i den särskilda bilagedelen.

Inom alla tre metoderna har i princip samma frågor ställts inom följande fyra områden:

1. Nuläge kring arbetsmiljö, hälsa och personalfrågor i stort.
2. Synpunkter på dagens upphandlade leverantörer och tjänster inom företagshälsovård.
3. Synpunkter på det statliga ramavtalet för företagshälsovård.
4. Synpunkter inför framtiden vad gäller leverantörer, tjänster och ramavtal.

För vissa frågor redovisar vi också svaren uppdelade efter antal anställda på myndigheten där små myndigheter har 0 - 200 anställda och stora myndigheter minst 1000 anställda. Vi redovisar också separat – för vissa frågor - ”regionala svar” vilket avser svar från de som arbetar på (huvudsakligen de stora) myndigheternas regionala organisationer och på landets länsstyrelser.

Metoderna kompletterar varandra: enkäten ger representativitet men har svårt att ge nyanseringar och motiveringar till svaren. Omvänt ger fokusgrupper och djupintervjuer stora möjligheter till nyanseringar och fördjupade motiveringar medan representativiteten är lägre. Genom att ställa samma frågor via de tre metoderna finns det stora möjligheter att få verifieringar av de synpunkter och svar som framkommit från respektive metod.

De som har deltagit i denna undersökning – oavsett metod – har till mycket stor del varit specialister inom personal-/HR-området och de har därför varit mycket kompetenta att svara på våra frågor. I enkäten var 70 procent specialister (personalchef, personalstrateg, personalhandläggare) medan så gott som samtliga av deltagarna i fokusgrupperna och i djupintervjuerna var specialister.

## 4 Företagshälsovården och dess tjänster

### 4.1 Det egna arbetsmiljö- och hälsoarbetet

Myndigheterna har generellt god egen kompetens inom hälso- och arbetsmiljöarbetet. De stora myndigheterna har egen specialistkompetens som arbetar både operativt och strategiskt. Det hälsofrämjande och friskvårdande arbetet utförs till stor del av myndigheterna själva och flera myndigheter har egen arbetsmiljökompetens. Man köper kompetens från företagshälsovården och andra leverantörer, framför allt till större satsningar, t ex hälsoprofilbedömningar eller erbjudande om viktningsgrupper.

---

<sup>1</sup> En närmare beskrivning av metod för enkät resp fokusgrupper lämnas i bilaga A och B.

Många myndigheter har egna personalresurser som stöd i rehab-arbetet. Dessa personer arbetar ofta med enskilda svårare individärenden som inte kan hanteras av cheferna i verksamheten. Personerna är också kontaktpersoner till företagshälsovården i dessa ärenden och verkar som en aktiv del i rehabkedjan och ser till att arbetet fortlöper.

Som stöd använder de den specialistkompetens som behövs vid rehabilitering. Ofta är det läkare och sköterskeresurser som bara finns att tillgå hos företagshälsovården.

De statliga myndigheterna har i jämförelse med andra branscher relativt låga ohälsotal och en lång tradition av att arbeta med ohälsfrågor. Av den anledningen kanske det faller sig naturligt att mer resurser läggs på det egna förebyggande arbetet än i andra organisationer med högre ohälsotal.

Flertalet uppger i enkäten att de utför mycket eget arbete. Det är till större del förebyggande och främjande arbete som utförs i egen regi. En anledning till detta kan vara att dessa aktiviteter ligger närmare verksamheten och berör flera än vad rehabiliteringsarbetet gör. Det är en rad verksamhetsnära friskfaktorer som måste beaktas för att lyckas med det hälsofrämjande arbetet.

Ingen av myndighetsföreträdarna lyfter fram fördelarna med att ha egen anställd kompetens inom företagshälsovård. Det förefaller inte vara ett alternativ som någon funderar på. Den geografiska spridningen på de stora myndigheterna utgör ett hinder. Dessutom lyftes företagshälsovårdens oberoende fram som en stor fördel och denna försvinner om man har kompetensen i den egna organisationen.

Några organisationer som ingick i undersökningen och som i dagsläget har inbyggd företagshälsovårdskompetens funderade på huruvida fördelarna verkligen övervägde nackdelarna. De upplevde att den inbyggda företagshälsovården på ett negativt sätt började leva sitt eget liv och som beställare hade de alltför lite inflytande över det som levererades. I en undersökning som genomfördes på uppdrag av Prevent (Prevent 2009) framkom att organisationer med inbyggd företagshälsovård och med en stark och tydlig beställarfunktion var nöjda, medan däremot en otydlig beställare skapade stor frustration och missnöje.

## **4.2 Inför avtalstecknandet**

### **Behovsanalys**

I enkäten uppger över två tredjedelar att man gjort behovsanalys inför avtalstecknandet. Det statliga ramavtalet föregicks av både en skrift och informationsseminarium som uppmanade till att göra en behovsanalys vilket var mycket uppskattat. Diskussionerna i fokusgrupperna tyder på att centralt/strategiskt har man gjort en behovsanalys och att det finns en plan eller inriktning för vad man både vill köpa och åstadkomma. Behovsanalysen består många gånger av enkäter och informationsinsamling för att kartlägga vad linjeorganisationen vill ha. Längre ut i organisationen och på mindre myndigheter är det strategiska arbetet inte lika förankrat och behovsanalysen inte heller lika omfattande. Det är också en kortare väg mellan planering och handling i mindre organisationer.

Hur företagshälsovården ska användas bestäms av myndigheten själv. Leverantörerna har liten möjlighet att påverka inför avtalstecknandet. Detta är ett ständigt återkommande problem vid offentliga upphandlingar. Myndigheten måste själv definiera och uppskatta sitt behov av tjänster, utan möjlighet att utarbeta gemensamma lösningar på komplexa problem. Det betyder också att det krävs hög kompetens och erfarenhet av företagshälsovårdens arbete för att kunna göra ett korrekt avrop.

Behovsanalysen baseras i huvudsak på det man tidigare köpt. Alla vi träffat har god kunskap om vilket utbud företagshälsovården har och lång erfarenhet av att köpa företagshälsovård. Det är grunden för den kommande behovsanalysen. Man gör en utvärdering av vilka tjänster man tidigare köpt och hur de fungerat och sedan anpassas det till dagens verksamhet. En myndighet säger att tjänsterna varierar över tid, men få helt nya tjänster tillkommer. Det finns en viss önskan att förnya utbudet av tjänster och flera myndigheter vill gärna köpa behovsanpassade projekt med tydliga mål. Dessa kan man inte förutse utan måste skapas i samarbete med leverantören.

Det finns inget som direkt tyder på att man genomför regelbundna behovsanalys under avtalets gång och kanske finns det inte heller någon anledning till detta. Om en grundlig analys görs från början tar den med i beräkningen framtida förändringar och en långsiktig handlingsplan skapas utifrån befintliga och kommande behov.

De myndigheter vi talat med uppger att behovsanalysen och det praktiska i den förberedande upphandlingsprocessen genomförs av en HR-/personalspecialist som tillfrågar organisationen om deras behov. Därefter förankras förslaget i samverkansgrupp och ledningsgrupp eller liknade och en förfrågan går ut till aktuella leverantörer. Utvärderingen görs av HR/personalspecialisten och beslutas i "ledningsgruppen". Processen är ganska lik oavsett om man gör en egen upphandling eller avropar från ramavtalet.

Ofta engageras upphandlingsenheten om en sådan finns för att säkerställa att processen blir juridiskt korrekt. En intervju genomfördes för att jämföra avrop av företagshälsovård med andra upphandlingar och avrop. En upphandlare på en myndighet ansåg att detta vara ett mycket svårt avrop att göra, både i jämförelse med egna upphandlingar och andra avropsavtal. Personens uppskattning var att det hade varit enklare och effektivare att upphandla själv. Det hade också genererat högre kvalitet och bättre anpassning till deras verksamhet.

Myndigheten gjorde sitt avrop tidigt efter det att ramavtalet trätt ikraft och personen spekulerade i att material och stöd uppkommit efter hand. Frågorna till VHS hade varit många för att klara avropet. Personens främsta invändningar var att

- materialet var svårtillgängligt,
- att upphandlarna måste få information - inte bara personalenheten.
- att helheten och utvärderingskriterierna tydligt måste framgå
- kvalitetsparametrar saknades i avropsavtalet
- tveksamt att låta en uppskattad priskorg avgöra utgången. Det lämnar öppet för flera svåra diskussioner under avtalets gång.

### **4.3 Samarbetet med företagshälsovården**

Intrycket är att myndigheterna har ett mycket bra samarbete med företagshälsovården och att samarbetet i de flesta fall sker på det sätt som myndigheterna önskar. Utformningen av upphandlingen påverkar möjligheterna till partnerskap och resultatskapande insatser. Leverantörerna upplever att nuvarande form av avtalet minskar deras möjlighet att vara strategisk partner och underbygger rollen att vara enbart tjänsteleverantör. Detta bekräftas till viss del av myndigheterna.

Många (större) myndigheter har på central nivå en tät kontakt med företagshälsovården och man har ett samarbete med gott utbyte av information. Längre ut i organisationerna finns kanske inte samma uppfattning om det goda samarbetet. Där upplevs företagshälsovården



mer som en leverantör än som en partner. Generellt ser man företagshälsovården som ett komplement till den egna kompetensen.

Bland myndigheterna kan man skönja tre olika förhållningssätt till företagshälsovården och vad man vill ha ut av relationen:

1. man har en önskan om strategiskt partnerskap
2. man har en önskan att när behov uppstår, endast köpa vissa tjänster man inte klarar själv (främst rehabiliterande tjänster). Den strategiska inriktningen ansvarar man för själv
3. man köper de tjänster som efterfrågas av personalen och de som är lagstadgade, men funderar inte på behoven man har som arbetsgivare.

I dessa tre kategorier finns också svaren på vad man vill uppnå med sin företagshälsovård och naturligtvis varierar det stort.

Det man efterfrågar i sitt samarbete med företagshälsovården är en ökad lyhördhet och i vissa fall saknar man arbetsgivarperspektivet. Men i jämförelse med privata arbetsgivare är denna kritik inte alls lika tydlig (Prevent 2009). Man tror också att framgången i samarbetet ligger i en tät kommunikation och en tydlig kravställning. Flera myndigheter lyfter frågan att man vill att företagshälsovården ska hjälpa cheferna att bli bättre beställare av tjänster.

Som framgått av enkätsvaren är myndigheterna i stort nöjda med sin företagshälsovård och det visas också i den enkät VHS genomförde efter att det nuvarande ramavtalet varit i kraft något år (VHS 2009). Vad som avgör om man är nöjd eller inte är svårt att definiera. Myndigheterna tycker att de får det man efterfrågar och att de inte enbart är styrda av företagshälsovårdens befintliga tjänsteutbud. I det senare fallet utgör ramavtalet snarare en begränsning. Däremot föreligger ingen tydlig koppling mellan nöjdhet hos kund och upplevd nytta.

