



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institutet för Miljömedicin

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, ergonomi

Huvudämnet arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2013

Skogsbolagens företagshälsovård

En intervjustudie

Författare: Charlotte Alenius

Handledare: Teresia Nyman, Med Dr, Leg. Sjukgymnast, Karolinska Institutet

Examinator: Teresia Nyman, Med Dr, Leg. Sjukgymnast, Karolinska Institutet



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institutet för Miljömedicin

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, ergonomi

Huvudämne: Arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2013

Skogsbolagens företagshälsovård

Sammanfattning

Introduktion: Arbetet i skogen och utförandet av arbetsmomenten i skogen har under de senaste 50 åren genomgått stora förändringar, där det tunga manuella skogsarbetet har ersatts av skogsmaskiner. Arbetet i skogsmaskiner innebär exponeringar som långvarigt sittande, repetitivt arbete, hand- och helkroppsvibrationer, buller och ensamarbete. Det finns få inbyggda företagshälsovårdsenheter inom skogsbranschen även om det förekommer på några av de största skogsbolagen, de flesta köper tjänsten externt.

Syfte: Syftet med den här studien var att ta reda på vilka avtal som skogsbolagen har med företagshälsovården vad gäller den skogsbrukliga delen i verksamheten.

Metod: En semistrukturerad telefonintervjustudie genomfördes med de positioner som hade en central roll i utformningen av avtalen med företagshälsovården hos de största skogsbolagen och totalt fem telefonintervjuer genomfördes.

Resultat: Två skogsbolag har inbyggd företagshälsovård, de övriga tre extern företagshälsovård. De som har extern företagshälsovård har abonnemang eller avropsavtal med företagshälsovården. Avtalen tecknas ute på skogsbolagens regioner/distrikt. Geografisk tillgänglighet är av stor betydelse i upphandlingen och tecknandet av avtal med företagshälsovården, vad gäller exempelvis priser, innehåll och spetskompetens. Skogsbolagen använde företagshälsovården framförallt till rehabiliterings- och förebyggande åtgärder. De förebyggande tjänsterna bestod till stor del av hälsoprofilsundersökningar. Skogsbolagen upplevde själva att de hade tillräcklig branschkunskap för att kunna teckna avtal med företagshälsovården för att tillgodose verksamhetens behov.

Konklusioner: Skogsbolagens behov och företagshälsovårdens tillgänglighet på regionerna är av betydelse när avtal med företagshälsovården tecknas. Ser man till nöjdhet hos skogsbolagen och att företagshälsovården kan tillgodose skogsbolagens behov har de som tecknar avtal med företagshälsovården tillräcklig branschkunskap. Däremot kan det diskuteras vidare om de skogsbolagen uttrycker som deras behov är tillräckligt som förebyggande åtgärder. Fler intervjuer måste göras ute på varje region/distrikt för att kunna dra slutsatser om hur avtalen mellan skogsbolagen och företagshälsovården görs. För att kunna dra slutsatser för hela skogsbranschen måste alla skogsägare tas hänsyn till och inte bara de 39 % som skogsbolagen avser.



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institute of Environmental Medicine

Master's Programme in Work and Health, Ergonomics

Main field of study: Work and Health

Degree project, 15 credits

Spring 2013

Forestry companies' occupational health services

Abstract

Introduction: The forest has in the last 50 years undergone major work related changes, where the heavy manual forest work has been replaced by forest machines. The work in forestry involves exposures like prolonged sitting, repetitive work, hand and whole-body vibration, noise, and long periods of time working alone. There are few built-in occupational health companies in the forest sector, although it occurs in some of the largest forestry companies, but most forestry companies buy the service externally.

Purpose: The aim of this study was to find out which agreements forest logging companies have with occupational health companies in terms of the silviculture part of the business.

Method: A semi-structured telephone interview study was conducted with the positions that had a central role in shaping the agreements with the occupational health companies of the largest forest companies in Sweden and a total of five telephone interviews were conducted.

Results: Two forest companies have integrated occupational health service, the other three have external occupational health services. Those companies who have external occupational health services have subscriptions or call-off contracts with the occupational health services. Contracts are made in the forest logging companies' regions/districts. Geographical accessibility is of great importance in the procurement and signing of the agreement with the company health, in areas such prices, content and expertise. Forest companies use occupational health services primarily for rehabilitation and prevention. The preventive services consist largely of health profile investigations. Forest companies perceive themselves as having sufficient knowledge of the industry to be able to sign contracts with occupational health services to meet business needs.

Conclusions: Forestry companies' needs and occupational health care availability in every region is of importance when signing contracts with the occupational health services. Looking at satisfaction among forest companies and that occupational health services can meet the needs of the forestry companies, those signs have agreement with occupational sufficient industry knowledge. However, it could be discussed further if the needs that the forest companies express are enough as preventive measures. More interviews must be made out in each region/district in order to draw conclusions about how the agreements with the occupational health service are made. In order to draw conclusions for the whole forest industry must all forest owners be taken into account and not just the 39% that forest companies concern.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	SKOGSBRUK.....	2
2.1.1	Skogsmaskinförarens exponering	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.1.2	Dagens hälsoläge i skogsbruket.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.1.3	Arbetsmiljöarbetet inom skogsbruk	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.2	FÖRETAGSHÄLSOVÅRD.....	5
2.2.1	Kundkontakten	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.3	SAMMANFATTNING.....	6
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	8
4	MATERIAL OCH METOD	9
4.1	URVAL.....	9
4.2	DATAINSAMLING.....	10
4.3	DATABEARBETNING	11
4.5	ETIK.....	11
5	RESULTAT	12
5.1	SKOGBOLAGENS AVTAL & UPPHANDLING MED FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN.....	12
5.2	SKOGBOLAGENS UPPHANDLANDE TJÄNSTER AV FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN.....	16
5.3	BRANSCHKUNSKAP HOS AVTALSTECKNARNA	19
6	DISKUSSION	20
6.1	RESULTATDISKUSSION	20
6.2	METODDISKUSSION	24
7	KONKLUSION	27
8	REFERENSER	28
BILAGA 1 KOMPLEMENT TILL BAKGRUNDEN		
<i>Historia Skogsbruk</i>		
<i>Exponeringar för skogsmaskinföraren</i>		
<i>Lagen om skogsbruk</i>		
<i>Historia Företagshälsovården</i>		
<i>Lagen om företagshälsovård</i>		
<i>Företagshälsovårdens uppdrag</i>		
BILAGA 2 INTERVJUGUIDE		

1 INLEDNING

Jag är född och uppvuxen i norrland där skogen är en del av vardagen och har på ett eller annat sätt präglat och intresserat mig. Skogsbranschen är en viktig bransch för Sverige då den står för cirka 50 % av den totala nettoexporten av alla svenska industriprodukter [1]. Detta innebär att det inom skogsbranschen finns ett stort antal sysselsatta med en rad olika arbetsområden. Det finns en hel del risker med att arbeta i skogen och skogen är fortfarande en av Sveriges mest olycksdrabbade arbetsplatser [2] Detta ställer krav på att arbetsmiljöarbetet inom skogsbranschen fungerar på ett tillfredställande sätt för att upprätthålla hälsa och undvika skador och olyckor inom branschen. En god kontakt med företagshälsovården kan vara viktig genom att de kan hjälpa arbetsgivarna med detta arbete. Detta har dock fått mig att fundera hur kontakten ser ut mellan skogsbolag och företagshälsovården. Få skogsbolag har idag en inbyggd företagshälsovård inom företaget, även om det förekommer på en del stora skogsbolag. De flesta köper tjänsten utifrån. En intressant aspekt i detta är om användandet av företagshälsovård skiljer sig mellan de som har inbyggd och mellan de som har externa företagshälsovårdsenheter. Använder de företagshälsovården till samma saker och kan kvalitén på arbetsmiljöarbetet skilja sig åt? En annan viktig aspekt i samarbetet mellan skogsbolagen och företagshälsovården för ett bra arbetsmiljöarbete är vilka förväntningar som finns och hur dessa uppnås. Vad jag vet finns det inga tidigare studier som har tittat på den här frågeställningen inom skogsbranschen tidigare och jag vill därför se hur skogsbolagen arbetar med arbetsmiljöfrågor tillsammans med företagshälsovården för att se om detta samarbete kan förbättras. Jag vill även kunna svara på frågor som vilka avtal som skogsbolag tecknar med företagshälsovården, vilka tjänster som upphandlas av företagshälsovården och varför? Finns det tillräcklig branschkunskap hos de som tecknar avtal med företagshälsovården för att fylla arbetstagarnas krav? Och finns tillräcklig branschkunskap inom företagshälsovården för att fylla dessa krav?

2 BAKGRUND

2.1 Skogsbruk

Den svenska skogsnäringen står för cirka 50% av den totala nettoexporten av alla svenska industriprodukter. Med skogsnäring menas skogsbruk, trävaruindustri samt pappers- och massindustrin. Många arbetstillfällen skapas. År 2004 beräknas antalet sysselsatta i skogsbruket och skogsindustrin uppgå till cirka 90 000. Ytterligare 100 000 tillkommer om de som jobbar med skogen i andra branscher som exempelvis inom transport, kemi och IT räknas med [1]. I och med detta är skogsindustrin en mycket viktig näring för Sverige. Den svenska skogen växer med cirka 100 miljoner kubikmeter vare år samtidigt som vi avverkar cirka 70 miljoner kubikmeter av dessa. För att Sverige ska kunna möta den internationella konkurrensen måste produktiviteten öka årligen med 2-3% [3].

I den här studien ligger fokus endast på den skogsbrukliga delen inom skogsbranschen och inom skogsbruket idag arbetar det i Sverige cirka 27000 personer. Cirka 17% av dessa är kvinnor och totalt sett finns det 14750 arbetsställen [4]. Med skogsbruk menas allt arbete som sker genom att bruka skogen som exempelvis, gallring och slutavverkning, röjning, markberedning, plantering, hyggesbränning, ristäckt, plockhuggning och skogsgödsling [1]. I denna studie ligger dock störst fokus på skogsmaskinsarbetet.

Skogen som brukas ägs till 51% av privata skogsägare, 39% ägs av aktiebolag och 10% ägs av övriga allmänna ägare (t.ex. kyrkan). Den här studien kommer att avse de 39% av skogsbruket som ägs av aktiebolag, skogsbolagen. Till de största skogsbolagen räknas, Holmen skog, Korsnäs AB, SCA Skog Svenska Cellulosa Aktiebolaget, Stora Enso Skog och Sveaskog. De privata skogsägarna kan också anlita skogsbolag för att bruka skogen, men även skogsägarföreningar som exempelvis Norra skogsägarna, mellanskog och Södra. Skogsägarföreningarna till skillnad från Skogsbolagen äger ingen egen mark utan köper av privata skogsägare. Därför har de flesta föreningar inga egna maskiner utan anlitar entreprenörföretag till att bruka skogen [5].

Förutom att skogsbolagen har egna skogsmaskiner har även de oftast flera entreprenörföretag som brukar skogen åt dem. Dessa företag kan t.ex. vara skogsmaskinföretag och är oftast små företag med bara ett medelantal anställda på 5 stycken och medelantalet maskiner på 3 stycken. Förtjänsten dessa företag gör bygger vanligtvis på avverkad kubikmeter träd, vilket innebär att ju högre tempo avverkningen sker desto större förtjänst kan företaget göra. Detta innebär att maskinerna helst ska vara i gång dygnet runt. Företaget har också oftast stora lån för sina maskiner då dessa kostar kring 3-4 miljoner per maskin [3].

2.1.1 Skogsmaksinförarens exponeringar

Arbetet i skogen och utförandet av arbetsmomenten i skogen har under de senaste 50 åren genomgått stora förändringar, så också arbetsförhållandena. För att läsa mer om skogsbrukets förändringar och arbetsförhållanden i ett historiskt perspektiv se bilaga 1. Idag har arbetet nästan helt tagits över av maskinerna och arbetet som manuell huggare har i stort sett försvunnit [7].

Trots att arbetsförhållandena hela tiden förbättrats sedan de första maskinerna kom i bruk så är arbete i skogsmaskiner fortfarande på flera sätt påfrestande för föraren [7]. Arbetet innebär belastningsergonomisk exponering där långvarigt stillasittande sker i kombination med repetitivt arbete på låg belastning för övre extremiteter som dessutom har ett krav på komplexa rörelser, med liten variationsmöjlighet som sker under lång tid, vilket kopplas till maskinens fysiska utformning [6, 7 & 11]. Kroppen befinner sig i en statisk hållning för skuldran samtidigt som föraren frekvent roterar nacken [12]. Detta kan t.ex. leda till förslitningsskador som relateras till nacke, skuldra, armar och ryggen [6].

Samtidigt kan tidspressen vara stor då många skogsmaskinföretag förtjänst bygger på varje avverkad kubikmeter träd och antalet beslut som föraren måste ta är många som exempelvis planera körväg, vilken ordning träden tas osv. vilket också ger en kognitiv belastning [6, 7 & 11].

Detta i kombination med obekväma arbetstider, skiftarbete och ensamarbete som kan medföra en rad olägenheter vad gäller hälsa och säkerhet. Den goda intentionen att varje arbetstagare ska ha fler varierade arbetsuppgifter har minskat då marginalerna för lönsamheten för entreprenörerna har minskat. Detta ger längre perioder i maskinhytten och eventuella avbrott består av underhåll och service av den egna skogsmaskinen [11]. Föraren arbetar till stor del ensam, även om mobiltelefonen har bidragit till förbättringar för kontakt med omgivningen [1].

Framdrivningen av fordonet sker dessutom i en tuff terräng som tillsammans med kapning och hantering av stockar orsakar vibrationer i förarhytten [12] som kan ha flera skadliga effekter på föraren [7]. Dessa vibrationer kan antingen förekomma som en helkroppsvibration som uppstår när någon exempelvis sitter på ett vibrerande underlag, eller som hand- arm vibrationer som uppstår när man håller eller stöder ett verktyg eller maskin med hand eller arm, [13] och påverkar således föraren olika, där helkroppsvibrationer framförallt ger upphov till länderygsskador samt kan ha en viss påverkan på skador i nacke- skuldra [11]. En studie visar att risken för att få muskeloskeletala sjukdomar i nacke, skuldra och övre ryggen är upp till två till tre gånger större inom gruppen professionella förare av terrängfordon jämfört med en kontrollgrupp från den generella populationen utan exponering av helkroppsvibrationer som orsakas av terrängfordon. När det gäller skotare kan det finnas ett visst samband mellan symptom av muskeloskeletala sjukdomar i nackregionen och exponering av horisontell helkroppsvibration [14].

