

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Sjukgymnastförbundets remissvar på betänkandet (SOU 2007:91) Ny företagshälsovård - ny kunskapsförsörjning.

Sammanfattning

Kunskapsområdet

- professuren bör förläggas till ett universitet där utbildning i företagshälsovård bedrivs och ha en klar orientering mot ergonomi
- utbildningarna ska utgå från principerna i Bologna-processen och i framtiden är det viktigt att vissa delar i utbildningen görs gemensam för de olika professionerna
- för verksamhetsutvecklingen är förbindelselänken mellan forskning och de yrkesgrupper som arbetar inom företagshälsovården väsentlig
- ett sätt att stödja ämnesområdet är nätverk för forskarutbildning mellan de olika institutionerna - den professur och det program för forskning som föreslås i utredningen skulle då kunna initiera, utforma och stödja ett lämpligt nätverk inom kunskapsområdet
- för kunskapsområdet ergonomi är det av vikt att det skapas möjligheter för sjukgymnaster att gå vidare med forskning inom ergonomi
- forskningen bör också inriktas på det friska och studera friskfaktorerna i arbetslivet

Nämnden

- universitetsväsendet bör vara företrätt i den nämnd som föreslås underlätta systemväxlingen
- vidare anser vi det mycket angeläget att de yrkesgrupper som finns i företagshälsovården har jämbördig inblick i nämndens arbete

Möjligheter - kompetensen i företagshälsovården kan nyttjas mera rationellt

- arbetsgången kan inte längre vara upphängd på att läkarbesöket är det primära, sjukgymnaster och psykologer kan tillsammans med företagssköterskan vara primärinstans för de som tar kontakt med företagshälsovården
- sjukgymnaster är också mera tränade till att utifrån ett beteendevetenskapligt perspektiv se och vidareutveckla och stärka individers resurser
- sjukgymnaster är experter på funktionsbedömning och utifrån den kan göra en mer objektiv och individuell arbetsförmågebedömning där den försäkrades självskattning inte är så utslagsgivande - en rättsäker sjukskrivningsprocess kan komma till stånd först när den som är mest lämplig att intyga arbetsförmåga gör bedömningen

Risker - oklara ansvarsgränser

- begreppet arbetsrelaterad sjukvård har efterhand fört med sig att ansvaret för medicinsk rehabilitering luckrats upp och riskerar föra med sig samma negativa incitament som försäkringskassans särskilda medel
- öppningen för sjukvård inom företagshälsovården ger en möjlighet att överföra ännu mer av kostnaden för sjukvård på arbetsgivare (och staten) ifall sjukvårdshuvudmännen avstår från att medverka i finansieringen

Risker - huvuduppdraget tar stryk

- det är viktigt att ”primärvårdsrollen” håller en rimlig proportion i förhållande till arbetsmiljöuppdraget
- företagshälsovården behöver lokala nätverkskontakter dit man vid behov kan slussa patienter för utredning, utlåtande och/eller behandling
- nätverk är också betydelsefullt för att vid behov kunna lägga ut behandlingsarbetet för att uppnå balans mellan huvuduppdraget och hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Kunskapsområdet och kunskapsutvecklingen

Statskontoret¹ påpekade år 2001 bristen på utvärdering av de insatser företagshälsovården gör och mer allmänt på den svaga ställning forskning och utveckling har inom verksamheterna. Inte heller har samhällets forskningsresurser ägnat något större intresse åt den ”spretiga” verksamhet som företagshälsovården utgör. Den sjukvård som bedrivs har krav på sig att vara evidensbaserad men den övriga verksamheten är inte beforskad så vi vet egentligen inte vilka insatser som är meningsfulla, dvs. visar goda resultat. Med tanke på de samlade kostnaderna för sjukfrånvaron sedan dess har anmärkningsvärt litet hänt. Så här skrev Statskontoret:

”För att stimulera utvecklingen av nya och väl fungerande metoder behöver forskningen förstärkas och ett mer aktivt utvecklingsarbete initieras. Det gäller framförallt utvecklingen av metoder för prevention och rehabilitering, men även studier av företagshälsovårdens potential när det gäller att skapa arbetsplatser som bidrar till hälsa och utveckling för de anställda. Även forskning som tar fasta på implementering och utvärdering av olika arbetsmetoder och kvalitetssystem bör utvecklas genom samverkan mellan forskningsinstitutioner och företagshälsovårdscentraler.