Många har svårt att definiera nytta och det görs få ansatser att verkligen ta reda på huruvida företagshälsovårdens insatser generellt genererar nytta. De flesta kan peka på framgångsrika individrelaterade ärenden eller en specifik typ av arbetsplatsgenomgång, men i undersökningen har ingen systematisk utvärdering av nyttan identifierats.

Flertalet nöjer sig med att följa upp kostnader och insatser på regelbunden basis och konstatera att det går åt rätt håll och att det känns bra.

#### **4.4 Vad köper man utanför avtalet**

Det är troligtvis vanligare bland myndigheterna än bland privata företag att använda sig av ett avtal med företagshälsovården med ett så stort antal tjänster som möjligt. Endast när man tycker att företagshälsovården inte räcker till vänder man sig till andra leverantörer. Vanligast är att man köper individtjänster som massage, naprapat, samtalsstöd och alkohol- och drogstöd utanför avtalet, tjänster man upphandlar direkt från specialister.

På gruppnivå är det handledning och på organisationsnivå är det organisationsutveckling och chefstöd som upphandlas från andra än företagshälsovården. Samtalsstöd är en mycket vanlig tjänst även inom företagshälsovården, och det är vanligt att man använder sig av flera leverantörer just inom detta område.

Företagshälsovården levererar inte medarbetarundersökningar utan på de myndigheter där detta förekommer vänder man sig till undersökningsföretag. En tjänst som företagshälsovården levererar, men som inte används är sjuk- och friskanmälan. Den tjänsten har vuxit och blivit allt vanligare hos både kommuner och inom den privata sektorn under de sista åren, så det kanske kan komma att förändras i framtiden.

#### **4.5 Arbetsförmågebedömningar**

Det faktum att den statliga sektorn har låg sjukfrånvaro och att antalet långtidssjukskrivna sjunkit har nog också gjort att intresset för rena arbetsförmågebedömningar minskat. Behovet finns fortfarande och det är en vanlig tjänst, men alltfler efterfrågar "lightversioner" av arbetsförmågebedömningar att använda mycket tidigt i sjukfrånvaroprocessen. Då vill man inte ha ett kostsamt "totalutlåtande" utan ett tidigt bedömningsamtal eller delar av en bedömning. I undersökningen har framkommit att några tycker att arbetsförmågebedömningarna inte håller måttet. Det är mycket pengar, för lite resultat med skiftande kvalitet. De flesta som har erfarenhet av frekventa arbetsförmågebedömningar anser att utfallet är helt beroende av den läkare som utför bedömningen.

#### **4.6 Måste man ha chefens godkännande?**

De flesta stora myndigheter vill ha kontroll på nyttjandet av företagshälsovården genom att kräva chefens medgivande, t ex vid stödsamtal eller läkarbesök. Mindre myndigheter har ett mer generöst system där man tillåter upp till tre besök fritt. Vissa har telefonrådgivning eller personalstödsprogram som tidigt stöd. Endast ett fåtal tillåter medarbetarna att helt fritt och i ett obegränsat antal gånger uppsöka företagshälsovården.

#### **4.7 Samverkan med projekt inom Satsa Friskt<sup>2</sup>**

Två projekt inom ramen för Satsa friskt - Umeå Universitet och Södertörns högskola - har identifierats där företagshälsovården har haft en aktiv del i utvecklingsprojekten. Inget av projekten har haft företagshälsovårdens insatser som huvudfråga utan företagshälsovården har fungerat som en samarbetspartner och som ett verktyg för att nå mål i form av minskade långtidssjukskrivningar mm. I ett projekt uppfattades företagshälsovården och samarbetet som en viktig framgångsfaktor och arbetssätten som skapades inom ramen för projektet lever kvar och har vidareutvecklats och fördjupats. I det andra projektet nådde man inte samma framgång och företagshälsovårdens roll ifrågasattes något.

Vi redovisar projektet på Umeå universitet närmare nedan.

#### **Projektet på Umeå universitet**

Umeå universitets (UMU) grundsyn är att företagshälsovården är viktig. Man har som krav att företagshälsovården ska finnas nära, dvs på eller i direkt anslutnings till campusområdet. Det är också viktigt att företagshälsovården kan organisationen.

Arbetet började med en ny upphandling av företagshälsovård. Man sökte närhet och fokus på förebyggande. Upphandlingen resulterade i att den tidigare aktören fick nytt förtroende och tillsammans hade man två gemensamma arbetsdagar för att starta arbetet med Satsa friskt

<sup>2</sup> Se mera detaljerad redovisning i bilaga 4 i den särskilda bilagedelen.

och bestämma hur man skulle arbeta tillsammans mot ett uppsatt mål. Försäkringskassan var med. Man ville gå från reaktivt arbete till förebyggande och under de två dagarna definierade man utvecklingsområden och arbetssätt. Nu har man månatliga avstämningar med företagshälsovården i styrgruppen (med viss medverkan från Försäkringskassan). Beställargruppen bestämmer det övergripande årliga upplägget av basuppdraget, vilka extratjänster som ska köpas in samt vilka underkonsulter som ska anlitas.

Arbetet började i det efterhjälpande perspektivet och avsåg att skapa en effektivare rehabprocess. Man har fortfarande kvar rehabutredningen som en del i sin rehabprocess, men hela rehabprocessen har setts över och kvalitetssäkrats och metoderna för arbetsförmågebedömning har utvecklats. Fokus har flyttats till tidigare insatser och ett mer förebyggande och främjande synsätt varefter rehabprocessen fungerat smidigare och andelen långtidssjukskrivna sjunkit.

Man ville inte spara på företagshälsovården utan fördela om resurser från rehab till förebyggande. Alla anställda har fri tillgång till företagshälsovården och behöver inte något medgivande från sin chef men företagshälsovården i sin tur begränsar och kopplar tillbaka innan insatser sätts in. Genomförda insatser är viktminskning, Qi gong, utbildning av friskvårdsinspiratörer, hälsokontroller med arbetsförmågebedömningsindex, temaveckor med blodtryckskontroll, stressamtal och konditionstest. Naturligtvis får man söka till företagshälsovården med olika typer av besvär. Företagshälsovårdsatsningen har fått ett positivt mottagande från personalen. Företagshälsovård är vägen in och har remissrätt till olika terapeuter. För att det ska fungera bygger samarbetet på den gemensamma värdegrunden som skapades under de gemensamma inledande arbetsdagarna.

Nu har man samma besöksfrekvens som förr, men man kommer mycket tidigare med sina problem för att behålla hälsan. Företagshälsovården hjälper till med att hantera det som är svårt. Enligt NMI (nöjd medarbetarindex) är stress och hög arbetsbelastning de värsta problemen. Den enskilde måste ta en aktiv del för att återskapa hälsan. T ex har antalet stödsamtal minskat men massage, träning och stresskolan har ökat. Satsningen har bidragit till ökad upplevd hälsa, mer nöjda medarbetare samt en dramatisk sänkning av sjukfrånvaron. Man upplever också att varumärket har stärkts. Man är stolt över att arbeta på UMU.

UMU:s grundläggande idé är att det finns ett nära orsakssamband mellan önskade prestationer och utveckling och hälsa. Det övergripande målet för satsningen i Umeå var att halvera långtidssjukskrivna från 2004 samt att öka trivsel och välbefinnande samt sammantaget få en bättre arbetsmiljö för de anställda. En förskjutning i nyttjandet av företagshälsovården har skett mellan 2004 och 2008. Nu köps färre rehaftimmar och betydligt fler timmar för förebyggande och främjande åtgärder.

Företagshälsovården kostar något mer nu men man har friskare personal och det är lätt att visa på vinsterna. Vid långtidssjukskrivningar uppstår kostnader för produktionsbortfall, anskaffning av vikarier, vissa sjuklönekostnader enligt det statliga kollektivavtalet mm. Man lägger nu 1.200 kr/medarbetare för företagshälsovårdens basutbud. Utöver basutbudet köps tjänster från företagshälsovården såsom massage och stödsamtal för 300 kr per anställd. Universitetet sponsrar också ett förmånligt motionskort.

## 5 Ramavtalet och andra upphandlade tjänster

Detta avsnitt omfattar bara det statliga ramavtalet för företagshälsovård och de avropsavtal respektive myndighet har tecknat.

Enligt VHS (VHS 2009) används detta ramavtal av förhållandevis många myndigheter: 71 % enligt deras enkät använder ramavtalet.

De övriga svarar i enkäten att de har andra avtal sedan tidigare, gjort egen upphandling, direktupphandlar eller har annan lösning. Ytterligare en kategori finns, de som har egen inbyggd företagshälsovård. I denna undersökning ingår myndigheter i alla kategorier, bortsett från de som gjort egen direktupphandling. Man räknar med att ett bra ramavtal ska vara så konstruerat att det passar för cirka 80 % av myndigheterna att använda.

Flera myndigheter har varit kritiska till utformningen av nuvarande avtal och uppfattningen varierar från "mycket omfattande men inte speciellt svårt" till "mycket komplicerat och tidskrävande".

Som redovisats tidigare uttalar flera myndigheter en vilja att styra upphandlingen mot en mer förebyggande inriktning framöver. Undersökningen visar också att alla vill ha *en* leverantör. Lösningen med bas- och tilläggstjänster attraherar inte myndigheterna (man vill ha *en* leverantör av alla tjänster), men detta har alla hittat kreativa lösningar på ändå.

I VHS' förstudie (VHS 2007) till nuvarande avtal pekas ett flertal viktiga punkter ut som kan vara underlag för förändringar inför kommande avtal: t.ex. restider, bättre statistikåterföring, mer förebyggande verksamhet, viktigt med leverantör på orten, poängsättning av kvalitet, samordningstjänst för myndigheter med flera verksamhetsorter, behov av *en* leverantör för hela verksamheten. Respondenterna upplever uppenbarligen att dessa förbättringsförslag inte har genomförts och samma synpunkter kommer nu som kritik mot dagens avtal.

Många har uppfattningen att företagshälsovård kostar mycket pengar. Och för många myndigheter kan det vara den största synliga kostnadsposten inom HR-området. Därför blir det intressant att se om ett ramavtal kan sänka kostnaden, såsom tänkt.

Nedan finns en jämförelse av timpriser mellan olika avtal. De två första kolumnerna är rikstäckande ramavtalsleverantörer. Den tredje är en ortsbaserad leverantör, egen upphandling beskriver en myndighet som gjort en helt egen upphandling och den sista är en jämförelse med OPIC data. I en rapport från OPIC (2007) undersöktes offentliga upphandlingar 2002-2006. Prisbilden avser ett urval av offentliga upphandlingar gjorda 2006.