Arbete i skogsmaskiner kan också förorsaka olika typer av buller som exempelvis både lågfrekvent, mellan- och högfrekvent buller. Klimatet påverkar också föraren, där exempelvis solbelastning direkt på föraren kanske måste kompenseras av skuggning, [11] värme och kyla måste kunna regleras i maskinen då olika temperaturer kan påverka skogsmaskinföraren genom att den fysiska förmågan kan begränsas av kyla när muskler och leder blir nedkylda. Att arbeta i varma förhållanden ger en ökning i muskeltemperaturen som ökar nedbrytningen av muskelglykogen och begränsar arbetsförmågan [15]. Andra exponeringar kan vara gaser och partiklar från dieselmotorerna, elektromagnetiska fält från maskinerna, och ej optimal belysning [11].

En annan risk med arbetet är olycksfall där exempel på riskmoment är, i- och urstigning från maskinen, oväntade maskinrörelser som kan skada en människa, vältrisk vid körning i hög hastighet på ojämnt underlag, och utförande av underhållsarbete på maskinen [11].

För att läsa vad lagen säger om de olika exponeringarna, se bilaga 1.

2.1.2 Dagens hälsoläge i skogsbruket

Trots att olyckorna i skogen har minskat sedan mekaniseringen och att lagar hela tiden förnyas är skogen fortfarande en av Sveriges mest olycksdrabbade arbetsplatser [2]. Bland skogsmaskinförare är både fysiska och psykosomatiska besvär vanliga [3]. Varje år sker dödsolyckor vid skogsarbete och antalet tillbud och olyckor är stort [2]. Branschgruppen jord och skog, jakt och fiske utgör tillsammans en av de mest drabbade när det gäller dödsolyckor där 13 dödsolyckor har inträffat under år 2011. Under år 2011 gjordes även 55 anmälningar som syftade till Arbetsmiljöförordningen § 2 som innebär allvarliga tillbud och olyckor. Den vanligaste orsaken till en sådan här anmälan var fallande föremål, oftast träd, men även en del maskinolyckor eller fallolyckor där personer exempelvis fallit från en maskin [4]. Och det är just dessa områden inom skogsbruket som är mest riskfyllda, fallolyckor, och motorsågsolyckor i samband med trädfällning [2]. Anmälda arbetsolyckor med sjukfrånvaro var 558 stycken och arbetssjukdomar låg på 113 stycken mellan åren 2007 och 2011, 89% av dessa anmäldas av män och 11% anmäldes av kvinnor. Under året 2010 anmäldes 5 arbetsolyckor per 1000 sysselsatta inom skogsbruket. Snittet för samtliga branscher var 6 under samma period. Orsakerna till arbetsolyckorna var framförallt fallolyckor och förlorad kontroll över handverktyg dvs. röjsågar och motorsågar och de som arbetar som huggare är inblandade i 35% av de arbetsolyckor som har lett till sjukfrånvaro [4]. Det framkommer dock inte från vilken grupp av skogsägare dessa siffror kommer ifrån.

Trots den belastningsergonomiska forskningen som påverkat utformningen av arbetet av förarhytten sedan 1970-talet så är orsaken till arbetssjukdomarna mer relaterade till belastningar som exempelvis tunga lyft, repetitivt arbete och förflyttning av olika bördor och är orsaken till nästan 60 procent av skogsbrukets anmälda arbetssjukdomar. Därefter kommer buller på cirka 20 procent [4].

Trots mycket forskning saknas det dock en del fokus på de arbetsorganisatoriska aspekterna och arbetsglädje som också kan påverka hälsan. Detta kanske beror på att hur de arbetsorganisatoriska faktorerna är relaterade till hälsa inte är helt lätt att förstå. Däremot finns det evidens för att det finns samband mellan höga arbetskrav, låg arbetskontroll och muskeloskeletal sjukdomar samt samband mellan missnöje på jobbet och muskeloskeletal symptom. [8].

2.1.3 Arbetsmiljöarbetet inom skogsbruk

Då nack- och skulderproblematik hade hotat skogsmaskinförarnas hälsa sedan 1970-talet funderade arbetsmiljöverket under 1990-talet på att införa regler om arbetstiden i en skogsmaskin för att tvinga fram en ökad arbetsrotation, men skogsbranschen var tveksamma att detta skulle lösa hälsoproblemen. Arbetsmiljöverket beslutade därför att lägga ärendet på is medan branschen lovade att vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. Sedan inspekterades branschens ergonomiska insatser och 1999 beslutade arbetsmiljöverket att inte

införa regler för arbetstiden då de fann att medvetenhet om hälsoproblemen hade ökat. Det visade sig också att ett gott ledarskap skulle vara avgörande med att nå mål i det systematiska arbetsmiljöarbetet och produktion [10].

När arbetsmiljöverket gick ut till skogsbolagen under 2011 visade det sig att många arbetsgivare inte gör riskbedömningar och att de saknade också rutiner för arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljöverket ställde då 189 krav och de flesta var just med anknytning till arbetsgivarnas systematiska arbetsmiljöarbete, men även relaterat till maskiner, lyftanordningar och kemiska arbetsmiljörisker [4].

2.2 Företagshälsovård

För en historisk överblick, vad lagen säger om företagshälsovård samt vad som ingår i företagshälsovårdens uppdrag, se bilaga 1.

Idag arbetar företagshälsovården tvärvetenskapligt. I Sverige finns cirka 200 företag i varierande storlek och organisationsform [22]. Det är cirka 65 % av alla anställda som har tillgång till företagshälsovård genom sin anställning. Dock varierar anslutningsgraden ganska mycket mellan olika branscher och beror även på om det är stora eller små företag [18]. Det är tänkt att företagshälsovården ska arbeta på flera olika plan [22], men det är stor variation sett till vilka tjänster företagen köper och hur mycket tjänster de köper. Numera utgör en stor del av tjänsterna av olika hälsoundersökningar och hälsoprofiler och det förekommer även att företagshälsovården erbjuder olika sjukvårdstjänster som inte är arbetsrelaterade. Många av tjänsterna som upphandlas som exempelvis hälsoprofiler är en insats på individnivå och många av företagshälsovårdens kunder har uppfattningen att företagshälsovården arbetar främst med hälso- och sjukvård ur ett patientperspektiv och köper tjänster därefter. För att fler inom företagen inte ska drabbas av likartade problem behövs dock kanske en insats på grupp- och eller organisationsnivå och detta ska företagshälsovården ha resurser för. Svårigheten är att kombinera individ- och organisationsperspektivet och få kunderna att förstå företagshälsovårdens roll i det. En ekonomisk argumentation för den typen av tjänster är också mer vanligt, eftersom kunderna ofta har svårt att se vinsterna med att satsa på förebyggande insatser på organisationsnivå [18].

År 2012 uppskattas företagshälsovårdens tjänster vara fördelade enligt följande: Hälsoundersökningar 20 %, rehabilitering 20 %, SAM och riskbedömningar 15 %, Övriga hälsofrågor (motion, kost, livsstilsfrågor, vaccination etc.) 12 %, sjukvård 9 %, organisations- och ledarskapsfrågor 8 %, arbetsmiljöfrågor i övrigt 8 %, krishantering, missbruk, övrig rehab 7 %, övrigt 4 % [22].

2.2.1 Kundkontakten

Företagshälsovården finns idag på en arbetsmarknad där kunderna helt avgör vilka tjänster de vill köpa. För att kundföretag och organisationer ska kunna upphandla och nyttja företagshälsovårdens tjänster krävs det ett gott samarbete och bra relationer dem mellan där samverkan och dialog utifrån varje företags specifika behov är helt avgörande för att ge effekt och resultat av insatserna [18 & 22]. Företagshälsovårdens kund är olika företag och organisationer med helt varierande förutsättningar där en del är stora och vinstdrivande medan vissa är för ideella ändamål osv. En del arbetsplatser har stora arbetsmiljörisker, medan andra har små arbetsmiljörisker. Arbetsmiljöriskerna kan också skilja sig från att vara fysiskt tunga

eller har en mer psykosocial karaktär. Kunden som kan se ut på väldigt många olika sätt har samtidigt inte så god insikt i vad företagshälsovården kan bistå med. De kanske till och med inte heller har en sådan tydlig bild över hur deras egna verksamhet skulle kunna förbättras arbetsmiljömässigt, vilket gör det ännu svårare att veta vilka tjänster som faktiskt skulle behöva köpas in. Därför är det av vikt att företagshälsovården släpps in på arbetsplatserna. De behöver vara delaktiga i diskussioner som utformning av produktions- och verksamhetsprocesser och arbetets organisation. För detta krävs tillit för företagshälsovården, vilket innebär god kompetens och kunskap om det som företaget har till nytta, samt god förmåga till att lyssna till företagets behov och förutsättningar.

En del branscher har speciella förutsättningar och har arbetsmiljöproblem som är kopplade till dem. Vissa branscher har exempelvis många maskiner som skapar olika förutsättningar. Företagshälsovården måste känna till olika risker i olika verksamheter och ha god branschkunskap för att kunna bidra till en god arbetsmiljö då kunderna förväntar sig att få hjälp oavsett vilken bransch de tillhör. Det är dock svårt för företagshälsovården att bli expert på alla branscher och utmaningen ligger i att utveckla metoder för att få tillgång till den kunskap som kunderna förväntar sig [18].

Det behövs ett gott samarbete inom de olika kompetenserna i företagshälsovården samt gott samarbete mellan företagshälsovården och deras kunder. Företagen själva experter på sin verksamhet och känner till sin egen teknik, mål och processer som företagshälsovården saknar. Därför krävs en dialog med företaget och de som de vanligen kommer i kontakt med i verksamheter kan vara, högsta ledningen, personalchef och HR-chef, produktionschefer och verksamhetschefer, skyddsombud och anställda. Den högsta ledningen är sällan insatta i detaljer i verksamheten, men kan däremot fatta beslut om prioriterande insatser som arbetsmiljö. Personalchefer och HR- chefer har företagshälsovården vanligen kontakt med då de ofta har en central roll i arbetsmiljöarbetet och har ansvar för rehabiliteringen, men är sällan insatta i detaljer i verksamheten. Produktionschefer och verksamhetschefer är vanligtvis då mer väl insatta verksamheten och har mer kontakt med anställda och här sker också mycket av problemlösning och många arbetsmiljöbeslut fattas på denna nivå. Skyddsombudet fyller på många arbetsplatser en viktig funktion i arbetsmiljöarbetet och har direkt kontakt med anställda vid särskilda arbetsmiljöfrågor. De har sällan rätten att ta beslut, men sitter ofta på värdefull information. Genom att hålla en god relation på alla nivåer kan företagshälsovården vara med och påverka på alla beslutsnivåer [18].

Det är också vanligt att personalavdelningarna är med och tecknar avtal med företagshälsovården och det finns olika typer av avtal som kan tecknas. Exempel på olika avtal är abonnemang som innebär en på förhand avtalad uppsättning tjänster, nollavtal dvs. viss telefonsupport till fast och lågt pris där tjänster köps vid behov, avropsavtal som innebär att tjänster endast köps vid behov samt inbyggd/intern företagshälsovård som innebär att företagshälsovården finns inom verksamheten. [18]

2.3 Sammanfattning

Sammanfattningsvis regleras företagshälsovårdens arbetssätt i lag och föreskrift, men trots detta är det inte obligatoriskt för arbetsgivaren att erbjuda företagshälsovård till sina anställda, utan ansvaret ligger helt och hållet på arbetsgivaren om de vill köpa in eller inte [22]. Däremot är arbetsgivarna skyldiga att ha rutiner för sitt systematiska arbetsmiljöarbete [21], varpå en del

väljer företagshälsovården som en hjälp i dessa frågor. Trots att skogen fortfarande är en av Sveriges mest olyckdrabbade arbetsplatser [2], så har det visat sig att skogsbolagen saknar vissa rutiner för sitt arbetsmiljöarbete [4]. För att förbättra arbetsmiljöarbetet och samarbetet med företagshälsovården inom skogsbruket vill denna studie undersöka och försöka tydliggöra vilka avtal som skogsbolagen har med företagshälsovården, vilka arbetsmiljöfrågor de anlitar företagshälsovården för och vilka de löser internt inom verksamheten/företaget, samt vad detta beror på. En annan intressant aspekt är om detta kan skilja sig mellan de skogsbolag som har inbyggd företagshälsovård eller de som har extern företagshälsovård.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med den här studien är att ta reda på vilken typ av avtal som skogsbolagen har med företagshälsovården vad gäller den skogsbrukliga delen i verksamheten.

- Vilken typ av avtal tecknas med företagshälsovården?
- Vilka tjänster köper skogsbolagen av företagshälsovården och varför?
- Finns det områden som skogsbolagen sköter internt istället för att köpa företagshälsovård och varför?
- Har de som tecknar avtalen tillräcklig branschkunskap för att kunna tillgodose verksamhetens behov?
- Skiljer sig någon av ovanstående frågor i jämförelse mellan de skogsbolag som har intern respektive extern företagshälsovård?

4 MATERIAL OCH METOD

4.1 Urval

Den här studien avser de 39% av skogen som ägs av aktiebolag, skogsbolagen och det är de största skogsbolagen som tillfrågades att delta i studien [5]. Skogsföreningar valdes att exkluderas från den här studien pga. att dessa inte äger någon egen mark utan köper mark av privata skogsägare som inte denna studie avser [5]. För att ett skogsbolag skulle inkluderas i studien skulle de till största delen vara verksamma i Sverige, äga egen mark och bedriva egen förvaltning av skog dvs. ha egna maskinlag inom skogsbolaget. Utifrån detta var det totalt fyra skogsbolag som kunde inkluderas i studien.