¹ Utnyttja företagshälsovården bättre 2001: 29

Statskontoret pekar på en rad omständigheter som försvårar en utvärdering men konstaterar samtidigt att ett vetenskapligt grundat svar på om företagshälsovården är lönsam saknas. Vi har inte kommit svaret på den frågan närmare under de år som gått. I nu aktuellt betänkande konstateras följdriktigt att ”försörjningen av kunskap om och för företagshälsovården är starkt eftersatt”. Detta faktum gör det även svårt att definiera kunskapsområdet. I ett första skede bör därför området ringas in. Genom utredningens förslag tar staten ett större ansvar för kunskapsområdet och kunskapsutvecklingen. Det är på tiden!

Vi har i tidigare remissvar förordat att utbildningen överförs till universiteten. Företagshälsovården arbetar i multiprofessionella team. Det har varit en del av affärsidén och ett bärande argument visavi kunderna. Det är oklart exakt vilka professioner som ska utbildas inom universitet och högskola och vilken grundutbildning/behörighet som krävs. Är målgruppen densamma som de nio utbildningar som avtalades om för åren 2007 och 2008 (sid. 41)? Kraven på universiteten bör också preciseras. Det är viktigt att både kursledning och lärarna på utbildningarna har hög kompetens samt att både teoretiska och praktiska färdigheter finns representerade i lärarkåren.

Att en professur inrättas stärker kunskapsområdet och främjar kunskapsutvecklingen. Professuren bör rimligen förläggas till ett universitet där utbildning i företagshälsovård bedrivs och ha inriktning mot ergonomi. Vi förutsätter att företagshälsovårdsutbildningarna utgår från principerna i Bolognaprocessen. Det innebär att utbildningarna ska ligga på en avancerad nivå som ger formell behörighet till forskarutbildning. Det är därför en fördel om de ligger vid universitet som har examinationsrätt även på forskarutbildningsnivå.

För att underlätta övergången och stimulera kunskapsutvecklingen föreslås att en nämnd inrättas. Arbetsmarknadens parter, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och Socialstyrelsen föreslås bli representerade i nämnden. Om syftet är att underlätta infasningen i högskolan bör även den parten vara representerad.

Vidare anser vi det mycket angeläget att de yrkesgrupper som finns i företagshälsovården har jämbördig inblick i nämndens arbete. När det gäller de personalgrupper vars yrkesutövning regleras av LYHS anser vi att Socialstyrelsen bör ges en formell skyldighet att se till att dessa yrkesgrupper har likvärdig information om förhållanden som kan påverka yrkesgrupperna. Vi menar vidare att nämnden bör avvecklas först när en utvärdering av överföringen till högskolans reguljära kursutbud skett och en uppföljning av utbildningarnas gjorts.

Sjukgymnasterna har en fast förankring i branschen. I utredningen nämns enbart ergonomer - vi hävdar att de bör benämnas med yrkesidentiteten sjukgymnast alternativt sjukgymnast/ergonom.

För kunskapsområdet ergonomi är det av vikt att det skapas möjligheter för sjukgymnaster att gå vidare med forskning inom ergonomi. Det förutsätter då starka forskningsmiljöer som har möjlighet att härbärgera sådan forskning. Efter Arbetslivsinstitutets nedläggning är resurserna splittrade på flera enheter bland annat på de Arbets- och miljömedicinska klinikerna samt på Centrum för belastningsskadeforskning i Gävle. Ett sätt att stödja ämnesområdet kan vara att skapa nätverk för forskarutbildning mellan de olika institutionerna. Initiativ till sådant nätverk har redan tagits av berörda institutioner. Den professur och det program för forskning som föreslås i utredningen skulle då kunna initiera, utforma och stödja ett lämpligt nätverk inom kunskapsområdet.

För att stimulera till ett förebyggande och arbetsplatsinriktat utvecklingsarbete behöver professionerna, utöver grundutbildningen, kontinuerligt förse med ny kunskap och nya metoder. Den nya huvudmannen är tänkt att få i uppdrag att initiera insatser som främjar kunskap om och

för företagshälsovården. För en kontinuerlig verksamhetsutveckling är förbindelselänken mellan forskning och de yrkesgrupper som arbetar inom företagshälsovården väsentlig. För att på ett optimalt sätt ta tillvara de nätverk och den verksamhet som redan finns bör lämpligen även de arbets- och miljömedicinska klinikernas verksamhet uppmärksammas i detta sammanhang.