Kompetens	Leverantör 1	Leverantör 2	Ortsbaserad leverantör	Egen upph	OPIC
Företagsläkare	1 633	1421	1450	1250	1159
Företagssköterska	925	911	875	825	683
Beteendevet kompetens	1 089	959		825	842
Leg. Psykolog	1 197	959	1100	900	884
Arbetsmiljöingenjör	980	911	900	850	880
Ergonom/sjukgymn	980	911	900/850	825	793
Adm. kompetens	626	853			
Organisationskonsult	1 633	1174	1100	1096	
Hälsovetenskaplig komp	980	911		825	

Tabellen illustrerar att ett statligt ramavtal med stor volym inte automatiskt genererar lägsta pris. Priset i ramavtalet är ett takpris och kan förändras nedåt i den andra konkurrensutsättningen. Det finns ingen sammanställning i vilken omfattning detta gjorts, men både takpriser och lägre priser förekommer i avropsavtal.

Det finns inte några säkra samband mellan ett lågt timpris och en låg totalkostnad för myndighetens företagshälsovård. Inte heller finns säkra samband mellan lågt pris och kvalitet respektive resultat i leveransen och samarbetet, så pris är generellt sätt ett trubbigt instrument.

## 6 Framtiden

### 6.1 Allmänt

De statliga myndigheterna som ingår i denna undersökning har en hög ambition för sitt arbetsmiljö- och hälsoarbete och en vilja att utveckla det även i framtiden. Mycket av arbetet sker i egen regi med egna resurser, men företagshälsovården kommer att fortsätta vara en viktig stödresurs även framöver. Vissa tecken tyder dock på att omfattningen av köpen från företagshälsovården kommer att minska. Flera myndigheter uppger att de ser över sina avropsprocesser och stramar upp när och i vilka frågor företagshälsovården ska anlitas, och VHS ser också en nedåtgående trend för köp från ramavtalet.

I fokusgrupperna anser den absoluta majoriteten att ett ramavtal för företagshälsovård ska finnas. Det underlättar för både små och stora myndigheter att göra avrop och det vore oklokt att varje myndighet skulle upphandla på egen hand. Men kritiken mot dagens ramavtal är- som framgått ovan - också tydlig. I kommentarerna till enkätens fråga om framtida ramavtal syns också mera tveksamhet kring nyttan av ett gemensamt ramavtal<sup>3</sup>. Ett flertal kommentarer finns kring fördelarna med egna avtal. Alla tycker att lösningen med riks- och ortsbaserade avtal är bra, för att värna om lokala lösningar med så många leverantörer som möjligt att välja på. Det gynnar flexibiliteten och minskar om möjligt avstånden till närmaste mottagning.

Inför framtida upphandling och avrop av företagshälsovård framfördes önskemål om flexibla avtal. De allra minsta myndigheterna efterlyste mer information om möjligheterna för direktupphandling. Denna gräns kommer snart troligen gå vid 287.000 kr per avtalsperiod och

<sup>3</sup> Se bilaga 1, avsnitt 3, fråga 21, sid 19.

för de myndigheter som handlar för mindre än 60.000 kr per år eller har mindre än 50 anställda kan detta vara ett alternativ.

De som använde sig av avtalet i dag vill inför nästa avtal ha möjlighet att själva påverka utfallet av annat än bara pris, dvs avropsavtalet ska inkludera även kvalitetskriterier. Vår tolkning är att man vill bilda sig en uppfattning om kvalitet och professionalism hos leverantören. Flera uttryckte att man hellre betalar ett något högre pris för att få en leverantör som är en långsiktig samarbetspartner. I det fanns också en önskan om så långa samarbetsperioder som möjligt.

De viktigaste kvalitetskriterier som lyftes fram var:

- Det geografiska avståndet till leverantören
- Tillgänglighet
- Kompetens
- Relation och samarbete
- Professionalism
- Utformning och innehåll i statistiken
- Förmåga att leverera kundnytta

I enkäten och i fokusgrupperna ställdes också frågan huruvida man saknade någon tjänst eller kompetens i nuvarande avtalsutformning.

Generellt har man svarat att man inte saknar något, men några önskemål om ytterligare kompetenser/tjänster framkom:

- Alkohol/drog behandling/utbildning (ALNA)
- Psykiatriker
- Hälsoinspiratör
- Konflikthantering
- Hälsoprofiler
- Utbildningsinsatser
- Sjuk/friskanmälan
- Friskvård
- Massage/naprapat/akupunktör
- Samtal/coaching för friska medarbetare

Flertalet av dessa är möjliga att avropa via tilläggstjänster, men få myndigheter har kunskap om skillnaden mellan bas- och tilläggstjänster. De vill inte heller riskera att få fler leverantörer eftersom kravet på *en* leverantör är mycket viktigt för de flesta. Flera myndigheter framförde att man istället hade löst det på annat sätt än en ytterligare konkurrensutsättning.

Myndighetsrepresentanterna listar också några generella faktorer som de anser är mycket viktiga att beakta i framtiden:

- Krav på företagshälsovården att arbeta i mångprofessionella team gentemot en kund
- Förmågan hos företagshälsovården att ha kundperspektivet
- Frihet att inom ramen för ett avtal utveckla tjänster och lösningar gemensamt utifrån behov som uppkommer under avtalsperioden.

## **6.2 Sjukvård**

Det finns en stor kluvenhet kring frågan om arbetsgivarfinansierad sjukvård inom myndigheterna. Majoriteten bland dem som angett en uppfattning - både i enkäten och i fokusgrupperna - säger nej, och de större myndigheterna och dess regionala representanter har en tydlig negativ inställning. Man anser att detta helt ligger utanför arbetsgivaransvaret och att i synnerhet statliga myndigheter inte ska använda skattepengar till något som redan är offentligt finansierat. För deras del är detta ett ställningstagande som arbetsgivare och man ansåg att arbetsgivarfinansierad sjukvård motarbetade det förebyggande synsätt man försökte implementera på myndigheten. Mindre myndigheter är mera positiva, men det är också en fråga om vad det kostar arbetsgivaren. De få myndigheter som har sjukvård är dock nöjda med den.

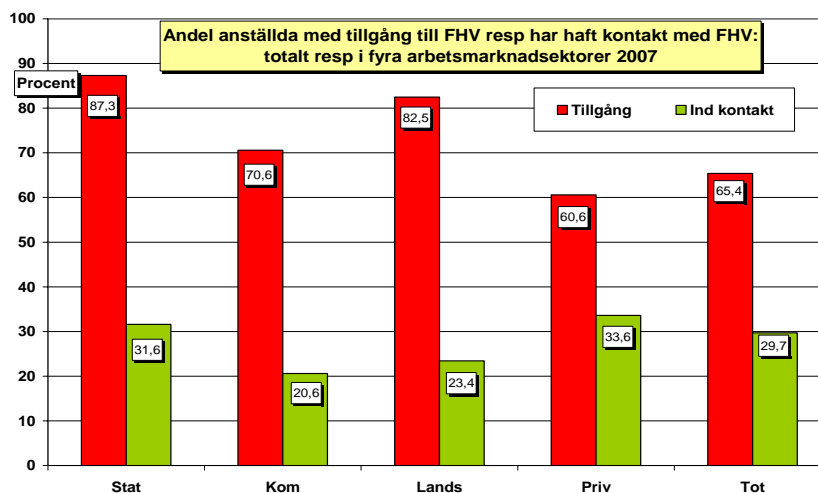
## **6.3 Statligt bidrag till företagshälsovård inom rehabområdet**

Fokusgrupperna har fått frågan om denna subvention, men ingen har haft tillräckliga kunskaper i frågan för att kunna svara. Inter heller i djupintervjuerna med myndigheterna har några åsikter kommit fram.

## **7 Avslutande diskussion**

Hälsoläget i de statliga myndigheterna är gott. Om man ser sjukfrånvaro som en indikator på hälsa så mår medarbetarna på myndigheterna bra. Medvetenheten och kunskapen kring hälsofaktorer finns och ambitionsnivån är hög. Å andra sidan får man intrycket av att den psykosociala arbetsmiljön kan bli ett växande problem för vissa myndigheter. Många myndigheter uttrycker att man köper mycket efterhjälpande tjänster, men det betyder inte per automatik att man bara hanterar akuta problem. Resultaten kring vilken typ av tjänster som köps stämmer väl överens med Statskontorets (2001) undersökning där man såg att statliga myndigheter i högre grad än andra köper stöd vid rehabilitering, arbetsmiljökartläggningar, ergonomiska problem och belastningsskador.

Vår undersökning visar att myndigheterna som grupp tar sitt arbetsmiljö- och hälsoarbete på allvar och arbetar efter bästa förmåga. Dels gör man mycket själv, dels anlitar man resurser utifrån. Den resurs som i första hand anlitas är just företagshälsovården. Det stora flertalet har ett samarbete med företagshälsovården och köper sedan endast enstaka tjänster av olika andra leverantörer. Andra typer av permanenta lösningar än företagshälsovård - t ex försäkringslösningar eller enstaka köp från olika specialister - har vi inte funnit. Det syns också på anslutningsgraden till företagshälsovården. I diagrammet nedan redovisas – fördelat på arbetsmarknadssektor - andelen sysselsatta som angett att de har resp har haft kontakt med företagshälsovården under 2009. Andelen av de sysselsatta som uppger att de har företagshälsovård är högst för anställda inom staten (och inom landstingen).



I diagrammet ovan anges tillgänglighet resp kontakt med företagshälsovård bland anställda totalt resp inom fyra olika arbetsmarknadssektorer: staten, kommunerna, landstingen och privata företag. I genomsnitt har ca 65 procent av de anställda tillgång till företagshälsovård medan motsvarande siffra för statligt anställda är 87 procent.

Samtidigt visar diagrammet att över två tredjedelar av alla anställda aldrig har kontakt med företagshälsovården: endast ca 30 procent av de anställda har haft individuell kontakt med företagshälsovården under det senaste året. För statliga myndigheternas del är det ca 70 procent av medarbetarna som inte haft någon kontakt alls under det senaste året. Det faktum att det är så stor andel av de anställda som aldrig kommer i kontakt med företagshälsovården är viktigt att ha med sig när man pratar om företagshälsovård. Insatser som berör alla medarbetare, oavsett hälsostatus blir viktiga medel för bättre arbetsplatser.

Det är stor variation på vilken slags relation myndigheten vill ha med sin företagshälsovård. Vissa eftersträvar ett strategiskt samarbete och en nära relation, andra hanterar mycket själva. Vi kan inte se något samband mellan en nära relation med företagshälsovården och ett aktivt och bra arbetsmiljö- och hälsoarbete eller låg sjukfrånvaro. Detta stöds även av resultat från t ex Karolinska Institutets studie "Hälsa och framtid" (2007).

I kontakten med företagshälsovården förefaller de statliga myndigheterna vara mer positiva till företagshälsovården än privata företag. En förklaring kan vara att myndigheterna är trogna kunder med stor egen kompetens i frågorna. När säljare och köpare med ett gemensamt intresse för arbetsmiljö- och hälsoarbete träffas och diskuterar intressanta frågeställningar skapas engagemang, välvilja och förståelse. Det blir helt enkelt lättare att skapa en god kundrelation om kunden och kontaktpersonen delar intresset för det som ska genomföras.