Därefter bestämdes vilka positioner på respektive skogsbolag som skulle tillfrågas att delta i studien med inklusionskriterie att de skulle vara med och teckna avtal med företagshälsovården eller på annat sätt vara med och utforma arbetet med företagshälsovården. Därför kontaktades personalavdelningen på skogsbolagen med frågan om vilka positioner som är med och tecknar avtal med företagshälsovården och vem som skulle kunna svara på frågeställningen. I den kontakten kom det fram förslag på personer inom respektive personalavdelning som har en central överblick över hur arbetsmiljöarbetet och samarbetet med företagshälsovården ser ut över hela verksamheten. Dessa personer tillfrågades att delta i studien och samtliga tackade ja och de var fyra stycken som inkluderades, en på varje skogsbolag. Ytterligare en intervju genomfördes med ett av skogsbolagen för att komplettera den första intervjun som gjordes med bolaget. Den femte som intervjuades var skogschef för en av regionerna inom skogsbolaget och kontakten med skogschefen rekommenderades i den första intervjun. Totalt genomfördes fem intervjuer med fyra olika skogsbolag. Skogsbolagen som inkluderats är fördelade över hela landet och antalet egna kollektivanställda som arbetar i skogen samt hur många entreprenörer som anlitas för skogsbrukligt arbete varierar mellan skogsbolagen (se tabell 1). De skogsbolag och positioner i skogsbolagen som är inkluderad i studien kommer inte att namnges utan kommer att istället refereras till en siffra mellan 1 och 4.

Tabell 1. Skogsbolagens verksamhet & inkluderade intervjuer

Skogsbolag	Antal anställda Totalt/skogsbruk	Egna maskinlag/ entreprenörer	Antal intervjuer
Skogsbolag 1	Totalt: ca 385 Skogsbruk: Kollektivanställda 15% Tjänstemän 85%	Egna maskinlag: 60 personer Entreprenörer: 200 personer/region (a 3st).	2
Skogsbolag 2	Totalt: 500 Skogsbruk: Kollektivanställda 30% Tjänstemän 70%	Egna maskinlag: 20% Entreprenörer: 80%	1
Skogsbolag 3	Totalt: 500 Skogsbruk: Kollektivanställda 50% Tjänstemän 50%	Egna maskinlag: 25-30% Entreprenörer: 70%	1
Skogsbolag 4	Totalt: 695 Skogsbruk: Kollektivanställda 42% Tjänstemän 58%	Egna maskinlag: inga uppgifter Entreprenörer: inga uppgifter	1

4.2 Datainsamling

I den här studien användes en kvalitativ intervju med kvantitativa inslag med syfte att få en bredare vetskap när frågan varför ställs till skogsbolagen. Exempelvis inte bara vilket avtal de väljer att teckna med företagshälsovården, utan också varför de gör det. En semistrukturerad telefonintervju användes till detta och genomfördes med deltagarna som accepterat att delta i studien. Vid semistrukturerade intervjuer används en intervjuguide med redan förberedda frågor, men det finns utrymme för respondenterna att svara mer fritt och beskrivande [26].

Intervjuguiden (bilaga 2) i denna studie var baserad på en enkät utformad av Linköpings universitet i samarbete med Kungliga Tekniska högskolan och professor Jörgen Eklund, Kungliga Tekniska högskolan, bekräftar (15 januari 2013) att denna kan användas i studien. Intervjuguiden kombinerades även med egna frågor för att passa den här undersökningen. Intervjuguiden var indelad i fyra områden, skogsbolagens verksamhet, avtal och upphandling med företagshälsovård, avtal och samarbete med företagshälsovård och upphandlande tjänster av företagshälsovård. Huvudfrågorna var slutna och ibland skulle ett svarsalternativ på en femgradig skala anges, men dessa frågor följdes även av olika följdfrågor utifrån vilket svarsalternativ som angavs för att få en bättre förståelse och fördjupning. Inför de intervjuer som genomfördes med de skogsbolag som hade inbyggd företagshälsovård fick frågorna anpassas för att det skulle fungera även för dem, eftersom frågorna var formade efter att skogsbolagen hade extern företagshälsovård. Grundstommen till intervjuerna med de som hade inbyggd företagshälsovård var ändå densamma som för de med extern företagshälsovård.

4.2.1 Genomförande av datainsamling

Den konstruerade intervjuguiden testades genom att författaren genomförde intervjun på en testperson med kännedom inom skogsbruk. Detta gjordes för att författaren dels skulle få en uppfattning om hur lång tid intervjun beräknades att ta, samt dels för att författaren skulle få en känsla av hur frågorna och följdfrågorna skulle ställas, men även för att se om frågorna var lätta att förstå eller om det var någon fråga som inte passade in. Med de deltagare på respektive skogsbolag som accepterat att delta i studien bokades ett datum in för att genomföra intervjuerna via telefon. Intervjuerna valdes att genomföras via telefon, eftersom deltagarna befann sig på olika delar av landet. Författaren gav förslag på datum och tider och information på ett ungefär hur lång tid intervjun skulle ta. En intervju ska kunna ske i en lugn och ostörd miljö [26] och på detta sätt kunde deltagarna själv välja en tid som passade då de kunde vara ostörda.

Innan intervjuerna började gavs information till deltagarna om syftet med intervjun och studien, om anonymitet, inspelning och beräknad tid som det skulle ta att genomföra intervjun. Deltagarna fick i samband med detta godkänna sitt deltagande samt att telefonintervjuerna spelades in. Sedan genomfördes telefonintervjuerna och spelades in via högtalarfunktionen på telefonen och en bandspelare. Intervjuerna genomfördes mellan datumen 130405-130426.

Författaren var väl inläst på ämnet och har en förförståelse, men försökte vara så objektiv som möjligt under intervjuerna och låta deltagarna avsluta sina resonemang utan avbrott. De som deltog i studien fick sedan en kopia på det sammanställda resultatet och fick komma med synpunkter, exempelvis om det fanns något som de tyckte hade tolkats felaktigt. Det var två

stycken som hörde av sig om synpunkter på innehållet och dessa synpunkter togs sedan i beaktning i färdigställandet av studien.

4.3 Databearbetning

Det inspelade intervjumaterialet transkriberades efter de genomförda telefonintervjuerna. Genom att lyssna på intervjuerna ett flertal gånger fick författaren en bra blick över innehållet och idéer om hur det skulle redovisas väcktes.

Intervjuguiden innehöll en del faktafrågor som inte krävde någon analys, exempelvis antalet anställda inom skogsbolaget osv. Dessa frågor sammanställdes först.

De frågor som var byggda på påståenden där de svarande skulle svara i en fem-gradig skala sorterades först kvantitativt, genom att jämföra inom vilket spann skogsbolagen hamnade på respektive fem-gradig fråga. Dessa frågor innehöll också följdfrågor där respondenten skulle motivera sitt svar för att få en mer nyanserad bild av svarsalternativet. Dessa svar analyserades med inspiration av kvalitativ innehållsanalys. Vid en kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på att se skillnader och likheter i textinnehållet. Utifrån detta kan man beskriva variationer och skillnader- och likheter beskrivs som kategorier [27]. För att analysen ska bli trovärdig vill man bedöma likheterna inom och skillnader mellan kategorierna. Detta kan man göra genom att redovisa representativa citat från materialet [28]. Svaren i denna studie blev först uppdelade i citat och sedan sorterades de till vilken fråga citatet tillhörde samt om citatet liknade något annat svar för att kunna dra eventuella slutsatser eller se sammanhang. Ibland under följdfrågorna kunde respondenternas svar höra till någon annan huvudfråga och dessa citat sorterades då under den huvudfråga som det passade till. Då intervjun utfördes som en semistrukturerad intervju och att alla respondenter fick i stort sett samma frågor kunde författaren hålla en viss distans till materialet [27].

4.4 Etiska överväganden

En viktig etisk aspekt är att skogsbolagen och de som intervjuats från respektive skogsbolag får vara anonyma i studien. För att stärka anonymiteten har skogsbolagen som medverkat fått fiktiva namn i resultatdelen och de citat som har använts har i största möjliga mån inte kopplats till något specifikt skogsbolag. En del citat i resultatdelen har ändrats något för att företaget nämns eller något annat kännetecken för det skogsbolaget nämns. Detta för att öka anonymiteten. De som tillfrågades att delta i studien fick själv avgöra om de ville delta i studien och de som deltog har fått tagit del om information om syfte med studien och vad som gällde innan intervjuerna började. Då hade de chansen att avbryta eller ställa följdfrågor om det fanns funderingar eller oklarheter. När det är en kvalitativ studie kan frågeställningarna vara lite vaga, eftersom det är svårt att förutse vilka svar som kommer fram från intervjuerna och därför kan det vara svårt att ge fullständig information om syftet. Det kan finnas risk för att deltagarna upplevde några av frågorna som obehagliga om de kände att de inte kunde svara, men då fick de utrymme att svara att de inte kunde ge något svar. De som deltog i studien hade också möjlighet att läsa igenom studien och komma med synpunkter innan studien publicerades. All data och information som kommit fram ifrån intervjuerna raderades efter färdigställandet av studien.

5 RESULTAT

5.1 Skogsbolagens avtal & upphandling med företagshälsovården

Skogsbolagens avtal med företagshälsovården ser olika ut för varje skogsbolag som deltog i den här studien, från att en del bolag har inbyggd företagshälsovård till att en del tecknar helt och hållet avtal med externa företagshälsovårdsenheter (se tabell 2).

Det är bara ett skogsbolag som endast har externa företagshälsovårdsenheter (skogsbolag 4) och bara ett skogsbolag som har en inbyggd företagshälsovård som täcker upp för hela den skogliga verksamheten (skogsbolag 3). Ett av skogsbolagen har också en inbyggd företagshälsovård, men den täcker inte upp för hela verksamheten, utan utnyttjas av ett visst geografiskt område. Övriga områden täcks upp av externa företagshälsovårdsenheter (skogsbolag 2). Inom ett annat skogsbolag finns en intern företagshälsovård inom en annan enhet (ett bruk) som den skogliga delen utnyttjar för dem som är inom det geografiska området, men denna inbyggda företagshälsovårdsenhet räknas inte med i den här studiens sammanställning. Övrigt i skogsbolagets verksamhet har de endast externa företagshälsovårdsenheter (skogsbolag 1). (se tabell 2).

I de skogsbolag som har avtal med externa företagshälsovårdsenheter är det abonnemang och avropsavtal de använder i upphandlingen av företagshälsovården (se tabell 2).

Tabell 2. Skogsbolagens avtal med företagshälsovården

Skogsbolag	Inbyggd fhv	Extern fhv	Avtal med externa fhv
Skogsbolag 1	X (inkluderas ej i studien)	X	Abonnemang + avropsavtal
Skogsbolag 2	X En del inbyggd.	X Övriga delar externa.	Abonnemang + avropsavtal
Skogsbolag 3	X		Externa spetskompetenser kan inhandlas vid behov
Skogsbolag 4		X	Avropsavtal

I de skogsbolag som har externa företagshälsovårdsenheter finns inga avtal som täcker upp för hela verksamheten för skogsbolagen, utan dessa avtal tecknas mer lokalt på de regioner och distrikt som finns inom bolaget och vilka positioner som är med och tecknar dessa avtal skiljer sig mellan alla bolagen. I skogsbolag 4 är det personalavdelningen och resultatområdeschefer som tecknar lokala avtal och i stort och dem är ganska många. I skogsbolag 1 är det personalavdelningen som tecknar för centrala staber och huvudkontor och sedan är det skogscheferna ute på varje region som tecknar för sin egen region. I skogsbolag 2 är det oftast de sågverk som finns i närheten som tecknar avtalen med de externa företagshälsovårdsenheterna och tar då in hela skogsbolagets intresse i upphandlingen som skogsbolag 2 då kan utnyttja och då är det sågverkschefer/fabrikschefer som är ganska högt upp i organisationen som tecknar dessa avtal. Hos skogsbolag 3 som endast har en inbyggd företagshälsovård arbetar fram ramar för företagshälsovården inom verksamheten.

Alla skogsbolag har som krav att de entreprenörer som anlitas ska ha avtal/tillgång till en företagshälsovård och de skogsbolag som har inbyggda enheter erbjuder sina entreprenörer att

ansluta till deras egen företagshälsa medan de skogsbolag som har externa företagshälsovårdenheter inte erbjuder det till sina entreprenörer. Många entreprenörer väljer att ansluta sig till de inbyggda företagshälsovårdsenheterna och avtalen som entreprenörerna har med de inbyggda företagshälsovårdsenheterna liknar mer som att ansluta sig till en extern hälsa som entreprenörerna har tillgång till vid behov.

Upphandlingsprocessen

Avtalen med de externa företagshälsovårdsenheterna görs ute på regionerna/distrikten och det kan se lite olika ut vilken position i verksamheten som är med och tecknar avtalen. Tecknandet av avtalen görs av den representant från just det skogsbolagets region/distrikt som det rör sig om tillsammans med den eller de företagshälsovårdsenheter som ska tecknas avtal med. Vilken företagshälsovårdsenhet som de väljer att sluta avtal med kan variera mellan de olika regionerna inom skogsbolagen. De måste se till vad som finns att tillgå på den aktuella regionen de befinner sig. Geografin har därför stor betydelse i många aspekter när det gäller upphandling och val av avtal med extern företagshälsovård. På de större orterna finns i regel mer att välja på än om du befinner dig i Norrlands inland. Då kan det till och med vara så att skogsbolagen måste vända sig till en vårdcentral, som saknar den arbetsmiljökompetens som en företagshälsovård normalt besitter.

”Om man är långt borta och det bara finns vårdcentral så är det klart att det inte finns samma utbud på den som på andra ställen och som den interna företagshälsovården”.

På grund av detta blir det heller ingen direkt prispförhandling i upphandlingen. Priset är inte det primära i upphandlingen, utan tillgängligheten är viktigare nämner flera skogsbolag. Ett företag nämner också att de flesta företagshälsovårdsenheter har ungefär samma utbud, vilket ger samma priser som påverkar eventuell prispförhandling.

”de har ju ungefär samma priser allihopa. Vårt företag är ju utspridd över hela landet, det vi måste se till är ju tillgängligheten, att dom finns i närheten av de anställda det är viktigare”

Det är många skogsbolag som väljer att teckna abonnemangsavtal. Det vill säga att de i förväg bestämmer vad som ska ingå i avtalet, ett så kallat baspaket. Där bestäms vad som förväntas och vilka tjänster som ska utföras. Dyker något upp utöver baspaketet i abonnemanget avropas dessa tjänster vid behov och det kan exempelvis vara utbildningar o.s.v.