En viktig uppgift för företagshälsovården och forskningen har varit och är fortsättningsvis att spåra upp och undanröja orsaker till arbetsrelaterade sjukdomar (ej att förväxla med s.k. arbetsrelaterad sjukvård, se sid 6). Vi vill lyfta fram ytterligare två områden där forskning är angelägen. Det är dels att fokusera på det friska och studera de hälsofrämjande faktorerna, dels småföretagares syn på företagshälsovården. Med bättre kunskap om vad som bidrar till en hälsosam arbetsplats där sjukfrånvaron är låg ges också bättre förutsättningar att undanröja ”sjukfaktorer” och förbättra arbetsmiljön. Vi vet att anslutningen till företagshälsovård är lägst bland småföretagare samtidigt som sjukfrånvaron är låg. Hög anslutning finns inom de kommunala verksamheterna men där är sjukfrånvaron hög, särskilt inom vårdsektorn. Vid en ytlig betraktelse kan inte slutsatsen dras att tillgång till företagshälsovård förbättrar hälsoläget, snarare tvärtom! Vad motiverar en småföretagare att ordna så att de anställda får tillgång till företagshälsovård och vad kan de kommunala verksamheterna lära av småföretagen?

Att tydliggöra det gemensamma uppdraget för företagshälsovården är angeläget. I nuläget har varje profession haft egna utbildningar. Inför framtiden är det viktigt att vissa delar i utbildningen görs gemensamma för de olika professionerna. I utredningen nämns att en introduktionsutbildning skulle kunna utvecklas inom ramen för den treåriga utbildningssatsningen. Det är en god tanke, men det behövs gemensamma delar i utbildningen även i ett senare skede då varje yrkesgrupp har fått fördjupade ämneskunskaper inom sitt område som de kan tillämpa i teamet. Ett exempel på lämpligt område för sådana övningar kan vara arbetsförmåga/rehabilitering. Enligt utredningens förslag kommer de olika utbildningarna spridas ut på olika universitet/högskolor, därför är det extra viktigt att den nämnd som planeras övervakar möjligheter till obligatoriska, tvärprofessionella utbildningsinslag som är mer än bara introduktion.

Personalförsörjning

Statskontoret² konstaterade redan 2001 att företagshälsovården stod inför ett omfattande rekryteringsbehov på grund av förestående pensionsavgångar. Läget har knappast förbättrats!

Då företagshälsovården förmodas växa mycket under de kommande åren är det viktigt att säkerställa rekryteringsunderlaget av kompetenta och intresserade medarbetare. Intresse för området kan väckas på grundutbildningen. Företagshälsovård och arbetsmedicin är svagt förankrad i grundutbildningen för läkare, sjukgymnaster m.fl. yrkesgrupper. Snarare är det så att förankringen blivit allt svagare med åren. För att väcka intresse och kunskap om området vore en starkare koppling till ämnet på grundutbildningen påkallad. Detta kan ske genom kopplingar mellan de Arbets- och miljömedicinska klinikerna och grundutbildningen, men även genom att företagshälsovården stimuleras till att ta emot sjukgymnaststudenter under praktikperioderna

De yrkeskategorier som har den högsta medelåldern och där personalförsörjningen är akut och blir svår att lösa är läkare och sköterskor. Av tradition har företagshälsovårdens stomme varit företagsläkaren och företagssköterskan, vilket också riskerar medföra en medicinsk slagsida. Skall intentionerna att branschen ska växa ha en chans att infrias kan inte verksamheten längre i så hög utsträckning centreras kring en eller två yrkesgrupper. Socialstyrelsen har gjort bedömningen att den inhemska utbildningen av läkare inte räcker till för att fylla behoven inom de närmaste 15 åren. Vår uppfattning är att den självklara lösningen på främst läkarbristen är att andra yrkesgrupper får ta ett mer direkt ansvar för verksamheten. Att nyttja kompetenserna bättre

² Utnyttja företagshälsovården bättre 2001: 29

måste gälla över hela hälso- och sjukvården inklusive företagshälsovården. Arbetsgången kan inte längre vara upphängd på att läkarbesöket är det fundamentala. Det är inte hälsoekonomiskt försvarbart! Sjukgymnaster och psykologer kan tillsammans med företagssköterskan vara primärinstans för de som tar kontakt med företagshälsovården.

Förbättrad sjukskrivningsprocess

Utredningens förslag motiveras i stor utsträckning utifrån syftet att företagshälsovården ska bli en avgörande länk i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det som främst har varit svårt för läkare att bedöma är ospecifik värk och psykisk ohälsa. I regel har bara symtomdiagnoser angivits på intyget till försäkringskassan. Det är även dessa diagnoser som står för merparten av sjukförsäkringens kostnader. Vid socialstyrelsens tillsyn av hur läkare i olika verksamheter sköter sjukskrivningsprocessen visade det sig att företagsläkare inte var nämnvärt bättre än läkare i andra verksamheter.