Inom den offentliga sektorn har de statliga myndigheterna högst kostnader per anställd för företagshälsovård, men inte högre än stora privata företag. Det finns hos myndigheterna också en större säkerhet och kunskap om vad företagshälsovården är och vad den kan leverera.

### Förebyggande aktiviteter

Många myndigheter köper till större del förebyggande tjänster. Det som köps är främst arbetsmiljöstöd, preventiva stödsamtal, ergonomiska insatser och hälsoundersökningar. Det är för många en uttalad strategi att göra det, för andra är det snarare ett utfall av mycket låg



sjukfrånvaro. Man behöver ingenting annat. För myndigheterna som helhet är fördelningen mellan förebyggande och efterhjälpande cirka hälften-hälften, vilket är en skillnad i jämförelse med den privata sektorn som har en lägre andel av förebyggande och hälsofrämjande arbete (Prevent 2009).

Ovannämnda trend kan också skönjas i vilka yrkeskompetenser som efterfrågas. Sköterska och läkare är de mest frekventa kompetenserna följt av beteendevetare. Sköterskan arbetar mycket både förebyggande och efterhjälpande och det kan förklara toppositionen. I OPICs (2007) översyn som gjordes åren 2002-2006 innehar läkarkompetensen tätpositionen följt av beteendevetare och sköterska. I den rapporten framgår också att man har ett större utnyttjande av efterhjälpande tjänster. Det kan vara en förändring som sker över tid eller beroende på vilka organisationer som upphandlat. OPICs undersökning bygger främst på kommunal verksamhet. Kommunal verksamhet har generellt sett högre sjukfrånvaro och det kan förklara skillnaden. Kanske följer kompetenserna sjukfrånvaron?

### **Avtalet med företagshälsovården viktigt - oavsett om det är ramavtal eller eget avtal**

Att handla upp företagshälsovård är svårt, men ett bra avtal – vare sig det är ett ramavtal eller eget avtal - upplevs som ett stöd för de flesta myndigheterna. För flera myndigheter är det dessutom ett lagbundet krav. Ett avtal är ett sätt att paketera leveransen så att det blir tydligt vad som ska köpas och varför. Vissa avtal lämnar helt öppet för alla typer av avrop under perioden, andra styr mot vissa tjänster. Ett bra avtal är grunden för en bra leverans av företagshälsovård och en god relation med leverantören. Hur företagshälsovården används under avtalsperioden är mycket beroende på hur avtalet är utformat och vad som ingår.

För det statliga ramavtalet finns ytterligare en dimension. Ramavtalet är Sveriges största företagshälsovårdsavtal och fungerar som förebild för många andra som upphandlar. Hur det är utformat påverkar inte bara de statliga myndigheternas köp av tjänster, utan hela marknaden.

### **Utökat samarbete kring personalfrågor och företagshälsovård**

Vi har inte sett några tecken på kontakt mellan myndigheterna bortsett från de nätverk Arbetsgivarverket driver. Flera myndigheter har uttryckt oro över att man har svårigheter att hantera personer som inte presterar till 100 procent och många myndigheter anger att upphandling/avrop av företagshälsovård är svårt. Det verkar finnas ett behov av ett mera strukturerat och permanent nätverk mellan myndigheter för erfarenhetsutbyte och samarbete i dessa frågor. Ett sådant (regionalt) samarbete mellan myndigheter kan gälla även med andra arbetsgivare inom den kommunala och privata sektorn.

Vi vet att under perioden inför att avropsavtalet tecknas och medan behovsanalysen görs finns extra stor aktivitet i arbetsmiljö- och hälsoarbetet och detta kan utnyttjas positivt. Inte minst små och mellanstora myndigheter/organisationer kan behöva ett oberoende bollplank kring både upphandling mm av företagshälsovård, men också för diskussion kring olika personalstrategiska frågor.

### **Ramavtal som styrande mot förebyggande åtgärder**

Frågan är om och hur VHS ramavtal kan användas för att styra mot ett ännu mer förebyggande arbetssätt? Kan t ex ett tillfälle med strategisk rådgivning ingå direkt efter avtalstecknandet? Ett avtal som är flexibelt, men som har ett förebyggande fokus för de myndigheter som vill följa avtalets intentioner kan gynna myndigheterna. Med tanke på hur tjänsterna köps idag bör fokus i alla avtal som tecknas ligga på de tjänster som köps mest frekvent och är de mest önskade.

I dag har VHS ett uppdrag att hantera ramavtalen, men endast det tekniska "innehållet". Man har inte någon HR-funktion och kan inte erbjuda något stöd i frågor om t ex vad som är lämpligast att avropa för att nå ett önskat resultat. Vilka kan/vill komplettera VHS's teknik med styrning mot viktiga mål?

## Referenser

Prevent (2009), En intervjubaserad nulägesbeskrivning av företagshälsovården 2008. Humla Konsult och Tegle Research, 2009-01-19.

Arbetsmiljöverket (2008), Arbetsmiljön 2007, Rapport 2008:4.

SN (2008), Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter (inkl försäkringstjänster) och sjukfrånvaro, Tegle Jansson & Partners AB, 2008-04-11.

VHS (2007), Rapport: Förstudie Ramavtal Företagshälsovård, VHS projektnr 6-0097-451217, 2007-01-31.

VHS (2009). Redovisning enkät statligt ramavtal för företagshälsovård.

OPIC (2007), Företagshälsovård i offentlig upphandling- en total överblick

Karolinska institutet (2007), Hälsa och framtid, Magnus Svartengren m fl.

## Bilaga A: Resultat enkät

I detta avsnitt sammanfattas enkätresultaten. En detaljerad redovisning av enkätresultat, urval och svarsfrekvens ges i bilaga 1 i den särskilda bilagedelen.

### A.1 Kort om enkäten

252 e-postenkäter skickades ut i december 2009 till ett urval av myndighetsrepresentanter från Arbetsgivarverkets arbetsmiljö- och rehabiliteringsnätverk samt till ett urval myndigheter. Urvalet baserades på en stratifiering över län, mellan stora och små myndigheter samt på Arbetsgivarverkets sektorsindelning av myndigheter (olika "branscher" inom staten). Svarsfrekvensen var 63 procent. Bortfallet har inte varit systematiskt vad gäller myndighetsstorlek och sektorn. Svaren bedöms därför vara representativa för den statliga verksamheten.

För vissa frågor redovisar vi också svaren uppdelade efter antal anställda på myndigheten där små myndigheter har 0 - 200 anställda och stora myndigheter minst 1000 anställda. Vi redovisar också separat – för vissa frågor - "regionala svar" vilket avser svar från de som arbetar på (huvudsakligen de stora) myndigheternas regionala organisationer och på landets länsstyrelser.

Befattningar för de som svarade på enkäten fördelade sig enligt tabellen nedan:

	Alla mynd	Små mynd	Reg mynd/org
Personalchef/-direktör	22 %	17 %	31 %
Kanslichef/adm.chef/stabschef	16 %	38 %	21 %
Personalstrateg, HR-spec, personalspec	35%	5 %	31 %
Personalsekr, personalhandläggare	14 %	17 %	3 %
Annand befattning	14 %	24 %	15 %
Summa:	100 %	100 %	100 %

Bland de som besvarat enkäten är den största gruppen – över 50 procent - olika specialister inkl personalhandläggare och personalchefer. Som framgår av tabellen ovan tillhör de som besvarat enkäten för små myndigheter däremot - inte oväntat – i mindre grad denna grupp. Här dominerar olika lednings- och administrativa befattningar (inkl "annan befattning"). Vad gäller befattningar hos regionala myndigheter är andelen personalchef/-direktör som svarat på enkäten relativt hög.

### A.2 Enkätresultat

Resultaten från enkäten grupperas efter följande rubriker/innehåll (numreringen avser frågorna enligt redovisningen i bilagan):

1. Myndighetens eget arbete med arbetsmiljö- och hälsofrågor och företagshälsövård (nr 2-5 samt 11-14)
2. Om man köper in eller själv utför 28 specificerade tjänster (nr 6)
3. Utnyttjande av nuvarande ramavtal (nr 7-9)
4. Hur man ser på företagshälsövården och dess tjänster (nr 10, 15, 16 och 18)
5. Syn på framtida ramavtal (nr 19-25)

## A.2.1 Myndigheternas arbete med arbetsmiljö och företagshälsovård<sup>4</sup>

### Egen kompetens

Nästan en tredjedel av de svarande angav att de inom myndigheten har en anställd som är rehabiliteringsspecialist. Den därefter vanligaste egna kompetensen är hälsoutvecklare (16 procent) och arbetsmiljöingenjör (8 procent). För små myndigheter är rehabiliteringsspecialist också den vanligaste egna kompetensen men till mycket ringa del (ca 10 procent av de svarande angav detta svar). Andra kompetenser som finns inom myndigheten är friskvårdskompetens och personalspecialist.

### Myndighetens mål

Nästan 90 procent av myndigheten har tydliga mål vad gäller arbetet kring arbetsmiljö och hälsa. Dessa mål gäller till lika stora delar områdena arbetsmiljö resp personalens hälsotillstånd. En likartad bild gav svaren från små och regionala myndigheter/organisationer men representanter för små myndigheter angav en större andel för "annat område" som mål.

### Regelbunden samverkan med facklig organisation

Samverkan med facklig organisation sker främst inom områden som arbetsmiljökartläggningar, rehabilitering, friskvårdsarbete och avrop av företagshälsovårdstjänster inom ramavtalet. Samverkan är betydligt mindre frekvent när det gäller köp av företagshälsovårdstjänster utanför ramavtal. Likartade resultat uppvisar svaren från små och regionala myndigheter/organisationer.

### Återkoppling och uppföljning av inköpta tjänster från företagshälsovården

Över två tredjedelar av de svarande angav att de får återkoppling från företagshälsovården i samband med att företagshälsovården upptäcker problem på arbetsplatsen. Nästan 90 procent av de svarande angav att man följer upp de inköpta tjänsterna och att detta vanligen görs varje år (ca en tredjedel följer dock upp varje kvartal). Kvartalsuppföljningen är vanligast hos stora myndigheter men är ovanlig hos små myndigheter. Vad gäller uppföljningen sker den till nästan lika delar med avseende på kostnader (50 procent) och kvalitet (44 procent). I kommenterarna framgår att återkopplingen kan utvecklas och att man inte alltid är nöjd med den kvalitet man får idag.