I utformningen av avtalen anger skogsbolagen att det sker en ingående dialog mellan de som tecknar avtalen från skogsbolagen och företagshälsovården, oavsett om det är inbyggd eller externa företagshälsovårdsenheter. Exempel på vad man för dialog kring inom de skogsbolag som har externa företagshälsovårdsenheter är avstämningar kring utförda åtgärder, återkoppling av det gångna året, diskuterar behov och vilka tjänster som behövs.

Hur mycket dialog som kan föras kan också variera beroende på vilken region inom skogsbolagen man befinner sig i. Det är olika förutsättningar med tanke på att det finns olika möjligheter och tillgängligheter till företagshälsovård i olika delar av landet.

Inom den inbyggda företagshälsovården anger man att företagshälsovården är synnerligen involverade i dialog under utformningen. Till skillnad från de skogsbolag som använder sig av extern företagshälsovård behöver inte den inbyggda göra avtal med företaget utan ramarna för vad företagshälsovården ska innehålla utformas inom verksamheten. Skogsbolaget som endast

har inbyggd företagshälsovård består av läkare, sköterska, sjukgymnast/ergonom, administratör/rehabiliteringskoordinator, och övriga spetskompetenser som exempelvis beteendevetare. Psykologer har de avtal med på den region som behovet finns på just då. Dessa arbetar fram förslag och idéer tillsammans med personalansvarig utifrån vilka behov som finns i organisationen. Vad som behöver förstärkas eller stöttas ytterligare som sedan lyfts i ledningsgruppen där besluten tas. Inom skogsbolaget som har en inbyggd företagshälsovård på en liten del av verksamheten beskriver att de har en styrgrupp där de större interna kunderna sitter med samt den som är ansvarig för skogsregioner. Dessa kan påverka rätt mycket hur företagshälsovården ska bedrivas.

Avtalens innehåll

I avtalen framgår vad avtalet ska innehålla. Skogsbolagen är väldigt tydliga med vad de förväntar sig att företagshälsovården ska utföra utifrån verksamhetens behov. Ett exempel på vilka krav man ställer inom den externa företagshälsovården är

” att hjälpa till vid arbetsanpassning och rehabilitering med bedömning av sjukdomsbild. Arbetsförmåga, samt den personliga effekten av förändringar av arbetsplatsen eller arbetsorganisation. Ställa upp med erforderade resurser vid krissituationer samt leda arbetet i krisgrupp. Genomföra hälsokontroller, informera personalansvariga chefer om hälsotillståndet hos personalen. Utföra mätningar av buller, vibrationer, elektromagnetisk strålning m.m. Utföra arbetsplatskontroller framförallt beträffande förarmiljö och kontorsmiljö. Genomföra blodtester och ge råd och stöd vid problem med alkohol och droger eller andra psykosociala problem. Ska vara en expertresurs vid arbetsanpassning, rehabilitering och krissituationer i det förebyggande arbetsmiljöarbetet.

Detta innehåll kan förstås variera mellan de olika skogsbolagen, men detta är ett exempel på vad man eftersträvar. Många av företagen nämner också hälsoprofilsundersökningar/friskvårdsprofiler som en del av avtalet. De försöker också att dessa ska ganska stor bäring på ergonomi.

I ett av skogsbolagen som har inbyggd företagshälsovård har de väldigt tydliga krav på vad de ska fokusera på, åstadkomma med vilken kvalitet. Detta gör de genom att definiera mål med den egna företagshälsan och följer upp med fyra olika uppföljningsgrupper.

Hur skogsbolagen kommer fram till innehållet i avtalen kan vara genom dialog och diskussion med företagshälsovården.

”Vi har en diskussion om våra behov så att säga, och vilka tjänster som vi behöver, vi har ju sån här handlingsplaner också och sånt där med företagshälsovården och vad dom som ska hända under dom kommande tre åren och då är det viktigt att ha en ingående dialog också”.

Företagshälsovården är delvis med och utvecklar tjänsterna tillsammans med skogsbolagen. Ett exempel på det är om det behövs en utbildningsinsats som företagshälsovården kan relatera till verksamheten.

”Dom utvecklar liksom sitt koncept och fixar liksom det mot skogsbruket”.

”J ag tycker dom är kreativa och bra, och kommer med förslag faktiskt på hur vi skulle kunna göra”.

I den inbyggda företagshälsovården är de på ett tydligare sätt med och utvecklar tjänster och innehåll

”Alltså dom är ju med, och dom vet behoven, dom är ju en del av det, och om det handlar om hur involverade företagshälsovården är i framtagandet i det här så är dom ytterst involverade. Eftersom dom är med och ser och vet”.

Skogsbolagens kunskapskrav

De skogsbolag med extern företagshälsovård ställer krav på företagshälsovårdens kunskap om skogsbruk utifrån det behov som skogsbolagen har. För att tillgodose skogsbolagens behov behövs kunskap om skogsbruket och de ställer därför i mycket eller i ganska hög grad krav på detta. Men samtidigt ställer de inte konkreta krav på personalen, utan det är utifrån behovet som styr.

”vi ställer ju i och för sig inte några krav i hur deras personal skall vara i för sig, men träffar du en sjuksköterska t.ex. så ska den personen förstå vår verksamhet, vara serviceinriktad och leg. Sjuksköterska såklart”.

Kravet på kunskap om skogsbruk framkommer i avtalen med företagshälsovården där behoven beskrivs och vad de förväntar sig. Kunskapen handlar mycket om kännedom om vilka risker som finns med att arbeta i skogen.

”Det är klart gör man en hälsoundersökning på skogsmaskinförarna så förväntar vi oss att företagshälsovården också ska ha kunskap om vad det finns för risker med att sitta i maskin, eller jobbar för att förebygga skador exempelvis i axlar, nacke och rygg. Att den hälsoundersökningen inte är densamma som det är för oss som sitter på kontor t.ex. utan att man måste titta på andra grejer. Och det ställer krav på att dom har kunskap om skogsbruket”

Hur företagshälsovården har kunskap om skogsbruk är enligt skogsbolagen lite varierande. Det kan skilja sig mellan olika företagshälsovårdenheter i olika regioner. Ett bolag resonerar att många gånger har ju skogsbolagen arbetat med samma företagshälsovårdsenheter under många år och på så sätt har de lärt känna branschen och dess behov, men att det också beror på vilken geografi som de befinner sig i, eftersom utbudet varierar. Skogsbolagen är också nöjda med sin företagshälsovård och många bolag är av uppfattningen att företagshälsovården har kunskap som behövs för att tillgodose de behov som finns idag.

”om vi bara avgränsar oss till att dom skulle ha spetskompetens om vi tänker oss t.ex. maskinförare så tror jag nog ändå att det är tillräckligt för att tillfredsställa våra behov..... som det ser ut idag är det i alla fall tillräckligt”.

Inom den inbyggda företagshälsovården ställs också krav på att företagshälsovården ska ha kunskap om skogsbruk. Annars skulle de inte kunna tillgodose behoven som finns inom bolagen, men det blir inte riktigt på samma sätt som hos de externa. Skogsbolagen resonerar att då den inbyggda hälsan är med hela tiden i organisationen och jobbar endast med skogsbruksfrågor då får de den kunskapen som behövs.

”dom kan ju i detalj hur det är på dom här arbetsplatserna som vi har i och med att dom är ju ofta nära och dom sitter ju med i olika grupperingar och så”.

De områden som de med inbyggd företagshälsa nämner som exempel att de har särskild kunskap om är ergonomi och kring ensamarbete.

”Det blir ju framförallt den ergonomiska sidan är ju lite speciellt, så ergonomi med nacke/axlar/rygg, dom delarna, även andra kroppsliga, men överlag dom blir ju väldigt duktiga på dom frågorna som vi har, som är lite specifika för skogsbruk, men det som är specifikt för oss det är ju det nog två delar, det ena är då den fysiska, alltså belastningsbesvären pga. maskinförarkyrket, den andra delen skulle jag säga är den här sidan med ensamarbete”.

Kvalitetssäkring

När frågan om skogsbolagen ställer krav på kvaliteten på tjänsterna som upphandlas svarar en del utifrån den krav- eller behovsspecifikation som de har i avtalet. Där framgår vad företagshälsovården förväntas göra. Att ställa krav på kvaliteten kan vara svårt, det är mer krav på vad man förväntar att de ska leverera, vilka behov som ska tillgodoses som de har i avtalen.

Andra bolag anger istället det här med återkoppling och redovisning av det som utförts som kan vara en del av kvalitetssäkringen. De krav de kan ställa är att de ska ha återkoppling samt redovisning av kostnader, hur de är fördelade och hur ofta olika tjänster används i baspaketet.

”vi får ju också signaler om hur man har upplevt besök hos läkare, sjuksköterska, sjukgymnast o.s.v.”.

Trots ständig återkoppling är det ändå svårt för skogsbolagen att veta om det de får är av bra kvalitet och de önskar att de hade en kvalitetssäkring av allt som görs. Exempelvis när prover tas.

”den där dialogen den pågår ju faktiskt fortlöpande för att det är inte så lätt för dom å visa. och det tycker jag det är en brist i all sådana här upphandlingar man kan nästan inte säkert veta, stämde det där med blodvärden och med blodtryck och uppfattning som dom har”.

5.2 Skogsbolagens upphandlande tjänster av företagshälsovården

Medicinskt behandlande tjänster

För alla skogsbolag oavsett med inbyggd eller extern företagshälsovård är det i regel ganska sällan som företagshälsovården inkopplas i rent medicinska ärenden. Vanligast är att läkare, sköterska, sjukgymnast osv. är med i anslutning till rehabilitering och förebyggande tjänster istället som exempelvis hälsoprofiler där det behövs ta prover etc. Samtidigt finns ju tillgången till dessa professioner, vid lättare behov kan de utnyttja dem i medicinska ärenden, provtagningar, omläggningar om någon gjort sig illa o.s.v. det kan variera utifrån behovet. Vanligast är att vårdcentralerna får ta de rent medicinska ärendena, eller att det remitteras vidare till den profession som behövs.

Problemlösande tjänster

Med detta menas exempelvis krishantering, konflikthantering och hantering av alkohol/drogproblem. Inom dessa områden varierar det väldigt mycket inom skogsbolagen, hur man använder företagshälsovården till denna typ av tjänster. Det man kan se är att skogsbolagen oavsett om de köper dessa tjänster eller inte, arbetar med dessa frågor inom den egna verksamheten. Exempel har ett skogsbolag med extern företagshälsovård inbakat konflikthantering och hantering av alkohol/drogproblem i den egna arbetsmiljöutbildningen som erbjuds var femte år till de med arbetsmiljöansvar och har underställd personal samt skyddsombud. Hur ofta en sådan här typ av tjänst köps av företagshälsovården är svårt att peka

på eftersom det är väldigt behovsstyrt. En inbyggd företagshälsovård nämner att när det kommer till konflikter brukar det oftast hanteras via cheferna, men vid alkoholproblem är företagshälsan mer inkopplad.

Rehabiliterande tjänster

Tjänster som syftar till rehabilitering varierar från ganska ofta till ganska sällan hos skogsbolagen. Finns ett behov av rehabilitering av något slag så köper de externa skogsbolagen i regel detta av företagshälsovården. Det är behovet som styr och därför ganska svårt att skatta. Ett bolag med extern företagshälsovård beskriver

”det är klart att det också är vid behov som vi arbetar med rehab, krävs det en rehabsinsats så köps det en rehabstjänst så att säga”.

Skogsbolagen arbetar också med detta själva, eftersom cheferna har ett eget rehabiliteringsansvar. Det ska därför alltid finnas en rehabiliteringsplan och beroende på graden av det inträffade så görs bedömningen om företagshälsovården behöver kopplas in eller inte. För det mesta kopplas företagshälsovården in.

Inom den inbyggda företagshälsovården uppges att det finns väldigt få långtidssjukskrivningar i arbetsgåren, men när det väl finns ett behov av rehabiliteringsinsatser är företagshälsan fullt involverad och det läggs mycket krut på dessa ärenden för att hitta bra lösningar.

Förebyggande tjänster

När det gäller det förebyggande arbetet uppger skogsbolagen att de vill lägga det största krutet inom det området, men att det inte är helt enkelt.

”Vi strävar ju att få arbeta förebyggande, men i många fall används företagshälsovården när något uppstår, när någonting redan har hänt eller att någon redan har blivit sjuk”.

Många gånger arbetar de också förebyggande och lägger mest pengar på det området i jämförelse med de andra områdena.

”Vi satsar mer pengar på förebyggande och hälsofrämjande frågor. Alltså en större andel av vår totala kostnad hamnar där, än den del av pengarna som hamnar på rehab”.

Det är framförallt hälsoundersökningar/hälsoprofiler som nämns inom de förebyggande tjänsterna. Det är vanligt med tre års intervall på hälsoundersökningarna. Ett av skogsbolagen anger att hälsoundersökning är ett krav vid nyanställning och att det sedan sker med ett tre års intervall. När det gäller friskvårdsaktiviteter är det mycket sällan eller inte alls som skogsbolagen anlitar företagshälsovården. De sköter internt eller anlitar andra aktörer. Ergonomisk bedömning har ett skogsbolag stående var tredje år, precis som hälsoundersökningen och det är ganska vanligt att man köper den typen av tjänster av företagshälsovården. När det gäller det systematiska arbetsmiljöarbetet är det mycket sällan som skogsbolagen anlitar företagshälsovården. I regel sker det arbetet inom den egna verksamheten löpande hela tiden. Ett skogsbolag nämner att ibland kan de behöva kalla in företagshälsovården i skyddskommittén i vissa ärenden.

”Vi tycker att vi är duktiga på att jobba systematiskt med arbetsmiljöarbete och med skyddskommitté och hela den uppbyggnaden. Det är ju inget vi använder företagshälsovården utav”

Inom en av de inbyggda företagshälsovårdarna läggs största krutet på de förebyggande tjänsterna, genom hälsoaktiviteter och hälsoprofilsundersökningar. De har också en arbetsmiljöingenjör som inte är med i skogshälsan, men som kopplas in i teamet och arbetar då mycket med det systematiska arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljöingenjören arbetar också mycket tillsammans med ergonomen för att göra arbetsmiljöbedömningar och ergonomiska bedömningar samt att de arbetar med maskin, arbetsmiljö- och ergonomironder.