Läkare är utbildade till att diagnostisera och behandla sjukdom. Att på begränsad tid och utan kunskap om individens arbetsplats bedöma arbetsförmågan blir som ett skott från höften. Lägg därtill att läkaren generellt inte har kompetens att utifrån en ICD 10 diagnos bedöma arbetsförmågan. En grundtanke med en förstärkt företagshälsovård är att den ska vara en resurs vid bedömning av arbetsförmåga. Här kan sjukgymnaster spela en nyckelroll eftersom de är experter på funktionsbedömning och utifrån den kan göra en mer objektiv och individuell arbetsförmågebedömning där den försäkrades självskattning inte avgör bedömningen.

Inom företagshälsovården finns särskilda förutsättningar att värdera en enskild individs funktionsbegränsning i relation till dennes arbetsuppgifter. Genom kombinationen kompetens och möjligheter att göra arbetsplatsbesök kan olämpliga arbetsuppgifter utmönstras. Det handlar ofta om att undanröja stressorer och belastningsfaktorer parallellt med att individens förmågor mobiliseras. Därmed kan arbetsplatsen bättre utformas med hänsyn till den enskildes arbetsförmåga. Däri ligger styrkan hos företagshälsovården.

Sjukgymnaster har genom sin grundutbildning en unik kunskap att bedöma individers funktion och aktivitetsnedsättning enligt den struktur som försäkringskassan efterfrågar (ICF strukturen). Sjukgymnaster är också alltmer skolade plus tränade till att utifrån ett beteendevetenskapligt perspektiv se och vidareutveckla och stärka individers resurser, vilket är viktigt i rehabiliterings-situationen. Efter vidareutbildning inom ergonomi och med en nära relation till arbetsplatserna får sjukgymnasten också en kunskap om arbetets krav. Sammantaget ger detta en unik möjlighet att bedöma individers arbetsförmåga och aktivitetsbegränsning i relation till olika arbetsuppgifter. Arbetsförmågebedömningen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen görs bäst tillsammans med individen, arbetsplatsen, och det övriga teamet plus deras nätverkskontakter. Detta kräver en samsyn och en kunskap om varandras kompetenser inom teamet. De yrkesgrupper som ingår i teamet har också goda arbetsmässiga förutsättningar att lära av varandra. Lokala nätverks-kontakter behövs också för den medicinska rehabiliteringen så att företagshälsovården vid behov kan slussa patienter till externa vårdproducenter.

En förutsättning för en rationellt och effektivt fungerande sjukskrivningsprocess kan komma till stånd är att den som är mest lämplig att intyga arbetsförmåga också kan göra det formellt. Idag sköts ofta den arbetsuppgiften helt eller delvis av sjukgymnaster inom företagshälsovården. Därefter måste en läkare sätta sin namnteckning på intyget. Det är en förlegad ordning!

Tre ben

Huvuduppdraget är även fortsättningsvis det arbetsmiljöförebyggande arbetet. Om de olika vårprofessionerna inom företagshälsovården med kunskap om arbetshälsa också kan ge första linjens hälso- och sjukvårdande insatser ser vi det som positivt. Förmågan att lyfta individens frågor till arbetsplatsen är en mycket god väg in i företag/organisationer för att där motivera till

arbetsmiljöinsatser. Det är dock viktigt att ”primärvårdsrollen” håller en rimlig proportion i förhållande till arbetsmiljöuppdraget.

Det nya uppdraget innebär en potentiell expansion av verksamheten och då behövs rekrytering av nya sjukgymnaster. Många av dessa kommer komma med gedigen kunskap av terapeutisk diagnostisering och behandling på individnivå. Detsamma kan gälla för de andra yrkesgrupperna. Det finns en risk att det individinriktade arbetet kommer ta en alltför stor del av resurserna. Här gäller det att med hjälp av förbättringsarbete/innovationer finna smartare former för logistik.

Tidigare nämnda nätverk är också betydelsefullt för att vid behov kunna lägga ut behandlingsarbetet för att uppnå balans mellan huvuduppdraget och sjukvårdsuppdraget. Detta nätverk ska bestå av kliniker som specialiserat sig inom olika områden. Vi förutsätter att vissa sjukvårdshuvudmäns restriktioner tas bort och att företagshälsovården vid behov åter får tillgång till offentligt finansierade kliniker, t.ex. för laboratorie- och röntgenundersökningar.