## A.2.2 Inköp eller egen aktivitet gällande 28 specificerade tjänster<sup>5</sup>

### Inledning

I enkäten ställdes frågor kring 28 specificerade tjänster (se tabell nedan) där man för *varje* tjänst fick ange ett av fem alternativ om man upphandlade, i vilken form man upphandlade, om man utförde tjänsten själv, m.m. De fem alternativen redovisas nedan:

- Tjänsten upphandlas inom ramavtalet.
- Tjänsten upphandlas utanför ramavtalet.
- Tjänsten utförs av myndigheten själv.
- Tjänsten utförs inte alls.
- Vet ej.

<sup>4</sup> Frågorna 2-5 samt 11-14 i bilaga 1.

<sup>5</sup> Se närmare redovisning i bilaga D till denna rapport och bilaga 1 i bilagedelen (Fråga 6).

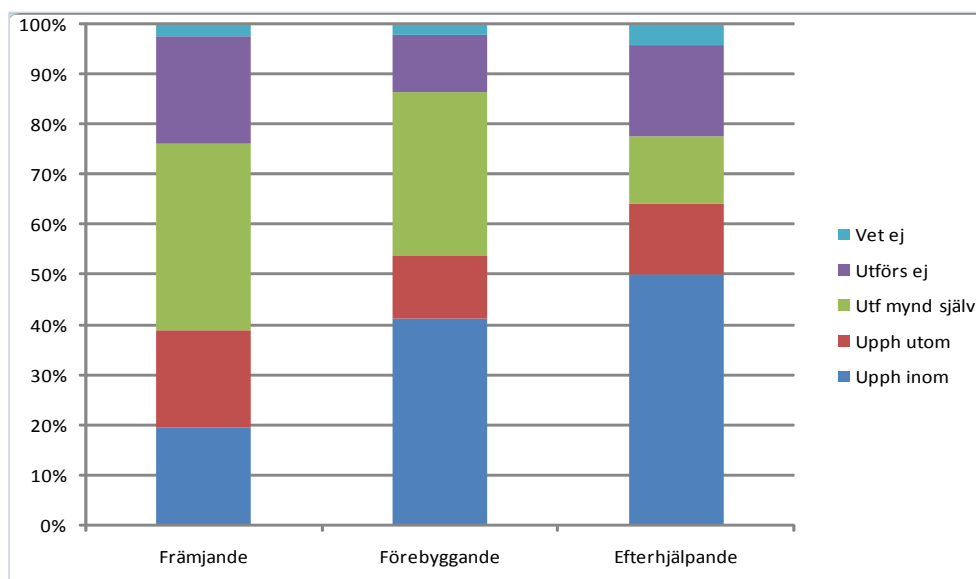
Dessa 28 tjänster redovisas nedan grupperade i tre områden (främjande, förebyggande samt efterhjälpande, se också bilaga A till denna rapport):

Främjande (9 st):	Förebyggande (8 st)	Efterhjälpande (11 st)
Organisationsutvecklingsinsatser	Stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet	Regelbunden kontakt med den sjukskrivne vid frånvaro över 14 dagar *)
Handledning i grupp	Hälsokontroller (inkl medicinska, lagstadgade)	Sjukgymnastik
Alkohol-, kost- eller tobaksinformation	Undersökningar, riskbedömningar av den fysiska arbetsmiljön	Stödsamtal vid individuella behov
Friskvård	Undersökningar, riskbedömningar av den psykiska arbetsmiljön	Arbetsrelaterad vård, enstaka besök (avser ag finansierad vård)
Medarbetarundersökningar *)	Stöd eller genomgång vid ergonomiska problem	Krisstöd
Livsstilskartläggning t ex hälsoprofil	Arbetsmiljöutbildningar	Arbetsförmågebedömning
Massage, naprapat	Vaccinationer, provtagning	Fysisk rehabilitering
Rådgivning till chef, arbetsgivare	1:a dagsintyg	Psykisk rehabilitering
Sjuk- och frisknämnan		Arbetsplatsanpassningsåtgärder, -analyser
		Sjukvård (avser ag finansierad el enl särskilt avtal)
		Konflikthantering

\*) Klassificeringen osäker.

### Fördelning av olika alternativ

I diagrammet nedan redovisas hur tjänster inom resp grupp (främjande etc) i genomsnitt fördelar sig på de olika upphandlingsformerna (inkl "utförs ej" resp "vet ej")



Andelen tjänster som upphandlas (inom eller utom ramavtal) stiger – från vänster till höger - från ca 40 procent för främjande tjänster, ca 55 procent för förebyggande till ca 60 procent för efterhjälpande tjänster. Fördelningen av andelen tjänster som myndigheten utför själv följer en motsatt trend där andelen är störst för främjande tjänster (ca 37 procent), 33 procent för förebyggande och minst andel – 21 procent – för efterhjälpande tjänster<sup>6</sup>. Den största enskilda andelen gäller upphandling inom ramavtalet för efterhjälpande tjänster (46 procent). Den största andelen tjänster som inte utförs finns inom främjande (21 procent) och efterhjälpande tjänster (17 procent) - och den minsta andelen inom förebyggande tjänster (11 procent).

### Tjänster som sticker ut

Vi redovisar här några av de tjänster som särskilt sticker ut vad gäller fördelning på upphandlingsform (inkl om tjänsten utförs av myndigheten själv resp. inte utförs alls). Dvs tjänster som i ovanligt hög grad handlas upp inom ramavtalet, utanför ramavtalet, utförs av myndigheten själv eller inte utförs alls.

Exempel på tjänster som sticker ut *inom* varje upphandlingsform (dvs har en ovanligt stor andel inom resp kolumn):

Upphandlas via ramavtal	Upphandlas utanför ramavtal	Utförs av mynd själv	Utförs ej
Hälsokontroller Krisstöd Arbetsförmågebedömning Fysisk & psykisk rehab	Arbetsmiljöutbildningar Medarbetarundersökningar Organisationsutveckling Handledning i grupp	SAM Arbetsmiljöunder- sökningar Friskvård Sjuk- & friskanmälan Regelb. kontakt med sjukskriven	Alkohol-, kost el tobaksinformation.  1a dagsintyg
Vaccinationer, provtagning Stödsamtal Sjukgymnastik	Vaccinationer, provtagning Stödsamtal Sjukgymnastik		Sjukgymnastik
Livsstillskartläggning	Massage, naprapat		Massage, naprapat Livsstillskartläggningar

Några tjänster finns inom flera områden (kolumner) i tabellen ovan. T ex vaccinationer finns både i gruppen "upphandlas via ramavtal" och "upphandlas utanför ramavtal". Det betyder att denna tjänst har en ovanligt hög andel av alla de tjänster som upphandlas via ramavtal och dito inom de tjänster som upphandlas utanför ramavtalet.

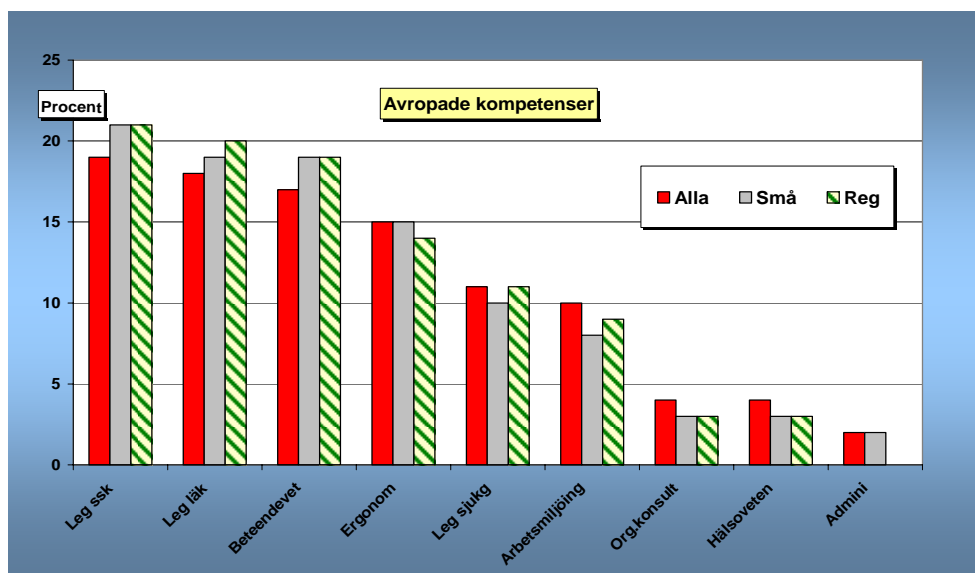
### A.2.3. Utnyttjande av dagens ramavtal<sup>7</sup>

53 procent av de svarande anger att avrop sker via VHS ramavtal medan övriga köp sker via eget avtal eller vid enstaka köp. Vid kontroll visade det sig emellertid att flera respondenter - som i enkäten angett att de inte köper via VHS ramavtal - finns på VHS lista över myndigheter som ingår i ramavtalet. Korrigerat för detta är andelen som köper via ramavtal ca 60 procent.

<sup>6</sup> Att andelen som man utför själv är minst för efterhjälpande tjänster kan tyckas strida mot resultatet på sidan 6 (Egen kompetens) där en tredjedel av myndigheterna hade egen rehabiliteringsspecialist. Det behöver inte vara en motsättning om den anställda rehabiliteringsspecialisten enbart arbetar inom vissa områden och/eller arbetar med planering och uppföljning av inköpta rehabiliteringstjänster. Hälsofrämjande och förebyggande arbete kan utföras i "linjen" i större utsträckning.

<sup>7</sup> Frågorna 7-9 i bilaga 1.

Frekvensen av vilka kompetenser man avropar anges i diagram nedan (inkl redovisning av svaren från små resp regionala myndigheter/organisationer). Vanligast avropad kompetens är sjuksköterskor, läkare och beteendevetare. Någon egentlig skillnad för de små och regionala myndigheterna/organisationerna finns inte.



Över två tredjedelar (72 procent) angav att de genomför en **behovsanalys** före upphandling/avrop medan en femtedel (20 procent) inte visste om man gjorde det eller inte. Bilden är likartad vad gäller små och regionala myndigheter/organisationer men andelen "vet ej" är större (26 procent). Att "vet ej" har en relativt stor andel kan till viss del bero på att behovsanalys faktiskt utförs, men av annan person än den som fyllt i enkäten.

#### A.2.4. Hur man ser på företagshälsovården och dess tjänster<sup>8</sup>

Nästan tre fjärdedelar (74 procent) av de svarande totalt anger att de upplever företagshälsovården som **ett stöd i utvecklingen** av arbetsmiljö- och hälsoarbetet på myndigheten – medan 17 procent svarade nej på denna fråga. En något mindre andel (63 procent) bland de mindre myndigheterna tycker att företagshälsovården är ett stöd. Av de kompletterande fria svaren framgår dock att stödet inte är utan reservationer och vissa fall med viss tveksamhet. En vanlig kommentar är att stödet kan utvecklas och "både och".