När det gäller förebyggande tjänster som syftar till skogsmaskinens belastningsergonomi, hand- och helkroppsvibrationer, buller, olyckor samt ensamarbete så ser det olika ut hur skogsbolagen arbetar. Som nämnt tidigare har en del bolag en ergonomisk bedömning i förebyggande syfte som företagshälsovården går ut och gör. När det gäller förebyggande arbete hur skogsmaskinens förarhytt t.ex. ska se ut i ett förebyggande syfte blir den generella bedömningen att företagshälsovården inte anlitas i så stor utsträckning hos de externa företagshälsovårdsenheterna i det förebyggande arbetet. Det är något som istället ständigt pågår inom skogsbolagens egen regi.

”vi har skyddskommittéer regelbundet 2ggr/år, skyddsronder, och riskanalysbedömningar, som sker löpande hela tiden. Och när man har det, det beror lite grand på. Det kan t.ex. vara vid ett inköp vid en ny maskin, när man byter arbetsställe, skyddsronder som sker minst 1ggr/år”.

Företagshälsovården används istället när det behövs göras mätningar som vid exempelvis buller och vibrationer. Skogsbolagen förväntar sig att de ska ha den kompetensen att göra mätningar.

Vid olyckor och tillbud arbetar skogsbolagen mest med själva genom att ha rutiner för att tillbud ska uppmärksammas, rapporteras och kommuniceras. Arbetslederna arbetar med dessa frågor ute på de olika distrikten.

”det vill som somna in ända tills det händer en olycka då är de skyldiga att rapportera, men man kanske hade kunnat lära sig något redan före. Så vi har ju både tillbudsrapportering och olycksfallsrapportering. Naturligtvis kommunicerar vi det här genom hela organisationen också”.

Den inbyggda företagshälsovården i skogsbolag 2 arbetar ungefär på samma sätt som de övriga skogsbolagen med extern hälsa. När det gäller det förebyggande arbetet på den här nivån så arbetar de mer med det inom den egna verksamheten, än att hälsan gör det, men att gå ut och göra mätningar, det kan företagshälsovården göra genom sin egen skyddsingenjör.

Den inbyggda företagshälsovården i skogsbolag 3 arbetar med ergonomironder. Där går man exempelvis igenom hur kompetens hos föraren är hur stolen ska ställas in. Inför inköp av maskiner är också ergonomen med när det skrivs kravspecifikationer i upphandlingen och är i dialog med maskinleverantörerna.

”för när det gäller det här med maskiner, ergonomi och både vid upphandling av maskiner och vid ombyggnad av maskiner, så har vi ju vår skogshälsa involverad...”.

När det gäller, hand- och helkroppsvibrationer, buller och säkerhetsfrågorna är det framförallt arbetsmiljöingenjören som är med i teamet i skogsbolag 3 och ibland tillsammans med ergonomen som går ut och mäter och gör undersökningar.

5.3 Branschkunskap hos avtalstecknarna

De skogsbolag som deltagit i studien uppger själva att de som tecknar avtal med företagshälsovården har tillräcklig kunskap om den egna branschen för att kunna teckna avtal som tillgodoser behoven i verksamheten

”Vi har den kompetensen och det har dom självklart ute på regionerna, fältverksamheten kan ju sin arbetsmiljö jättebra..” ... ”jag tror vi har dom kunskaper som krävs för detta”.

Många har dock en ödmjukhet om att de förstår att de inte kan veta allt.

Hur de har fått kunskapen om sin egen arbetsmiljö är via interna utbildningar och förvärvad erfarenhet. Många av skogscheferna som är med och tecknar avtal har oftast lång erfarenhet från branschen och god kännedom om maskinförarnas yrke. Exempel på interna utbildningar kan vara arbetsmiljökunskap för att hålla sig fortbildade inom området. De har oftast också en personalavdelning som ständigt arbetar med dessa frågor.

6 DISKUSSION

6.1 Resultatdiskussion

Syftet med den här studien var att undersöka hur skogsbolagens avtal med företagshälsovården ser ut avseende den skogsbrukliga delen i verksamheten. Med skogsbruk menas den del i skogsbolagen som arbetar i skogen, dvs. skogsmaskinförarna, inte tjänstemännen. Inom de skogsbolag som inkluderats i studien består skogsmaskinförarna endast av cirka 36 % av skogsbruksdelen, resten består av tjänstemän. Skogsbolagens egna maskinlag är färre än antalet entreprenörer som anlitas för det skogsbrukliga arbetet och de skogsbolag som anlitar externa företagshälsovårdsenheter erbjuder inte sina entreprenörer att gå under samma företagshälsovårdsavtal medan de med inbyggd företagshälsovård gör det. Däremot kräver alla skogsbolag som deltog i studien att entreprenörerna har tillgång till företagshälsovård. Detta gör det dock svårt att veta exakt hur många som går under skogsbolagens avtal för företagshälsovården och det är svårt att kunna dra slutsatser om alla skogsmaskinförare som finns på skogsbolagens marker då inte alla går under samma avtal. Då det dessutom är olika avtal inom skogsbolagen för de egna maskinförarna.

6.1.1 Avtal och upphandling

I den här studien har det framkommit att de vanligaste avtalen som skogsbolagen tecknar med företagshälsovården är abonnemang och avropsavtal. Det är bara ett skogsbolag som har en inbyggd företagshälsovård som täcker upp för hela verksamheten, men det finns även inslag av inbyggda företagshälsovårdsenheter inom ett skogsbolag till. Avtalen med företagshälsovården tecknas i regel ute på varje region eller distrikt av de chefer som finns på plats på den regionen. Ute på regionerna ser man till tillgängligheten av företagshälsovård på det geografiska område som man befinner sig på.

Upphandlingsprocessen, avtalens innehåll och skogsbolagens kunskapskrav

I upphandlingen av extern företagshälsovård ute på regionerna ser skogsbolagen till tillgängligheten på det geografiska område som de befinner sig på. Geografin har betydelse i flera aspekter när det gäller upphandling av extern företagshälsovård, exempelvis val av företagshälsovårdsenhet, avtal och avtalets innehåll. Innehållen i avtalen kan också skilja sig från region till region.

Det framkom att skogsbolagen väldigt sällan prissförhandlar med företagshälsovårdsenheterna och en orsak till detta nämner skogsbolagen är tillgängligheten. I många fall finns inga ”konkurrenter” så det blir läge att prissförhandla och skogsbolagen får ta den företagshälsovård som finns, eftersom tillgängligheten är viktigare. Detta gynnar inte företagshälsovårdens utveckling, eftersom de på det sättet inte behöver vara ”bättre” än någon konkurrent.

Även innehållet i avtalen, vad som företagshälsovården kan erbjuda för tjänster samt vilken spetskompetens som företagshälsovården har inom skogsbruk, påverkas såklart också av detta. På vissa områden finns inte de resurser som kanske behövs. Ett bolag som egentligen har en kravspecifikation, kanske måste sänka kraven inom vissa geografiska områden där utbudet av företagshälsovårdsenheter inte är lika stort. Detta kan leda till att beroende på i vilket område skogsmaskinföraren är anställd avgör kvalitén i den företagshälsovård som erbjuds.

Kvalitetssäkring

Det är svårt att bedöma om det skogsbolagen får av företagshälsovården är av kvalitet. Det tycker även skogsbolagen själva, där det framgår att de önskar en kvalitetssäkring för att de aldrig kan veta om det är god kvalitet och att det inte är lätt för företagshälsovården att visa. I avtalen med företagshälsovården har skogsbolagen en krav- eller behovsspecifikation där det framgår vad företagshälsovården förväntas göra utifrån skogsbolagens behov. Detta säger dock ingenting om att det som företagshälsovården utför är av god kvalitet. Ett viktigt sätt för skogsbolagen att kunna försäkra sig om att det företagshälsovården levererar med kvalitet är ständig dialog och återkoppling med företagshälsovården. Företagshälsovården kan exempelvis redovisa de insatser de utför och kostnaderna för detta och vad det gett för resultat. Trots ständig återkoppling är det ändå svårt att veta om det är god kvalitet. Skogsbolagen uppger ändå att de är ganska eller mycket nöjda med sin företagshälsovård. Det är väldigt sällan eller aldrig som det är något som inte fungerar eller att det är något som man inte får hjälp med. Detta skulle kunna vara ett tecken på att företagshälsovården utför tjänsterna med god kvalitet, men samtidigt kanske bara ett tecken på att företagshälsovården tillgodoser behovet som finns (som i sin tur kan vara ett sätt att mäta kvalitet.)

Spetskunskap inom skogsbruk hos företagshälsovården varierar mellan olika geografier som nämnts tidigare. Spetskompetens inom skogsbruk skulle kunna vara en försäkring om att det som levereras är av god kvalitet. Många skogsbolag är också av uppfattningen att företagshälsovården har den kunskap som behövs för att tillgodose deras behov, särskilt då det gäller skogsmaskinförarna. Detta visar på att behovet som finns av skogsbolagen kan tillfredställas utifrån den kompetens som redan finns, vilket gör att man måste se till att behoven tillfredsställs som en del i kvalitetssäkringen.

6.1.2 Upphandlande tjänster

De tjänster som upphandlas av skogsbolagen är framförallt rehabiliterings- och förebyggande åtgärder. De medicinskt behandlande tjänsterna som upphandlas syftar inte till sjukvård i första hand utan i samband med t.ex. rehabiliteringsärenden. Problemlösande tjänster som syftar till konflikthantering och hantering av alkoholdrogproblem köps av företagshälsovården när behovet finns. Skillnaden mellan rehabiliteringstjänster och förebyggande tjänster är att rehabiliteringstjänsterna köps vid behov, vilket gör att variationen i innehållet blir stor från gång till gång. De förebyggande tjänsterna är mer stående och då är det framförallt hälsoprofilsundersökningar som upphandlas på ett treårigt intervall. När det gäller förebyggande arbete av skogsmaskinens förarhytt avseende belastningsergonomi, hand- och helkroppsvibrationer, buller osv. arbetar den externa företagshälsovården mest med mätningar i relation till rent förebyggande arbete. Den inbyggda företagshälsovården är mer involverade i förebyggande åtgärder medan de skogsbolag som anlitar extern företagshälsovård arbetar mer med detta inom den egna verksamheten.

Förebyggande tjänster

Skogsbolagen vill lägga det största krutet och lägger för det mesta mest pengar på det förebyggande arbetet, men det är inte helt enkelt och många gånger används företagshälsovården när något redan har hänt. I det förebyggande arbetet ingår alltid hälsoprofilsundersökningar i avtalen, vare sig det är inbyggd eller extern företagshälsovård. Detta verkar också vara den största satsningen vad gäller det förebyggande arbetet. Detta kan tolkas som att det största behovet från skogsbolagen i det förebyggande arbetet är till största delen hälsoprofilsundersökningar/bedömningar, men vad bygger detta behov på och vad ska

hälsoprofilsundersökningarna leda till? Ett av skogsbolagen resonerar att genom hälsoprofilerna där det ingår frågor om hälsa som kan leda till olika målsättningar för livsstilsförändringar uppstår diskussion för attitydförändringar. Detta kan i förlängningen resultera i en diskussion med maskinförarens chef och på så sätt påverkar hela gruppen.

Enligt Wim Grooten (föreläsning, 17 jan 2013) vet vi dock inte vilka effekter en hälsoundersökning har när det gäller hälsa, levnadsvanor eller arbetsförmåga om inte hälsoundersökningen används tillsammans med en riktad intervention med god evidens. Wim leder HEx-projektet, en undersökning som pågår nu via Karolinska Institutet, där företagshälsovårdens undersökningar och dess mål, genomförande, och resultat analyseras. En annan studie visar att det finns tillräcklig eller stor evidens för effektiviteten av hälsoundersökningar med åtgärder när det gäller exempelvis tobak- och alkoholkonsumtion, blodtryck, användning av hälsovården och arbetsfrånvaro [23]. Det är osäkert om skogsbolagen har den kombinationen med en hälsoundersökning och en riktad intervention. Vad har då hälsoprofilerna som genomförs på skogsbolagen för effekt i det förebyggande arbetet? Hälsoprofilerna riktar sig, som också nämns i tidigare citat, mycket till livsstilsförändringar för ökad hälsa. Det är en insats på individnivå med mycket låg koppling till arbetsorganisation. De arbetsorganisatoriska aspekterna kan också påverka hälsan [8]. En del studier visar att en arbetsmiljö som har dålig psykosocial arbetsmiljö som t.ex. ensamarbete kan utgöra, finns det höga krav och lite möjlighet till att påverka sin arbetssituation. Detta är arbetsorganisatoriska faktorer. Studier har sett att det kan utgöra riskfaktorer av samma vikt som de fysiska faktorerna, samt att en kombination av fysiska och psykosociala riskfaktorer på arbetet kan utgöra en ökad risk för muskeloskeletala sjukdomar [8 & 16]. En studie visar på att skogsmaskinförare som hade möjlighet till att påverka sina arbetsuppgifter rapporterade mer tillfredsställande ergonomiska utfall. Studien indikerade på att arbetsrotation bland skogsmaskinförare har en positiv effekt på arbetstillfredsställelse och muskeloskeletala symptom [8]. En annan studie som jämförde riskfaktorer på övre extremiteter mellan skogsmaskinförare i Norge och i Frankrike visade att norrmännen redovisade mer obehag/besvär i övre extremiteter än fransmännen och detta var relaterat till organisatoriska faktorer. Fransmännen hade haft längre lunchraster, samt mer frekventa pauser [24] Detta stäms överens med den studie som tittat på nordiska maskinförare jämfört med Centraleuropa, där de nordiska länderna rapporterade signifikant mer skuldersmärta, mindre fysisk variation i arbetsuppgifter, högre arbetstakt och något mindre möjlighet till handlingsutrymme [24 & 25]. Som det beskrivs i citatet ovan kan skogsbolagens hälsoprofiler som görs på individnivå i förlängningen leda till att diskussionen lyfts till chefsnivå och gruppnivå och kan därmed påverka organisationen, men finns förebyggande åtgärder som börjar på arbetsorganisatorisk nivå för att främja hälsan på individnivå?