För att erbjuda en mångfald av spetskompetenser kan sjukgymnaster/ergonomer inom företagshälsovård, utöver generalistkompetensen, specialisera sig inom vissa områden. Att vara specialist inom flera områden är, med den snabba och omfattande kunskapstillväxt som sker idag inom ämnet sjukgymnastik, ett orimligt uppdrag. Därav behovet av nätverk.

Utredningens förslag att företagshälsovården blir en primärvårdsinrättning bygger på förhoppningen att landstingen, staten och arbetsgivarna delar på kostnaden för den sjukvård de anställda får. Parterna ställer sig säkert positiva till sjukvårdsinslaget och detsamma gäller staten som får en aktör som mer aktivt bör kunna förhindra inflödet i sjukförsäkringen. Vi är dock mera tveksamma till i vilken utsträckning de enskilda sjukvårdshuvudmännen är beredda att finansiera sjukvårdsverksamheten. Formellt ligger idag ansvaret för sjukvårdsinsatser, inkl. medicinsk rehabilitering, på sjukvårdshuvudmännen. Samtidigt har den uttalade politiska målsättningen varit att företagshälsovården inte ska ägna sig åt sjukvård. Bristande tillgänglighet till den offentliga vården har dock skapat en marknad för företagshälsovården att inkludera sjukvårdstjänster i avtalen med arbetsgivare. Ett säljargument har varit att lansera tjänsten som ”arbetsrelaterad sjukvård”, en sjukvård som på något oklart sätt anses ingå i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Med arbetsrelaterad sjukvård menas då inte de mera uppenbara sambanden som arbetsplatsolyckor utan tvärtom, de mera oklara sambanden t.ex. besvär från rörelseorganen, stress, psykosomatiska besvär och lättare psykisk ohälsa.

Försäkringskassan hade från år 1990 fram till idag särskilda medel för att köpa rehabiliteringstjänster. Från början var det 500 miljoner per år men de senaste åren har storleksordningen varit en knapp miljard per år för köp av tjänster. Tanken var att genom att köpa dels utredningar, dels aktiva rehabiliteringsåtgärder underlätta återgång i arbete. Tjänsterna skulle vara av arbetslivsinriktad karaktär, inte av medicinsk karaktär. De köpta tjänsterna blev dock en blandning av de insatser sjukvården och arbetsgivarna borde vidtagit i ett långt tidigare skede. Istället för incitament att vidta åtgärder fick de skäl att avvakta!

Riksförsäkringsverket pekade redan efter ett år på vissa problem i gränsdragningen mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering och på effekten att landstinget eftersträvade att försäkringskassan stod för sådana behandlingar som landstinget självt tidigare bekostat³.

Försäkringskassans köp av tjänsterna blev av först efter månader eller år av sjukskrivning. De särskilda medlen fick en starkt negativ effekt och det är oförståeligt att de inte slopades långt tidigare. Ansvarsstrukturen suddades ut och sjukvårdshuvudmännens och arbetsgivarnas

³ RFV Anser 1991:19 s. 24.

kostnadsansvar för medicinsk respektive arbetslivsinriktad rehabilitering blev alltmer urholkad. Vi ser en risk att detta upprepas.

Inte bara sammanblandningen av medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering har lett till urholkat ansvar. Begreppet arbetsrelaterad sjukvård har efterhand fört med sig att ansvaret för medicinsk rehabilitering luckrats upp, vilket inte sjukvårdshuvudmännen haft något emot, tvärtom. Det ligger inom den allmänna hälso- och sjukvårdens ansvar att ombesörja vård och behandling av personer som drabbats av arbetsrelaterade sjukdomar som silikos, exponering för gifter osv. men även arbetsplatsolyckor som fall från byggnadsställning, skärskador m.m. Arbetsrelaterad sjukvård, som syftar på besvär av mera oklara samband än de ovan, riskerar föra med sig samma negativa incitament som försäkringskassans särskilda medel.

Vi ser både en möjlighet men också en risk med förslaget om en första linjens sjukvård. Även om trycket att vara ”politiskt korrekt” är stort på sjukvårdshuvudmännen ger öppningen för sjukvård inom företagshälsovården en möjlighet att överföra ännu mer av kostnaden för sjukvård på arbetsgivare (och staten) ifall de avstår från att medverka i finansieringen. Det kan leda till ett dividerande om vem som har ansvar för att göra vad och, i förlängningen, försenade åtgärder. Att nyordningen inte får samma negativa effekter som de nu, sent omsider, slopade särskilda medlen bör följas noga och från scratch.

LEGITIMERADE SJUKGYMNASTERS RIKSFÖRBUND

Anna Hertting
Förbundsordförande

Sven-Erik Skoogh
Utredare