En nästan lika stor andel (73 procent) anger att insatserna från företagshälsovården leder till **förbättringar i verksamheten** medan 22 procent anger "vet ej". Representanter för små myndigheter är något mindre positiva (63 procent håller med) medan representanter för regionala myndigheter/organisationer är de mest positiva till företagshälsovårdens insatser (83 procent håller med).

En fråga gällde **hur nöjd man är med stödet från företagshälsovården** där man fick ange ett poängtal mellan 1 och 5 (där 1 = inte alls nöjd och 5=mycket nöjd). Genomsnittet blev 3,6

<sup>8</sup> Frågorna 10 samt 15,16 och 18 i bilaga 1.

poäng dvs klart över "mittpunkten" (siffran 3). Nästan samma resultat blev det för små och regionala myndigheter/organisationer och också för stora myndigheter. I kommentarerna framgår att flera efterfrågar en mera proaktiv partner och att detta skulle öka nöjdheten ytterligare.

Eftersom många anger mittpunkten (siffran 3) på en femgradig skala kan det vara intressant att bortse från andelen som angett denna siffra för att få fram ev underliggande större skillnader. Ett sådant mått är att mäta "**intensiteten**" som summa andel för de två högsta talen (siffran 4 och 5) *minus* summa andelar för de två lägsta (siffran 1 och 2). Ju högre denna andel är desto bättre betyg. Om alla fördelar sina röster likformigt på alla 5 siffrorna (dvs 20 procent på vardera) blir intensiteten lika med noll. Om alla bara röstar på de två högsta blir intensiteten + 100 procent och om alla röstar på siffran 1 eller 2 blir intensiteten – (minus) 100 procent.

Nedan redovisas frågan om hur nöjd man är med stödet från företagshälsovården för fyra olika grupper av svarande med både genomsnittspoäng och intensitet:

	Alla	Stora mynd	Små mynd	Regionala mynd/org
Intensitet %-andel	48	62	40	45
Poäng	3,6	3,7	3,5	3,5

Som framgår blir nu skillnaderna med intensitet tydligare och gruppen "stora myndigheter" framstår som mest nöjda – och små myndigheter som minst nöjda - med stödet från företagshälsovården.

I enkäten fanns en öppen fråga där respondenterna ombads att beskriva företagshälsovården med tre ord. Totalt genererade frågan 188 ord varav sex kan anses som neutrala och 182 var omdömen. Av dessa var 170 positiva och endast 12 negativa. Av de 12 negativa syftade fyra på kostnaden.

De positiva omdömena som framkom var bl a (utan rangordning):

- Lyhört, nära, kompetent
- Öppet, kommunikativt, avspänt
- Fungerar vanligtvis bra
- Dynamiskt, enkelt, utvecklande
- Kvalitet, enkelt, uppskattat
- Engagerat, kompetent, stödjande

En annan fråga gällde vilka **faktorer som har störst betydelse för att få nytta av de tjänster man köper in**. Svaren redovisas som intensitet i tabellen nedan.

Olika faktorer betydelse för nyttan av de företagshälsovårdstjänster man upphandlar. <b>Intensitet</b> (% andelar)	Alla	Små	Reg
Personalens intresse, behov, trivsel	50	52	46
Rekryteringsargument	-44	-50	-54
Minskar sjukfrånvaron	31	9	22
Bättre arbetsmiljö	60	47	47
Arbetsgivarintresse allmänt	55	41	44



Som framgår dominerar bättre arbetsmiljö, personalens intresse samt "arbetsgivarintresse allmänt" som nyttofaktorer medan – särskilt - rekryteringseffekter och effekter på sjukfrånvaron har mindre betydelse. Små myndigheter skiljer ut sig genom att faktorn "minskar sjukfrånvaron" har låg intensitet.

### A.2.5. Uppfattning om framtida ramavtal

Det finns en överväldigande majoritet (80 procent) för att man **vill ha ramavtal** i framtiden och det skiljer sig inte nämnvärt mellan olika undergrupper (små, regionala repr). En något lägre andel - men fortfarande en klar majoritet (60 procent) - tycker det är bra med både **riks- och ortsbaserat avtal**. Här anger de svarande från små myndigheter en högre andel (74 procent ja). 40 procent av de svarande ansåg att **tilläggstjänsterna** (som nu finns i separat avtal) skall ingå i basutbudet.

Knappt 30 procent av de svarande angav att **arbetsgivarfinansierad sjukvård** bör ingå i avtalet medan 40 procent svarade nej. Osäkerheten är dock stor eftersom ca en tredjedel angav "vet ej". Representanter för små myndigheter var mera positiva (36 procent ja) medan regionala representanter var mest negativa (47 procent nej). Enligt kommentarerna angav de som var osäkra kostnaden som främsta anledningen.

Till de som svarat ja på frågan om arbetsgivarfinansierad sjukvård *bör* ingå ställdes också frågan om vilka faktorer som hade största betydelse för deras ja-svar. De två främsta argumenten för att ha med sjukvård i kommande ramavtal var - förutom faktorn "arbetsgivarintresse allmänt" - köer och väntetider i offentlig vård samt personalens vilja och intresse. Rekryteringsargument hade en lägre förklaringsgrund.

Två frågor ställdes om man **saknade någon tjänst resp någon kompetens** i dagens ramavtal som borde vara med i kommande ramavtal. Bara ca åtta procent av de svarande angav att de saknade någon tjänst eller någon kompetens. Samtidigt var det nästan hälften (46-48 procent) som angav "vet ej" som svar på de två frågorna vilket pekar på att man kanske inte var så väl förberedd att svara på dessa frågor.

## Bilaga B: Resultat fokusgrupper<sup>9</sup>

I undersökningen ingick åtta fokusgrupper med totalt 41 företrädare från olika myndigheter. Grupperna har genomförts i Stockholm (6 st) samt Malmö och Göteborg. Dessutom genomfördes en särskild fokusgrupp med enbart fackliga representanter som redovisas särskilt nedan. Fokusgrupperna genomfördes under februari-mars 2010.

Fokusgrupperna var mycket uppskattade av deltagarna och man tog väl tillvara på möjligheten att utbyta erfarenheter och funderingar. I alla grupper uppstod bra och öppna diskussioner om situationen på myndigheten och synen på företagshälsovårdens stöd. Alla deltagare hade stora kunskaper, var väl insatta i frågan och hade mycket att bidra med. Deltagarna representerade alla typer av myndigheter.

Alla gruppdiskussioner utgick från samma frågeschema och sammanfattas nedan i tre huvudområden allmänt om personalläget, avtalet och syn på leverantörer och tjänster.

<sup>9</sup> Se också redovisning i bilaga 1 i den särskilda bilagedelen.

### **B.1 Allmänt om personalläget**

- Ökad stress på grund av ökad frekvens av omorganisationer och/eller ständigt nya arbetsuppgifter – många trivs (högt utbildade) men det finns också risk för utbrändhet.
- Ibland bubblar problem upp vid omorganisationer t ex färre personal per chef synliggör tidigare dolda konflikter.
- Anställda arbetar under mycket olika förhållanden – från ”god” stress med stor frihet till mycket regel- och datorstyrda arbeten med liten egen påverkansmöjlighet.
- Låg sjukfrånvaro men kanske också hög sjuknärvaro och dold sjukfrånvaro (semester, flexitid).
- Många måste ta större ansvar än tidigare och allt kortare ledtider krävs - höga krav och många är ambitiösa - alla klarar inte detta!
- Flera återkommer till att alla inte är fullpresterande och att myndigheterna inte har utrymme att hantera dessa. Det ställer stora krav på medarbetare och chefer i närheten.
- Arbetsgivaren är i allmänhet reaktiva i hälsoarbetet.
- Personalfrågorna är beroende av högsta chefens prioriteringar: personalen eller sakfrågorna.
- Generationsväxlingen (40-talisternas uttåg) är en utmaning.

### **B.2 Synpunkter på företagshälsovården**

- Företagshälsovård är viktig för myndigheterna.
- Överlag är man nöjda med insatserna och samarbetet.
- En bra företagshälsovård har god arbetsplatskunskap.
- Man köper rehab, stödsamtal och hälsoundersökningar och ergonomikartläggningar.
- Flera uppger att man köper större volym förebyggande (arbetsmiljöronder, ergonomi och hälsoundersökningar) än rehabilitering medan vissa tycker man köper för lite förebyggande insatser.
- Några uppger att den medvetna strategin är att köpa insatser först när de verkligen måste. Förebyggande arbete har prioriterats ner och utförs i större omfattning i egen regi.
- Det är så och så med återkopplingen från företagshälsovården.
- Ett flertal anger att de har kompletterat avtalen med företagshälsovården med personalstödsprogram.
- De flesta kan se att företagshälsovården skapar resultat, främst i individärenden.
- Vad gäller samverkan med facklig organisation har alla uttryckt att facklig samverkan sker inom HR-området om än i vitt skilda former: vissa har samverkansavtal, ytterligare andra har MBL. I enkäten frågades efter *regelbunden* samverkan vilket kan förklara varför svaren delvis skiljer sig från den fackliga fokusgruppen (se bilaga B.7).

### **B.3 Synpunkter på ramavtalet**

- De som är mest aktiva beställare och hela tiden ligger på är nöjda och är troligen de mest tydliga beställarna.
- Några har en uttalad strategi att göra så mycket som möjligt själva och bara köpa det nödvändigaste där man verkligen behöver expertkompetens.

- Flera säger att totalkostnaderna för företagshälsovård har sjunkit – myndigheterna sätter upp begränsningar och stramar upp processen kring avrop av företagshälsovård.
- Bas- och tilläggstjänster bör vara med *samma* leverantör för alla tjänster för att få kontinuitet (alla har "trixat" för att få *en* leverantör).
- Tjänstebeskrivningarna i ramavtalet är enligt några ett spel för gallerierna eftersom ingen kan innehållet riktigt och de går inte att skilja åt. Men någon tycker att de är ett stöd gentemot leverantören.

Sammanfattningsvis vill myndigheterna enligt fokusgrupperna ha följande från företagshälsovården:

- Professionalism
- Korrekta bedömningar
- Opartiskhet
- Expertkunskap med utifrånperspektiv
- Bra återrapportering
- Råd och förslag
- Hjälp med att göra bra avrop från företagshälsovården

Alla köper tjänster och kompetenser utanför avtalet – t ex. handledning och ledarutveckling.

#### **B.4 Information om avtalet**

- Man är negativ till utformningen av ramavtalet: komplicerat, krångligt. Det förra avtalet var mycket enklare.
- Det är mycket svårt att teckna avropsavtalet om man inte har egen upphandlingskompetens.
- Den information som leverantörerna fått om avtalet stämde inte med den information som myndigheterna fått om avtalet. Myndigheter hamnar i kläm.
- För att klara av att teckna avropsavtalet krävs alltför mycket stöd av VHS för tolkningar m.m. – ett stöd som myndigheterna dessutom fick betala för.
- Avropet var mycket detaljerat och svårtolkat (som t.ex. priskorgen, alla tjänstebeskrivningarna).