När det kommer till det systematiska arbetsmiljöarbetet, som kan vara ett sätt att angripa de arbetsorganisatoriska aspekterna, anger skogsbolagen att den externa företagshälsovården inte är inkopplade i sådana ärenden så mycket, men att man arbetar med detta inom verksamheten. När arbetsmiljöverket gick ut till skogsbolagen visade det sig dock att det saknades rutiner för arbetsmiljöarbetet och ställde flera krav som bland annat hade anknytning till det systematiska arbetsmiljöarbetet [4]. Detta kanske tyder på att skogsbolagen skulle behöva mer stöttning i det systematiska arbetsmiljöarbetet och kanske skulle företagshälsovården kunna bidra med detta i större utsträckning. Detta arbete sker också närmare inom den inbyggda hälsan.

Det är framförallt hälsoprofilsundersökningar som ingår i de förebyggande tjänsterna, även om andra tjänster också förekommer. Inom förebyggande tjänster som köps som syftar till

skogsmaskinens förarhytt som belastningsergonomi, buller, vibrationer är det framförallt mätningar som företagshälsovården kan gå ut och göra. Övrigt förebyggande arbete sker oftast inom verksamheten hos de skogsbolag som har externa företagshälsovårdsenheter. Detta kanske beror på att skogsbolagen tycker att de kan lösa dessa behov internt ganska bra. En del bolag använder egna tekniker som arbetar med tekniska frågor som att utveckla skogsmaskinen som också då ska ha ergonomi och arbetsplats i åtanke.

En annan orsak till att de inte köper mer förebyggande tjänster av företagshälsovården kanske kan vara att de anser att inte företagshälsovården har rätt kompetens för att kunna tillgodose ett sådant behov. Ett skogsbolag tycker inte att företagshälsovården är bäst på att ställa in reglage eller anpassa varvtal så det stämmer med maskinförarens behov att arbeta. Skogsbolaget använder istället en speciell instruktör för detta. Det finns cirka 50 eller 70 namngivna instruktörer på Skogforsk, skogsbranschens forskningsorganisation. Dessa har gått in i en organisation där de är beredd att hjälpa branschen i frågor som denna.

Mest riskfyllda området inom skogsarbete är inom olyckor och tillbud som fallande föremål, maskinolyckor, fallolyckor och motorsågsolyckor. Varje år sker dödsolyckor vid skogsarbete och antalet tillbud och olyckor är stort [2 & 4]. Inom dessa områden verkar dock inte företagshälsovården vara så inkopplade i det förebyggande arbetet. Det är ett område som skogsbolagen med extern företagshälsovård sköter mer intern inom verksamheten. Då olyckor utgör en sådan risk inom skogsarbetet kanske företagshälsovården borde vara mer inkopplade för att kunna stötta skogsbolagen i det här arbetet.

Inom de inbyggda företagshälsovårdsenheterna verkar de vara mer involverad i det förebyggande arbetet i alla avseenden som lyfts i den här studien som exempelvis det systematiska arbetsmiljöarbetet, förebyggande arbete av skogsmaskinernas belastningsergonomi, ensamarbete och förebyggande arbete av olyckor. Det kanske beror på att den inbyggda blir på ett naturligt sätt en del av verksamheten och är mer nära organisationen och arbetar endast mot en och samma bransch. Enligt skogsbolagen är den inbyggda skogshälsan en del av verksamheten och kan vara ett stöd för både personal och chefer. Denna möjlighet har inte de externa företagshälsovårdsenheterna. Att den inbyggda är väldigt nära organisationen kanske också kan leda till spetskompetens inom företagshälsovården som kan i sin tur göra att det är lättare att ha med företagshälsovården i det förebyggande arbetet. Den inbyggda företagshälsovården verkar också var mycket ”ute” på fältet med maskinlagen och arbetar väldigt nära maskinförarna genom att åka ut och göra exempelvis skyddsronder ute i skogen.

6.1.3 Branschkunskap hos avtalstecknarna

Svårast med den här studien är att bedöma om tillräcklig branschkunskap finns hos de som tecknar avtal för att kunna avgöra om innehållet i avtalen räcker för att förbättra den egna verksamhetens arbetsmiljö. När de som tecknar avtalen i den här studien själva får bedöma om de har tillräcklig kunskap svarar de att de har tillräcklig kompetens för att göra bedömningen, men att de kan förstås inte veta allt. Kunskapen om den egna arbetsmiljön är inhämtad via interna utbildningar och förvärvad erfarenhet. Och om man återigen tittar på nöjdheten hos skogsbolagen och att företagshälsovården uppfyller de nuvarande behoven som skogsbolagen har får man kanske tolka det som att de som tecknar avtalen har tillräcklig branschkunskap för att teckna avtal som gör att behoven tillgodoses. Men om man då tittar på behoven, är de anpassade efter vad som egentligen behövs? Skogen är fortfarande en av Sveriges mest

olycksdrabbade arbetsplatser [2] och bland skogsmaskinförare är både fysiska och psykosomatiska besvär vanliga [3]. Under 2011 anmäldes 558 stycken arbetsolyckor med sjukfrånvaro och mellan 2007 och 2010 låg arbetssjukdomarna på 113 stycken, och under 2010 anmäldes 5 arbetsolyckor per 1000 sysselsatta inom skogsbruket då snittet för samtliga branscher låg på 6 arbetsolyckor. Samtidigt nämner skogsbolagen flera gånger att deras arbetskår inte är så sjuka, med få långtidssjukskrivningar och rehabiliteringsärenden och låg sjukfrånvaro. Detta kanske beror på att många av olyckorna som leder till sjukfrånvaro, 35 %, kan vara relaterade till motorsågs- och röjsågsarbete, exempelvis förlorad kontroll över handverktyg och fallande föremål [4]. Denna del har inte berörts så mycket i denna studie. Det framkommer heller inte om dessa siffror syftar till det som skogsbolagen utför eller om det är inom den privata ägda skogen som olyckorna har drabbats. Motorsågar används fortfarande i ganska stor utsträckning inom den privata skogen i Sverige och arbetarna kan ha olika bakgrund och erfarenhet av skogsarbete och är dessutom utan stöd av säkerhetssystem som finns inom företagen och utgör därför en stor olycksrisk i den här gruppen [6].

Branschkunskapen hos företagshälsovården, det vill säga spetskompetens inom skogsbruk kan variera väldigt mycket mellan vilken region som man befinner sig på. En del bolag tycker att spetskompetensen är tillräcklig för att tillgodose behoven som de har inom skogsbruk. Till stor del är behovet hälsoprofilsundersökningar som är nämnt tidigare och detta kanske inte är sådant svårt behov för företagshälsovården att uppfylla, eftersom de gör dessa i väldigt stor omfattning. Det består av 20 % av de totala tjänsterna som de utför [22], vilket gör att de blir bra på det de utför. Detta kräver ändå att undersökningarna och profilerna är kopplade till skogsmaskinförarnas krav.

6.2 Metoddiskussion

En egenkonstruerad intervjuguide, som till stora delar bygger på en enkät, valdes till den här studien. För frågeställningen hade en enkät kunnat genomföras för att fler positioner och fler i antal kunnat delta i studien, men intervjuer valdes att genomföras för att på en gång kunna ställa de följdfrågor som behövdes för att kunna svara på syftet, samt att det är svårt att få alla att svara på en enkät. I ett tidigt stadium var det påtänkt att en inledande intervju skulle genomföras som sedan skulle följas av en till intervju när svaren på den första intervjun hade fått. En semistrukturerad intervju valdes därför för att den bygger på ett färdigt program med vissa utvalda frågor, men som sedan kan följas av följdfrågor och man är inte bunden till en viss ordning. Fördelen är att den som svarar har möjlighet att kunna tala öppet kring de ämnen som behandlas [26], samt att det är mer tidseffektivt än att göra två separata intervjuer för att få svar på samma sak, följdfrågorna kan ställas på en gång. Det som är svårt med en semistrukturerad intervju är att det inte alltid blir samma frågor som ställs i samma följd så de som svarar kan tolka frågan och ge olika svar. Detta gör det svårt att dra generaliserbara slutsatser utifrån samma ställda frågor.

Innan intervjuerna genomfördes övade intervjuaren på att genomföra intervjun på en testperson för att se hur lång tid det tog, samt se om frågorna var förståeliga och relevanta. Svårigheten med en sådan intervju är dock att det är svårt att tänka ut alla typer av följdfrågor som man kan tänkas vilja ställa trots att man har övat innan, eftersom man aldrig kan veta helt och hållet vilka svar som kan komma upp. Det kan också ta några intervjuer innan den som intervjuar blir duktig på att genomföra intervjuerna. Medan intervjuerna genomfördes kan också intervjuarens förförståelse för ämnet ha påverkat hur djupt intervjuaren valde att fördjupa sig i vissa följdfrågor.

Att intervjuerna spelades in har varit en stor fördel och i princip en förutsättning för att kunna sammanställa intervjuerna i efterhand- Det möjliggjorde att intervjuaren hade full koncentration på vad som sades samt att intervjuerna sedan kunde skrivas ned ordagrant för analys.

I analysen fanns både kvantitativa och kvalitativa delar. De kvantitativa delarna valdes att inte redovisas i tabellform, eftersom respondenterna ibland inte kunde ange någon siffra i den femtaliga skalan. Svaret på frågan framkom istället utifrån det samtal/dialog som förekom mellan intervjuare och respondent. Ibland gav respondenten svar i följdfrågorna som passade en annan huvudfråga. Det gjorde det svårt att se samband med de kvantitativa delarna, en annan anledning varför de valdes att inte redovisas. Författarens förförståelse för ämnet har också betydelse för analysdelen. Utan den är det svårt att se sammanhangen i intervjuerna. Samtidigt får förförståelsen inte ta över och påverka den objektiva synen.

Innan begränsningarna för den här studien arbetades fram fanns en vision om att kunna ta reda på hur hela skogsbranschen arbetar med arbetsmiljöfrågor tillsammans med företagshälsovården. Detta är dock väldigt svårt att belysa då branschen ser ut som den gör. Det är flera olika aktörer som äger marken där den största delen är privata ägare och hur ska den delen kunna inkluderas då de förutom anlitar skogsbolag även kan anlita skogsföreningar eller entreprenörer för att bruka skogen som i sin tur har egna avtal med företagshälsovården. Skogsföreningar som inte äger någon egen skog är inte heller inkluderade då de endast anlitar entreprenörer för att bruka skogen och det kan därför finnas lika många avtal med företagshälsovården som det finns entreprenörer. Därför är den delen väldigt svår att greppa om. Arbetsplatsen, skogen tillhör väldigt många och för att få en verklig bild över hur det ser ut och för att kunna dra slutsatser för hela skogsbranschen bör även detta tas i åtanke för att få helheten. Den här studien omfattar därför skogsbolagen (39 %) av den totala skogen, eftersom de kan ha egna maskinlag som de tecknar avtal med företagshälsovårdsenheter för. De största skogsbolagen är valda att inkluderas, eftersom de täcker en stor del av landet geografiskt för att kunna få en generell bild över hur det kan se ut, men samtidigt står det bara för 39 % av den totala skogen. De egna maskinlagen utgör också en liten procentuell del av de skogsmaskinförare som de anlitar till skogsbruket och det kan variera om entreprenörerna går under skogsbolagens avtal med företagshälsovårdsenheterna eller inte.

Intervjuerna genomfördes endast med positioner som har en övergripande blick över hur tecknandet av avtalen ser ut och fungerar, förutom i ett fall, då en av skogscheferna ute på en region intervjuades för att komplettera några frågor. För att verkligen få en bild över hur skogsbolagen tecknar avtal och varför det ser ut som det gör skulle det behövas intervjuas alla positioner inom varje region och distrikt inom skogsbolagen som tecknar avtal med företagshälsovård och är med i det arbetet. Detta var dock inte möjligt inom den här studiens tidsramar. När det visade sig att det var så det såg ut fick författaren begränsa sig till att intervju de centrala positioner som hade en övergripande blick i hur det ser ut och de fick på så sätt representera det skogsbolag de arbetade för.

Det är bara de största skogsbolagen som har inkluderats i den här studien och anledningen till det är för att dels göra det mer hanterbart i den här studiens ramar samt större chans att få med skogsbolagens egna maskinförare, istället för flertalet entreprenörer som i stor utsträckning tecknar egna avtal med företagshälsovården. De största skogsbolagen täcker också stora delar av hela landet och kan därför ge en ganska rättvis bild över hur det ser ut över hela landet.

I några fall har personer som tillfrågats att delta meddelat att de inte är rätt personer för att svara på frågorna och har då istället rekommenderat att kontakt tas med andra positioner i verksamheten. Alla positioner som tillfrågats att delta i studien accepterade att delta, detta kanske pga. att de ansåg att hälso- och säkerhetsfrågor är viktiga frågor. För att stärka studien ytterligare fick de som deltog i intervju tillgång till sammanställningen innan arbetet publiceras för att undvika feltolkning på något sätt och det var två stycken som i efterhand hade synpunkter på innehållet som författaren tog i beaktning innan publicerandet av arbetet.

7 KONKLUSION

Det som framkommit i den här studien är att inom skogsbolagen finns både inbyggd och externa företagshälsovårdsenheter. Inom de skogsbolag som har externa företagshälsovårdsenheter är det abonnemang eller avropsavtal som tecknas. Inga heltäckande avtal tecknas för hela verksamheten utan avtalen tecknas ute på skogsbolagens region/distrikt. Geografisk tillgänglighet verkar ha stor betydelse i upphandlingen av företagshälsovård när det gäller avtalens innehåll, vilka tjänster som upphandlas och vilken spetskompetens inom skogsbruk som kan erbjudas. Det är framförallt rehabiliterande och förebyggande tjänster som skogsbolagen upphandlar av företagshälsovården. De förebyggande tjänsterna betstår till stor del av hälsoprofilsundersökningar. Skogsbolagen upplever själva att de har tillräcklig arbetsmiljökunskap för att kunna teckna avtal med företagshälsovården för att tillgodose verksamhetens behov och ser man till nöjdhet hos skogsbolagen och att företagshälsovården kan tillgodose skogsbolagens behov har de tillräcklig branschkunskap. Däremot kan det diskuteras vidare om de skogsbolagen uttrycker som deras behov är tillräckligt som förebyggande åtgärder. Fler intervjuer måste dock göras med varje position i respektive skogsbolag för att kunna dra slutsatser om hur avtalen mellan skogsbolagen och företagshälsovården görs och varför. För att kunna dra slutsatser för hela skogsbranschen måste även alla skogsägare tas hänsyn till och inte bara de 39 % som skogsbolagen avser.

8 REFERENSER

1. Skogsstyrelsen (2005). *Grundbok för skogsbrukare*. Jönköping: Skogsstyrelsens förlag.
2. Prevent (2013). Skogsbruk. Hämtad 5 oktober, 2012, från <http://www.prevent.se/sv/Bransch/Jordbruk-och-skogsbruk/Skogsbruk/>
3. Åström, H. (2011). Förbättring av arbetsförhållande i skördare. Examensarbete. Uppsala.
4. Arbetsmiljöverket (2012). *Skogsbruk*. Korta arbetsskadefakta nr 3/2012. Stockholm: Arbetsmiljöverkets Publikationsservice.
5. Föreningen Skogen. (2013). Skog. Hämtad 15 januari, 2013, från <http://www.skogssverige.se/skog>
6. Axelsson, S-Å. (1998). The Mechanization of Logging Operations in Sweden and its Effect on Occupational Safety and Health. *Journal of Forest Engineering*, (9)2, 25-31.
7. Attebrant, B-O., Wikström, M. & Winkel, J. (1998). Konsensusrapporter rörande kunskapsläget om arbetsmiljö i skogsmaskiner. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
8. Johansson Hanse, J. & Winkel, J. (2008). Work organisation constructs and ergonomic outcomes among European forest machine operators. *Ergonomics*, (51)7, 968-981.
9. Kuruganti, U., Murphy, T.P., Dickinson, GT. (2011). A preliminary investigation of upper limb muscle activity during simulated Canadian forest harvesting operations. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, (39)4, 491-498.
10. Gellerstedt, S. & Synwoldt, U. (2003). Ergonomic initiatives for machine operators by the Swedish logging industry. *Applied Ergonomics*, (34)2, 149-156.
11. Andersson, I-M., Hedlund, A., Rosén, G. & Rydell, A. (2010). Arbetsmiljö vid hantering av skogsenergi: en redovisning av fallstudier. Falun: Högskolan Dalarna.
12. Hagen, K.B., Magnus, P., & Vetlesen, K. (1998). Neck/shoulder and low-back disorders in the forestry industry: relationship to work tasks and perceived psychosocial job stress. *Ergonomics*, (41)10, 1510-1518.
13. Arbetsmiljöverket (2013). Minska vibrationerna i jobbet – det lönar sig för både arbetsgivare och arbetstagare. Stockholm: Arbetsmiljöverkets Publikationsservice.
14. Rehn, B. (2004). *Musculoskeletal disorders and whole-body vibration exposure among professional drivers of all-terrain vehicles*. Diss. (sammanfattning) Umeå: Univ., 2004. Umeå.

15. Toomingas, A., Mathiassen, S.E. & Wigaeus Tornqvist, E. (red.) (2008). *Arbetslivsfysiologi*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
16. Arbetsmiljöverket (2012). *Arbete i skogsbruk*. Stockholm: Arbetsmiljöverkets Publikationsservice.
17. Landström, U. (1999). *Kunskapsöversikt om buller som underlag till riktlinjer för miljön i skogsmaskiner*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
18. Sverige. FHV-delegationen (2011). *Framgångsrik företagshälsovård: möjligheter och metoder: studiehandbok*. Stockholm: Fritze.
19. Olsson, I. (2008). *Företagshälsovårdens medverkan vid arbetsmiljöproblem. Diskussion kring ett praktiskt fall med inneklimateproblem på ett sjukhus*. Projektarbete. Örebro: Univ., 2008. Örebro.
20. Ahlberg, K. (2013). *Arbetsmiljölagen: med kommentarer*. (10., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Prevent.
21. Arbetsmiljöverket (2001). Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2001:1. Arbetsmiljöverkets författningssamling. Stockholm: Arbetsmiljöverkets Publikationsservice.
22. Sveriges Företagshälsor (2013). Företagshälsovård. Hämtad 7 oktober, 2012, från <http://www.foretagshalsor.se/foretagshalsovard>
23. Soler, R. E., Leeks, K. D., Razi, S., Hopkins, D. P., Griffith, M., Aten, A., et al. (2010). A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedback. *American Journal of Preventive Medicine*, (38)2 Suppl, 237-262.
24. Østensvik, T., Veiersted, K.B., Cuchet, E., Nilsen, P., Johansson Hanse, J., Carlzon, C., Winkel, J. (2008). A search for risk factors of upper extremity disorders among forest machine operators: A comparison between France and Norway. *International Journal of Industrial Ergonomics*, (38)11-12, 1017-1027.
25. Veiersted, K.B. & Vik, T (2005). Working conditions and health complaints among forest machine operators in north compared to Central Europe. *Barents Newsletter on Occupational Health and Safety*, (8)12, 13-15.
26. Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
27. Lundman B, Hällgren Granheim U. Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär M, Höglund-Nielsen. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. Lund: Studentlitteratur, 2008.

28. Graneheim, U H. Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education today. 2004; 24 (2): 105-112.

Bilaga 1 Komplement till bakgrunden

Historia skogsbruk

Arbetet i skogen och utförandet av arbetsmomenten i skogen har under de senaste 50 åren genomgått stora förändringar. Förr skedde allt avverkningsarbete manuellt, alltså arbetarna i skogen var så kallade ”huggare” och detta arbete räknades som ett mycket tungt och farligt arbete och olyckorna i skogen var många. Från 1960- talet och framåt kom det, tack vare mekaniseringen fram skogsmaskiner som mer och mer övertog det manuella arbetet i skogen [1 & 6]. De första maskinförarna hade oftast arbetat som huggare förut och växlade till en början mellan att vara huggare och maskinförare. Idag har arbetet nästan helt tagits över av maskinerna och arbetet som huggare har i stort sett försvunnit [7]. Det manuella arbetet som sker idag är i mindre skala och sker med olika motorsågar och röjsågar [6].

På grund av denna mekanisering har olyckorna inom skogsbruket kunnat minska drastiskt sedan 1950- talet, eftersom det belastningstunga och farliga manuella avverkningsarbetet minskat [1]. Däremot har de belastningsergonomiska förutsättningarna ändrats radikalt. Under dessa 50 år har avverkningsarbetet omvandlats från att vara ett tungt manuellt, men dock varierat och dynamiskt arbete till att idag nästan uteslutande bestå av stillasittande reglagearbete där föraren utför komplexa rörelser på låg, men o varierad belastningsnivå och under långa durationer [7, 8 & 9] som kan ha negativa effekter på hälsan och leda till muskeloskeletal sjukdomar [8]. En studie visar t.ex. att det repetitiva arbetet kan leda till muskeltrötthet trots att belastningen inte är så hög [9] då från exempelvis nack- och skulderregionen. Efter många år i skogsmaskinen kan även många skogsmaskinförare heller inte bibehålla samma nivå av effektivitet [10].

På grund av skogsbranschens historia har den haft traditionellt hög förekomst av belastnings- och hälsobesvär och skogsbruket var en av de tidigaste branscher som blev mål för belastningsergonomisk forskning. Sedan 1970-talet har denna forskning haft ett avgörande inflytande på förarhyttens utformning. Den första ergonomiska checklisten för skogsmaskiner kom år 1969 och följdes åren 1974, 1980 och 1989 av tre reviderade upplagor, alla med fokus på maskinernas utformning. Detta eftersom behovet då var stort av just teknisk-ergonomiska insatser. Arbetet med de belastningsergonomiska riktlinjerna som växte fram i kombination med den tekniska utvecklingen ligger troligen bakom minskningen av belastningsnivån vid reglagearbete [7]. Olycksfrekvensen minskade också, mellan 1970- och 1990 talet hade olycksfrekvensen minskat med 70% hos skogsmaskinförarna och 48% hos motorsågshuggare och detta hade uppnåtts på grund av förbättrad ergonomi, säkerhetsorganisation och utbildning av arbetstagarna [6].

Historisk utveckling skogsmaskiner

De första skogsmaskinerna som kom under 1960- talet var så kallade fällare och läggare som enbart sågade ned träden. Detta i sig var som nämnt tidigare en stor förändring för skogsarbetarna som tidigare enbart arbetat manuellt med att såga ned träd. Men från att dessa första maskiner kom har maskinförarnas arbetssituation fortsatt att förändrats radikalt, då maskinerna har utvecklats till mer moderna engreppsskördare [7]. Det var under 1980-talet som skördaren kom, en maskin som inte bara sågar ned trädet utan också både kapar och kvistar virket. Denna tekniska framgång i skogen har resulterat i en utveckling till mycket avancerade maskiner där nästan allt arbete kan skötas genom manövrering av multifunktionella spakar i

förrarhytten samt att maskinerna har blivit allt mer driftsäkra och kräver mindre underhållningsarbete än de första maskinerna [1 & 7].

De nya maskinerna innebär att förarna måste sitta under långa perioder i förrarhytten, utan avbrott och genomföra repetitivt arbete. I de tidigaste traktorhyttarna var det också problem med höga ljudnivåer och helkroppsvibrationer, men också värme och kyla, obekväma arbetsställningar och dålig sikt [11]. Under mitten av 1970-talet upptog arbete inne i skördaren cirka 60% av en normal arbetsdag och 80% av detta var rent reglagemanövrering. Detta hade i början av 1990-talet ökat till cirka 80% i skördarhytten och 90% var ren reglagemanövrering i början av 1990-talet [7 & 10].

Vid avverkning av skog idag så är det framförallt två olika maskiner som används, det är *skördare* och *skotare*. Skördarens uppgift är att fälla, kvista och kapar upp trädet i stockar som sedan sorteras på plats ute i skogen. Efter detta är det skotare som plockar upp allt virke som sedan placeras i anknäring till någon väg där en timmerlastbil kommer för avhämtning [3 & 10]. Utvecklingen går hela tiden framåt och en ny maskin som kallas för *drivare* har börjat användas som sköter både skördarens och skotarens arbete [1 & 3].

Lagen om skogsbruket

Arbetsmiljöverket har en hel del föreskrifter som är tillämpningsbara inom skogsbruket. Många av dessa gäller maskinsäkerhet, fysikaliska exponeringar och ergonomi. Den ergonomiska checklistan som finns för skogsmaskiner berör 14 olika områden som buller, på- och avstigning, underhåll, sikt och arbetsställningar. Varje område har ett flertal frågor kopplat till ergonomi och arbetsmiljö. Syftet med checklistan är att se om skogsmaskinerna uppfyller ställda krav på säkerhet och ergonomi som finns [11]. Arbetsgivaren är också skyldig att följa reglerna i arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 205:15 om vibrationer [13]. När det gäller ensamarbete finns också föreskrifter om hur man ska förhålla sig som exempelvis att det finns särskilda krav på kommunikation, kännedom om vart arbetstagaren är och vid vissa förhållanden som vid stormfälld eller brandskadad skog [16]. När det gäller buller finns det särskilda föreskrifter som är användbara AFS 1992:10 "Buller", AFS1985:6 "Motorredskap och traktorer" med ändringskungörelserna AFS 1994:3 och 1994:13 samt AFS 1994:48 "Maskiner och vissa andra tekniska anordningar" där bland annat högsta tillåtna bullerexponering är angivet samt vilken mätmetod som ska användas [17]. När det gäller klimat i maskiner anges det i arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2006:4, Användning av arbetsutrustning, Bilaga A, A 3.1.3 att en hytt för skydd mot kyla eller värme skall vara försedd med anordning för god luftväxling och anordning som kan hålla lämplig temperatur. I AFS 2004:6 Bilaga 2 står det också att en traktor får användas under den kalla årstiden endast om förrarplatsen går att värma upp. Vid kortare arbetspass under den kalla årstiden får dock en traktor utan uppvärmningsbar förrarplats användas. Vidare står att en traktor med förrarhytt får användas vid varm väderlek endast om lämplig temperatur kan hållas i hytten.

Historia företagshälsovården

Ursprunget till svensk företagshälsovård kommer troligen från gruvan där människorna arbetade under vedervärdiga förhållanden och starten till den nuvarande arbetsmiljö, hälsa och säkerhet kan kopplas. Arbetsgivarna ville förstås kunna hålla driften igång och fick då se till att olyckor och skador undveks. Samtidigt i takt med att brukssamhällets framväxt och den tilltagande industrialiseringen började krav ställas på arbetsmiljön och även att tillgången till läkare och sjukvård som var i anslutning till arbetsplatserna. 1890 trädde lagen yrkesfara i kraft

och samtidigt startade yrkesinspektionen sin verksamhet i tre distrikt. År 1912 kom lagen om arbetarskydd och innehöll bland annat bestämmelser om beredskap för eventuella olycksfall. År 1913 inrättades en särskild yrkesinspektion för kvinnors och barns arbete. Allt fler industrier började också skaffa sig egna industriläkare som arbetade tillsammans med en sjuksköterska. Allt detta skulle lägga grunden för det vi idag kallar för företagshälsovård och en faktor som bidrog till utvecklingen av företagshälsovården var ”den svenska modellen”, som var det samarbete som förelåg mellan arbetsmarknadens parter som grundades med Saltsjöbadsavtalet 1938. År 1942 följdes det upp av det avtal som gjordes mellan SAF och LO angående ”Allmänna regler för den lokala säkerhetstjänstens organisation” och år 1949 trädde arbetarskyddslagen och arbetarskyddskungörelsen i kraft. Tidigare och långt in på 1900-talet arbetade alltså den medicinska vården på företagen och den tekniska skyddsverksamheten åtskilda, men nu började de samarbeta organiserat. De första företagshälsovården som inrättades hade läkare, sjuksköterska och skyddsingenjör i personalen och detta tillsammans med samarbetet med skyddsombud osv. lade grunden till den moderna företagshälsovården. Längre drevs företagshälsovården mest på arbetsgivarens villkor och det var först på 60-talet som parterna på allvar började arbeta för att företagshälsovården skulle vara en obunden, utredande och rådgivande resurs och att de i samverkan skulle formulera uppdraget. Detta engagemang ledde till en stor utbyggnad av företagshälsovården, framförallt under 80-talet. Mer teknisk, medicinsk, psykosocial och ergonomisk kompetens fick ta plats och arbetet fokuserades mer på det förebyggande. Allt fler inbyggda företagshälsovårdsenheter tillkom på stora industrier och företag [18].