#### **B.5 Synpunkter på kvalitetsfaktorer**

- I allmänhet är man nöjd med tjänster på individnivå men mindre nöjd med tjänster mot grupp och organisation.
- Myndigheterna vill påverka mer än bara priset. Man är generellt inte nöjd med att bara priset avgör. T.ex. ortsbaserade avtal är problem eftersom en viktig kvalitetsfaktor saknas: avståndet till företagshälsovården; om för stora avstånd bör man kunna kliva av avtalet.
- Viktigt att företagshälsovården erbjuder ett team (med blandad kompetens) som kan hålla kontinuerlig kontakt med kund vilket minskar sårbarhet vid personalomsättning hos företagshälsovården.

Flera förespråkar fasta team med god kunskap om myndigheten (kunden) och ökade möjlighet till proaktivitet och förslag till åtgärder; t ex håller inte arbetsförmågebedömningarna måttet.

## B.6 Synpunkter på leverantörerna

- Bra och rimliga priser och kostnader, tydliga tjänster och positivt förhållningssätt.
- Mycket uppköp i branschen som skapar problem för kunden (bristande kontinuitet).
- Företagshälsovården är oseriösa, är ute hos cheferna och säljer och är mest ute efter att debitera tid – verksamheten besväras av säljare.
- Företagshälsovården har för många kunder – de hinner inte med oss.
- Företagshälsovården är inte en dynamisk partner i SAM utan mer en adhoc-konsult. Man lever inte upp till att kalla sig partner.
- Flera myndigheter vill att företagshälsovården ska fungera som ett filter och avgöra om problemen är arbetsrelaterade eller inte.
- Måste bli bättre på att återrapportera – de slutför inte uppdraget.
- Ibland är de inte opartiska –dvs företagshälsovården ser mer till sitt eget intresse än på myndighetens mål och verksamhet.
- De är lätta att ha en dialog med även vid kritik mot företagshälsovården.

## B.7 Fokusgrupp med fackliga representanter

Sju personer vid fokusgruppen deltog – tre representerade från SEKO, två från OFR samt två från Saco-S.

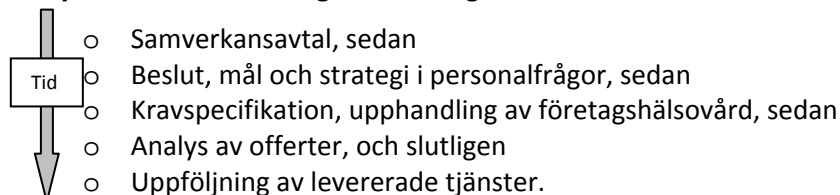
### Allmänt om personalfrågor mm inom staten

Man pekade på att omorganisationer ofta sker med korta ledtider vilket i sin tur leder till ökad stress hos personalen. Snabba beslut inom myndigheterna prioriteras före långsiktighet och det finns i allmänhet lite intresse för långsiktiga personalfrågor hos ledning och chefer. Allt fler nya uppgifter läggs på myndigheterna från regering och riksdag med dåliga förberedelser. Samverkan med facket fungerar generellt allt sämre över tid men undantag finns. Facket kommer ofta in sent i upphandlingar/avropsavtal och efter att kravspecifikation är gjord.

### Synpunkter på företagshälsovården och dess tjänster

Ledningens intresse för att satsa på förebyggande åtgärder är litet. Det som köps in är mycket rehabilitering och traditionella individinsatser (stödsamtal). Företagshälsovården är mycket reaktiv - och därmed lite proaktiv - vilket också kan bero på bristande beställarkompetens eller beställarintresse från myndighetsledningens sida. Man saknar kvalitetsdeklaration av företagshälsovårdens tjänster vilket skulle vara ett stort stöd i diskussionerna med arbetsgivaren (t ex av hälsoundersökningar som idag kan innehålla nästan vad som helst).

### Ideala inflytandemodellen vad gäller företagshälsovård:



Facket med i alla steg.

## Bilaga C: Resultat djupintervjuer<sup>10</sup>

Utöver enkäten och fokusgrupper har totalt 14 djupintervjuer genomförts – fyra med ramavtalsleverantörer (företagshälsovårdsföretag) och tio med myndighetsrepresentanter (inkl VHS). Ramavtalsleverantörerna fördelar sig på två stora och två små. Personerna har antingen intervjuats per telefon eller i personliga möten.

Några av intervjupersonerna från myndigheterna hade anmält sitt intresse att medverka vid inställda fokusgrupper. Andra myndighetsrepresentanter har vi blivit rekommenderade av referensgruppen att kontakta och vissa har vi kontaktat. Fokus i intervjuerna har varit olika och baserats på att testa teorier och synpunkter som framkommit i enkäten eller i fokusgrupperna. Ett frågeområde som inte tydligt belysts tidigare - egen upphandling - redovisas nedan. Alla intervjuer redovisas i bilaga 3.

### C.1 Intervjuer med myndigheter

#### Liten myndighet – eget avtal

En myndighet med verksamhet på två orter har valt att göra en egen upphandling av företagshälsovård. Anledningen till att man valde att göra en egen upphandling var att man ville ha en och samma leverantör på de båda orterna och vilket inte var möjligt via VHS-avtalet. Deras egen upphandling var enkel att göra och tog inte lång tid.

#### Universitet med eget avtal

Universitetet har ett aktivt arbetsmiljö- och hälsoarbete. De önskar framöver att utveckla sitt strategiska arbete och därför valde man att göra en egen upphandling efter det att man sett VHS ramavtal. Dels ville man inkludera viktiga kvalitetskriterier och dels trodde man att man kunde få ett lägre pris. Kravspecifikationen delades upp ”skall-krav” efter gängse upphandlingskrav och förväntad leverans av tjänsteutbud, tillgänglighet, pris, kundansvarig, statistik mm fanns med. Vissa krav ställdes på kostnadsfritt stöd för t ex statistik och regelbunden kontakt. I utvärderingskriterierna fanns t ex massage, KBT, språkkunnighet, erfarenhet och andra samarbetsformer. Kvalitetskraven avgjorde upphandlingen, men ändå blev totalpriset drygt 10 % lägre än ramavtalet.

Behovsanalysen inför upphandlingen gjordes i huvudsak genom en kartläggning bland alla personalintendenter för att ta reda på hur de såg på behoven framöver. Därefter analyserades vad som nyttjats tidigare och man tog in egna och andra universitets erfarenheter för att utforma förfrågningsunderlag och kravspecifikation.

Arbetsmiljöansvaret och ansvaret för hur företagshälsovården ska användas ligger ute på institutionerna och där beslutas vad som ska göras och om företagshälsovården ska anlitas. Som stöd har de avropsansvariga leveransbeskrivningar, tjänsteutbudsbeskrivningar och avtalet som reglerar vilka tjänster som avrops.

#### Stor myndighet med eget avtal

Myndigheten valde att göra en egen upphandling. Upphandlingen var ett gemensamt arbete för att ena de olika länens användning av företagshälsovårdens tjänster.

<sup>10</sup> Se mera detaljerad redovisning i bilaga 3 i den särskilda bilagedelen.

Tidigare hade alla länen utnyttjat tjänsterna olika och i och med arbetet med upphandling var ambitionen att hitta en enhetlighet. Behovsanalysen började med att samla in och sedan sortera allt man köpte i olika kategorier:

Vad gör vi själva: främjande  
 Vad gör FHV: arbetsmiljökartläggningar, rehab, förebyggande  
 Vad gör andra lev: handledning, chefsutveckling, coaching, ledningsgrupper  
 Vad ska vi inte köpa: sjukvård

Indelningen gjordes utifrån vad man tycker att företagshälsovården är bra på. Vad bidrar de bäst med och inom vilka områden är de till störst nytta utifrån sin kompetens. T.ex. handledning ska inte göras av företagshälsovården. Inte heller främjande aktiviteter som ligger närmast verksamheten då myndigheten utför dessa med egna resurser.

Själva upphandlingsprocessen var tidskrävande och det var svårt att definiera tjänsterna. Man upplever att sedan väl upphandlingen var klar är det lättare och tidsbesparande att avropa från sitt eget avtal. Organisationen får köpa det man vill utifrån det upphandlade tjänsteutbudet. Som stöd finns riktlinjer för hur man ska använda företagshälsovården som har utarbetats i förarbetet till upphandlingen.

Det finns en styrgrupp som träffas en gång per kvartal. Där medverkar representanter från leverantören. Där skapas en strategi och uppföljningar av vissa tjänster görs.

Universitetet köper tidiga bedömningsamtal, individriktat rehabstöd, arbetsförmågebedömningar, utbildningsinsatser och visst arbetsmiljöarbete. I erbjudandet från företagshälsovården erbjuds medarbetarna även t ex sluta-röka-kurser och viktminskningskurser. Som ett grundutbud från företagshälsovården för alla finns sjukvårdsrådgivning tre ggr/medarbetare.

Överlag är man nöjd med såväl tjänsterna som det resultat man har fått. Företagshälsovården har ett alltför säljande förhållningssätt vilket inte alltid uppskattas i verksamheten. Man vet redan vad man vill ha eftersom samarbetet föregåtts av en gedigen behovsinventering.

## **C.2 Intervjuer med ramavtalsleverantörer**

I undersökningen ingår fyra intervjuer med leverantörer. Två stora leverantörer i det rikstäckande avtalet och två mindre som endast levererar på det ortsbaserade avtalet. Ytterligare en leverantör har kontaktats men denna valde att inte medverka. En av de rikstäckande leverantörerna dominerar marknaden och har ca 70 procent av ramavtalen.

### **C.2.1 Intervjuer stora leverantörer**

#### **Vad tycker leverantörerna om myndigheternas arbetsmiljö- och hälsoarbete?**

Synpunkter på myndigheternas arbetsmiljö- och personalarbete kan sammanfattas i svaret "att det är mycket varierande". Många har ett omfattande eget arbetsmiljöarbete och de större har personella specialistresurser för arbetsmiljö- och hälsoarbete. De som arbetar aktivt har även egna hälsostrategier och satsar mycket på friskvård.

Små myndigheter har stort behov av stöd och anlitar gärna företagshälsovården. Det finns en etablerad kunskap om och en vana att anlita företagshälsovården hos både stora och små

myndigheter. Hos de stora myndigheterna finns också ett stort utrymme att arbeta med olika typer av insatser, eftersom behovet är stort. De mellanstora myndigheterna är svårast för företagshälsovården att nå. De vill göra mycket själva, utan att alltid ha specialistkunskap eller resurserna.