Den utveckling som skedde, bröts i början på 90-talet. Arbetsmiljöavtalet mellan SAF, LO och PTK från 1942 som bland annat innebar att företagen var skyldiga att tillhandahålla företagshälsovård upphörde att gälla och har sedan dess inte förnyats. De rekommenderades istället att teckna egna avtal, bland annat pga. att storföretag ville vara med och bestämma hur det skulle formos. Företagshälsovården hade också sedan 1986 statsbidrag som gick till alla företagshälsovården som höll måttet vid granskning av yrkesinspektionsnämnderna, men även detta upphörde 1 januari 1993. Många företagshälsovårdsenheter lades ned och de som blev kvar blev allt mer beroende på hur marknaden såg ut och vad arbetsgivaren ville köpa för tjänster. En del avtal tecknades dock i olika branscher t.ex. byggbranschen. Även staten, kommun- och landsting tecknade avtal [18 & 19].

Konsekvensen av detta idag är att företagshälsovården finansieras helt av arbetsgivaren. Företagshälsovården har blivit konkurrensutsatt och är en tjänst som upphandlas. Detta har också påverkat de anställda i kundföretagen, då antalet anställda som har tillgång till företagshälsovård har sjunkit från 86 % på 1980-talet till 65 % år 2009 [18 & 19].

Lagen om företagshälsovård

Användningen av företagshälsovård idag styrs av arbetsmiljölagens [20] tredje kapitel. Lagens krav regleras i 12 § i arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete [21] där det beskrivs hur man på arbetsplatsen ska arbeta med arbetsmiljöfrågor samt arbetsgivarens ansvar i detta arbete. Även flera av arbetsmarknadens parter har slutit avtal med företagshälsovården och det är unikt att användningen av en verksamhet som i stor utsträckning drivs av privata företag regleras i lagstiftning. Lagarna kan jämföras med lagens krav att företagen anlitar revisorer för att säkerställa att de följer regler om ekonomi och bokföring. Skillnaden är att företagshälsovården inte har någon kontrollfunktion utan ses mer som en kunskapsresurs/expertresurs som verksamheter kan anlita för att säkra god och säker arbetsmiljö och för att undvika arbetssjukdomar och arbetsolyckor [18, 20 & 21].

Lagtexten i arbetsmiljölagens tredje kapitel lyder ”arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå” (AML kap 3 § 2b) [20]. Detta ger utrymme för tolkning, vad menas egentligen med vad arbetsförhållandena kräver? [18 & 20].

I arbetsmiljölagen finns också en definition på vad företagshälsovård är. Den säger ” *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*” [20].

Företagshälsovårdens uppdrag

Företagshälsovårdens uppdrag är att förebygga ohälsa, främja hälsa, skapa trygga och goda arbetsplatser där arbetstagarna inte skador sig eller blir sjuka. De ska även fungera som en rehabiliterande resurs som både lyssnar till arbetsgivare och arbetstagarna. Företagshälsovården ska också ha god kunskap om att identifiera risker och beskriva samband mellan arbetsmiljö, organisation och hälsa [18]. Utifrån detta kan sägas att företagshälsovårdens insatser sker både på individnivå och på grupp- och organisationsnivå. Insatserna brukar vanligtvis delas upp i tre olika kategorier, främjande, förebyggande samt rehabiliterande insatser [22].

I den rehabiliterande delen ingår bland annat att när någon har drabbats av en arbetsskada eller annan sjukdom och kan vara i behov av arbetspassning eller rehabilitering så kan företagshälsovården bistå som ett kunskapsstöd, ge råd samt rehabilitera så att den sjuke kan återgå till sitt arbete. I de förebyggande insatserna är målet att förhindra att någon skadas eller blir sjuk på arbetet, genom att delta i planering av förändringar för att säkerställa att nya processer och arbetsplatser är anpassade till dem som ska arbeta där och identifiera risker. I de hälsofrämjande insatserna, handlar det om hälsopromotion och friskvård där det syftar till att upprätthålla och kanske förbättra anställdas hälsa och arbetsförmåga [18].

För att företagshälsovården ska kunna bistå arbetsplatserna med ovan nämnda insatser krävs det att de har god kompetens inom medicin, ergonomi, organisationsvetenskap, teknik, hälsovetenskap och beteendevetenskap. Det krävs också ett samarbete mellan dessa yrkesområden då många av insatserna behöver vara kombinerade då arbetsmiljöfrågor ofta är komplexa [18].

Bilaga 2 Intervjuguide

Företag: _____ Namn: _____ Datum: _____

Anställning: _____

Innan vi börjar med intervjun vill jag ge en kort information:

Syftet med den här intervjun är att undersöka hur skogsbolagen tecknar avtal och samarbetar med företagshälsovård när det gäller skogsbruk. Detta är mitt examensarbete som jag gör på utbildningen magisterprogrammet i arbete och hälsa: ergonomi via Karolinska Institutet.

Alla frågor i intervjun är riktad till den skogsbrukliga delen.

Du kommer att vara anonym i den här intervjun, men eventuellt att måsta ange vilket skogsbolag som har svarat.

Intervjun beräknas att ta ungefär 30-40 min.

Jag vill spela in den här intervjun för att ha en chans att sammanställa frågorna, men inspelningen raderas så fort sammanställningen är klar.

Inspelningen börjar nu, är det okej?

Sätt på bandspelaren.

Nu börjar intervjun.

Intervjun kommer att inledas med frågor om er verksamhet, med fokus på skogsbruk.

1. Hur många anställda har Er verksamhet totalt sett?
2. Hur många av det totala antalet arbetar endast med den skogsbrukliga delen av verksamheten?
3. Hur stor del av skogsbruket består av egna maskinlag/arbetslag respektive entreprenörföretag som anlitas för skogsbruksarbete?

Nu går vi vidare med frågor som berör verksamhetens avtal och upphandling av företagshälsovård.

1. Har Er verksamhet avtal med någon leverantör av företagshälsovård?
2. A) Vilken typ av avtal finns med företagshälsovården?

Jag kommer att ange några förslag:

- Inbyggd/intern företagshälsovård
- Abonnemang, dvs. en på förhand avtalad uppsättning tjänster
- Nollavtal, dvs. viss telefonsupport till fast och lågt pris. Tjänster köps vid behov.
- Avropsavtal, dvs. tjänster köps vid behov
- Annan typ av avtal:

B) Varför har ni valt just detta avtal?

3. A) Vilken eller vilka företagshälsovårdsenheter har Er verksamhet avtal med?

B) Gäller detta i hela verksamheten, eller ser det olika ut på de olika distrikten, hur är det fördelat?

- C) Om det är olika enheter på olika distrikt, gäller samma avtal då?
4. A) Vilka fler positioner i er organisation är med och tecknar avtal?
B) Kan de ute på distriktet vara med i diskussionen, varför/varför inte?
5. A) Erbjuder ni samma avtal till de entreprenörföretag som är anlitate av verksamheten?
B) Om ja, hur stor andel tackar ja till detta?

Nu kommer det två frågor som handlar om avtal och samarbete med företagshälsovården. Dessa frågor är uppbyggda på olika påståenden där du anger svaren i en femtalig skala, från i mycket hög grad, till inte alls. Frågorna kan även följas av följdfrågor.

1. När Er verksamhet upphandlar och sluter avtal med företagshälsovård, i vilken grad tillämpar ni följande?

Vi ställer uttryckliga krav på kvaliteten hos de upphandlande tjänsterna	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Om, vilka krav ställer ni och varför?					
Om inte, motivera ditt svar?					
Vi beskriver ingående våra behov av tjänster till fhv	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Om, vilka behov beskriver ni?					
Om inte, motivera ditt svar?					
Vi ställer krav på FHV-personalens kunskap om skogsbruk	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Om, vilka krav ställer ni och på vilken personal?					
Om inte, motivera ditt svar, bara viss personal? Varför?					
Vi upphandlar i priskonkurrens mellan olika FHV-enheter	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Motivera! Vad är viktigt i den priskonkurrensen?					
Vi prissförhandlar med endast en FHV-enhet	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Motivera!					
Vi för en ingående dialog med företagshälsovården under vår upphandling	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Om, med vilka i fhv för ni dialogen? Vad diskuteras?					
Om inte, motivera varför?					

2. Avseende er nuvarande företagshälsovård, i vilken grad stämmer följande påståenden?

Vi utvecklar de tjänster vi önskar tillsammans med företagshälsovården	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Om, på vilket sätt gör ni det? Inom vilka tjänster gör ni detta?					
Om inte, vad beror det på?					
Företagshälsovård är en form av konsulttjänst som vi använder vid behov	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Om, på vilket sätt använder ni det som konsulttjänst? Vilka professioner konsulteras mest? Inom vilka tjänster? Om inte, på vilket sätt använder ni er av fhv?					
Vår företagshälsovårdsenhet har personal med spetskompetens inom skogsbruk	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Om, vilken typ av spetskompetens? Om inte, tror ni att detta skulle behövas? I sådana fall vilken spetskompetens, va skulle den innehålla?					

Nu har vi tagit frågorna som riktar sig till avtal och samarbete med företagshälsovården och nu kommer fem frågor som är inriktade på vilka tjänster som upphandlas.

1. A) I era avtal, vilka positioner från er verksamhet har rätt att köpa tjänster av företagshälsovården?
B) Varför och hur utser man dessa positioner?

De två följande frågorna svaras utifrån en femskalig skala från köper mycket ofta till köper aldrig. Frågorna följs även av följdfrågor.

2. Vilka tjänster köper din verksamhet av företagshälsovården, och i vilken omfattning?

Problemlösande tjänster	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej
Om, vilka problemlösande tjänster? & varför? Om inte, vad beror det på? hur arbetar ni med det själva?						
<i>Konflikthantering</i>						
<i>Alkohol-/drogproblem</i>						

Medicinska/behandlande tjänster	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej
Om, vilka medicinska tjänster? Och varför? Om inte, vad beror det på? hur arbetar ni med det själva?						
<i>Läkarbesök</i>						
<i>Samtalsstöd</i>						
<i>Beteendeterapi (ex. Kbt)</i>						
<i>Sjukgymnastik</i>						
<i>Medicinska utredningar</i>						
<i>Stresshantering/avslappning</i>						

Rehabiliteringstjänster	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej
Om, vilka reha-tjänster och varför? Om inte, vad beror det på? hur löser arbetar ni med det?						
<i>Funktions- och arbetsförmågebedömningar</i>						
<i>Rehabiliteringsutredningar</i>						
<i>Konsultation vid anpassning av arbetsuppgifter/arbetsplats (t.ex. ergonomi)</i>						
<i>Åtgärder för att förebygga långtidssjukskrivning</i>						

Förebyggande tjänster	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej
Om, vilka förebyggande tjänster köper ni? Och varför? Om inte, vad beror det på? hur arbetar ni med det?						
<i>Hälsoundersökningar</i>						
<i>Friskvårdsaktiviteter</i>						
<i>Tekniska åtgärder/teknisk rådgivning</i>						
<i>Utbildning/information</i>						
<i>Ergonomisk bedömning</i>						
<i>Organisationsutredning/-utveckling</i>						
<i>Systematiskt arbetsmiljöarbete</i>						

3. När det gäller de **förbyggande tjänsterna** som ni köper, i hur stor omfattning riktar sig dessa till förebyggande arbete av:

(Om ni inte köper, hur arbetar ni med dessa frågor själva?)

Skogsmaskinens förarhytt (belastningsergonomi)	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej
Om , vad ingår i tjänsterna & är ni nöjda?						
Om inte, vad är orsaken? Hur arbetar ni med den frågan själva?						
Hand- och helkroppsvibrationer	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej
Om , vad ingår i tjänsterna & är ni nöjda?						
Om inte, vad beror det på? Hur arbetar ni med den frågan själva?						
Buller	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej
Om, vad ingår i tjänsterna & är ni nöjda?						
Om inte, vad beror det på? Hur arbetar ni med den frågan själva?						
Olyckshändelser som fallolyckor, förlorad kontroll av	Köper Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Köper inte	Vet ej

handverktyg.						
Om, vad ingår i tjänsterna & är ni nöjda?						
Om inte, vad beror det på? Hur arbetar ni med den frågan själva?						

4. A) Finns det andra tjänster som ni köper som vi inte nämnt?

B) I hur stor omfattning?

Nästa fråga ställs som ett påstående med en femtalig skala från i mycket hög grad till inte alls.

Frågan följs även av följdfråga.

1. Vi köper inte fler tjänster av företagshälsovården på grund av att?

Stämmer i...	I mycket hög grad	I ganska hög grad	Delvis	I ganska liten grad	Inte alls
Vi inte har ekonomi för att köpa fler tjänster					
Om, om ni hade bättre ekonomi, hade ni satsat mer på fhv? Vad hade ni satsat mer på?					
Vi anser oss inte behöva mer tjänster än vad vi köper utifrån vårt behov					
Motivera ditt svar.					
Vi kan lösa resterande behov internt					
Om, hur gör ni detta? Inom vilka områden? Om inte, motivera svaret					
Vi känner inte till företagshälsovårdens utbud tillräckligt bra för att köpa mer tjänster					
Om, vad beror det på? Om inte, hur har ni fått reda på utbudet?					
Vi som tecknar avtalen har inte tillräcklig kunskap om vad som behöver köpas in för att förbättra den egna verksamhetens arbetsmiljö					
Om, vad beror det på? Finns andra i verksamheten ni kan lära av? Om inte, hur har ni fått kunskapen?					
Finns någon annan orsak varför ni inte köper mer tjänster? ange vad:					

Nu kommer sista frågan.

1. Hur nöjda är ni i er verksamhet på det stora hela med er nuvarande företagshälsovård, mycket nöjda, ganska nöjda, delvis nöjda, knappast nöjda, inte alls nöjda.

Om ni är missnöjda, vad beror det på?

Tack för din medverkan!