### **Myndigheterna som beställare**

Hos rikstäckande kunder är det lättare att uppnå ett partnerskap. Där möts leverantör och beställare i det gemensamma engagemanget för hälsa och arbetsmiljö. Partnerskapet kännetecknas av en dialog kring vad man vill uppnå och vad leverantören kan bidra med. Trots att detta finns på övergripande nivå sipprar det inte alltid ut i organisationerna, vare sig hos leverantör eller myndighet. Däremot tycker leverantörerna att återkopplingen många gånger fungerar bättre längre ut i organisationen, närmare uppdragen. Det är svårare att få till den aggregerade återkopplingen på övergripande nivå.

Leverantörerna säljer också tjänster till myndigheter som gjort egna upphandlingar. Då har myndigheterna motiverat det med antingen att man inte gillat ramavtalet eller att man har unika behov som inte är förenliga med avtalet.

Flera myndigheter efterfrågar tjänster och lösningar som ligger utanför avtalet. Leverantörerna vill inte agera "polis" för avtalet och levererar det som efterfrågas, även om det inte ingår.

### **Myndigheternas köp av tjänster**

Hos en leverantör med avtal främst med mindre myndigheter är de vanligaste tjänsterna hälsoundersökningar och arbetsmiljöundersökningar. I pengar räknat är det individuella stödsamtal som är den största tjänsten. Myndigheternas köp kompliceras av att det finns stor efterfrågan på tjänster som inte finns i avtalet - t ex stödsamtal. Flera kunder väljer att köpa tjänster utanför avtalet. Ett vanligt exempel på detta är upphandling av olika slag av stödsamtal och hälsoundersökningar.

Hos en leverantör med avtal med flertalet stora rikstäckande myndigheter avropas följande:

1. Konsultation till individ främst rehab, men även förebyggande
2. Ergonomisk bedömning av arbetsplats
3. Lagstadgade hälsoundersökningar
4. SAM
5. Arbetsförmågebedömning

Man manar till viss försiktighet i tolkningen av listan eftersom mycket kan rymmas inom de i avtalet angivna tjänsterna. Egentligen avropar kunder tjänster också utanför avtalet. Stödsamtal (främst efterhjälpande) och övriga hälsoundersökningar hamnar på andra respektive tredje plats.

Företagshälsovårdens övriga kunder köper följande tjänster.

1. Arbetsrelaterad vård
2. Stödsamtal
3. Friskprofiler
4. Rehab, både konsultation och samordning
5. Sjuk/friskanmälan
6. Telefonrådgivning
7. Arbetsförmågebedömning

Trenden är en ökad efterfrågan på mer hälsofrämjande tjänster (t ex stresshantering, livsstilsfrågor), andra typer av behovsstyrda hälsoundersökningar och av stöd i chefs- och

ledarskapfrågor . Många myndigheter har börjat efterfråga medverkan på temadagar om hälsa och arbetsmiljö.

### **C.2.2 Intervjuer ortsbaserade ramavtalsleverantörer**

De två intervjuade företagen finns geografiskt på platser dit flera myndigheter blivit utlokaliserade. Ett företag har både egna kunder och är underleverantör till en rikstäckande leverantör. Båda företagen har stora myndigheter med regional representation på orten som kunder och ett företag har även centralmyndigheten baserad på orten. Båda företagen är väletablerade och har funnits länge och har erfarenhet av såväl kommunala som privata och statliga kunder.

#### **Om myndigheternas HR-arbete**

Man ser att det varierar mycket mellan myndigheterna och kanske en anledning till att många mår dåligt är ständiga omorganisationer och utlokalisering som tär på arbetsglädjen och energin: "tvångslokalisering" skapar under de första åren personalproblem och många konflikter. I dagsläget är stress och psykosociala problem de stora hälsoriskerna. Chefs- och ledarskapet är ett viktigt område för förbättringar i form av t.ex. utbildning, coaching, m.m.

Båda leverantörerna lyfter upp svårigheten och trögheten i att ha en central myndighet med många lokala enheter. Det blir svårare för den lokala ledningen att fatta beslut om t ex förebyggande åtgärder och kommunikationen centralt-lokalt är ständigt ifrågasatt.

#### **Myndigheterna som beställare**

Båda leverantörerna återkommer ett flertal gånger till sitt eget ansvar att inte "sälja på" olika tjänster (t ex hälsoundersökningar) utan att först kontrollera om det finns en strategi hos köparen om hur resultaten skall utnyttjas. Man försöker ha en ordentlig diskussion med beställande chef kring detta och det fungerar i meningen att han/hon då blir en bättre beställare. Företagshälsovården är tydliga på att de som leverantörer måste öka beställarens kompetens att köpa rätt sorts stöd. De kan inte kortsiktigt gå in och försöka sälja så mycket som möjligt.

Hur beställarna sedan gör sina beställningar och vilken kompetens beställaren har varierar mycket men det beror inte på myndighetens storlek. Andra faktorer avgör. Leverantörerna lyfter fram vikten av att kunna ha en dialog med ledningen och de som fattar besluten samt att man som direktleverantör har lättare att få gehör än som underleverantör.

#### **Myndigheternas köp av tjänster**

Båda leverantörerna säljer mest efterhjälpande stöd i form av samtalsstöd och konflikthantering (inkl chefscoaching). Om problem uppstår finns en stor vilja att lösa dessa genom att köpa tjänster som hanterar problemet. Myndigheterna köper också förebyggande åtgärder i form av hälsoundersökningar. Hälsoundersökningarna är den tjänster som ger mest volym. Vanligt förekommande förebyggande tjänster är också grupputveckling och arbetsplatsbedömningar. Flera av dessa tjänster ingår inte i bastjänsterna i ramavtalet, men köps ändå.



### C.2.3 Synpunkter på ramavtalet

- Bra med ramavtal – chans för mindre leverantörer att komma in.
- Man saknar utrymme för dialog vid avrop.
- Önskan att utforma ett kommande avtal med större förutsättningar för främjande och förebyggande arbete.
- Leverantören borde få möjlighet att *beskriva* hur man arbetar t.ex. förebyggande.
- Det var frustrerande att alla anbud värderades lika.
- Anbudstiden (över sommaren) skapade sämre kvalitet (svårt att få tag i underleverantörer).
- Ortsupplägget gjorde det mycket arbetskrävande av svara på. Referenser och underleverantörer - kunde ha varit regionvis.
- Tjänsteindelningen diffus och svår att förstå för både kunder och leverantörer.
- Statistikmallen kan utvecklas så att den tydliggör vad företagshälsovården bidrar med.
- Nuvarande avtal har stort fokus på priser och tjänster – hellre bedöma kompetens och resultat, det finns t ex i avtalet alltför många endimensionella beskrivningar av tjänster (t ex vad skall menas med "ergonomisk rådgivning"?).
- Den förra avtalskonstruktionen var bättre och enklare.
- Alltför stort fokus på pris. Dessutom fungerar den andra konkurrensutsättningen inte så bra. Leverantörerna frångår inte takpriserna.
- Hela ramavtalskonstruktionen missgynnar lokala mindre leverantörer som är viktiga för de statliga kunderna.

### C.2.4 Synpunkter på subventionssystemet för företagshälsovård

#### Bakgrund

Regeringen beslutade i december 2009 att införa ett nytt system för bidrag till företags- hälsovårdsföretag för vissa insatser inom rehabiliteringsområdet<sup>11</sup>. Fokus är bidrag till åtgärder som skall vara genomförda senast dag 45 under ett sjukfall och styra arbetet mot mera förebyggande åtgärder. Subventionen innefattar bl a bidrag till täckande av kostnader för läkarbesök, ett generellt grundbidrag till godkänd företagshälsovårdsföretag samt bidrag för koordinerande insatser med syfte att minska sjukskrivningstiden för den enskilde sjukskrivne.

#### Synpunkter från leverantörer

Leverantörerna tyckte i allmänhet att subventionen är bra men mycket administrativt krånglig. En stor oklarhet gäller om subventionen är riktad till företagshälsovården eller till arbetsgivaren som skall medfinansiera. Information saknas fortfarande om detaljerna. Man var mycket kritiskt till att subventionen hade ett tak om totalt 550 miljoner kr vilket innebär att ingen vet hur stor subventionen blir. Så t ex innebär systemet med grundbidrag om max 100 kr/ansluten individ (hos företag med över 200 anställda) att det mycket väl kan bli så lågt som 10 kr/ansluten individ för den enskilde leverantören, beroende på den totala utnyttjandegraden. En annan synpunkt var att det inte finns några villkor för subventioner till arbetsförmågebedömningar – det krävs t ex inte att individen är sjukskriven eller ens riskerar att bli sjukskriven.

<sup>11</sup> Förordning SFS 2009:1423, utfärdad 3 december 2009.

## Bilaga D: 28 tjänster fördelade på olika aktiviteter

	Aktiviteter 2009: Vad upphandlas resp utförs av mynd själv? Procent	Upph. inom ramavtal	Upph. utanför ramavtal	Utförs av mynd själv	Utförs ej	Vet ej	Summa andel
1	Stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet	26	7	61	4	3	100
2	Hälsokontroller (inkl medicinska, lagstadgade)	58	16	4	22	0	100
3	Undersökningar, riskbedömning av den fysiska arbetsmiljön	30	5	59	4	2	100
4	Undersökningar, riskbedömning av den psykiska arbetsmiljön	25	11	56	6	3	100
5	Stöd el genomgång vid ergonomiska problem	71	16	12	1	0	100
6	Livsstillkartläggning t ex hälsoprofil	45	13	8	34	1	100
7	Arbetsmiljöutbildningar	25	18	45	11	1	100
8	Alkohol-, kost- eller tobaksinformation	26	14	21	38	1	100
9	Friskvård	9	13	67	10	1	100
10	Medarbetarundersökningar	12	31	46	10	1	100
11	Vaccinationer, provtagning	62	18	9	10	1	100
12	1:a dagsintyg	35	9	15	33	8	100
13	Organisationsutvecklingsinsatser	10	27	45	13	6	100
14	Handledning i grupp	26	25	15	27	7	100
15	Massage, naprapat	11	37	12	39	1	100
16	Rådgivning till chef/arbetsgivare	35	13	40	9	3	100
17	Sjuk- och friskanmälan	3	1	83	11	1	100
18	Regelbunden kontakt med den sjukskrivne vid frånvaro >14 dagar	2	1	93	4	1	100
19	Sjukgymnastik	45	17	4	30	4	100
20	Stödsamtal vid individuella behov	67	17	15	1	0	100
21	Arbetsrelaterad vård, enstaka besök (ag finansierad vård)	62	11	7	13	6	100
22	Krisstöd	51	19	23	5	2	100
23	Arbetsförmågebedömning	55	13	10	17	5	100
24	Fysisk rehabilitering	57	13	10	15	4	100
25	Psykisk rehabilitering	60	14	8	13	5	100
26	Arbetsplatsanpassningsåtgärder, -analyser	53	12	25	8	3	100
27	Sjukvård (avser ag finansierad el enl särskilt avtal)	14	7	5	66	8	100
28	Konflikthantering	37	16	30	12	4	100
	<b>Genomsnitt</b>	<b>36</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>100</b>