

# Behövs företagsläkarna i arbetsmiljöarbetet?

**Förbättras kvaliteten i företagshälsovården genom utarmning av det medicinska innehållet? Finns det skäl för staten att styra innehållet i en verksamhet som man tagit händerna från och överlämnat till de fria marknadskrafterna? Behovet av en genomtänkt strategi för företagshälsovården är större än någonsin tidigare, men även den senaste regeringspropositionen blev en besvikelse.**

Företagshälsovården (FHV) har under de senaste decennierna varit föremål för flera utredningar, promemorior och betänkanden, och nyligen behandlades regeringspropositionen Företagshälsovård [1, 2, 3]. FHV är ett samlingsbegrepp för en rad vitt skiftande verksamheter med mycket varierande förutsättningar, och i någon mening kan beteckningen FHV närmast sägas utgöra ett varumärke eller en kvalitetsstämpel [4].

I propositionen föreslås en definition av FHV, där såväl renodlingen av verksamheten (arbetsmiljö och rehabilitering, men inte sjukvård) som oberoendet i förhållande till arbetsgivare och arbetstagar betonas [3]. I promemorian som föregick propositionen konstaterar man (sidan 30) att »det kan inte undvikas att även vissa sjukvårdande insatser förekommer» [2].

Syftet med definitionen är att stärka verksamhetens legitimitet, och regeringen anser även att en definition kommer att underlätta bedömningen av om ett vårdinstitut inte tillhandahåller företagshälsovård även om de arbetar under denna beteckning. I en kommentar till propositionen frågar sig ordföranden i

Företagsläkarföreningen hur man egentligen kan renodla en verksamhet som i sig är multidisciplinär [5].

## Från guldålder till stagnation

Under 1980- och det tidiga 1990-talet upplevde FHV sin stora blomstrings-tid. Nästan 90 procent av alla fast anställda var anslutna till FHV som drevs av 10 000 hälsovårdare, varav 1 400 läkare [6]. Det fanns goda förutsättningar att bedriva epidemiologiska studier och arbeta utifrån både samhällsperspektiv och det individuella företagets behov. FHV kunde göra hälsokontroller och statistiska kartläggningar för att finna de svaga länkarna; man kunde studera ohälsa ur ett organisatoriskt perspektiv.

1992 tog den borgerliga regeringen beslutet om att upphäva det generella statsbidraget på en miljard kronor till FHV. Samma år sade SAF ensidigt upp det centrala arbetsmiljöavtalet inom privata sektorn. En del branschvisa avtal slöts, men SAF hade gjort bedömningen att många företag inte längre kunde leva upp till de tvingande delarna i det centrala arbetsmiljöavtalet.

De sammantagna effekterna blev att FHV minskade sin omsättning och antalet anställda med 25–30 procent [6]. Läkares, sjuksköterskors och skyddsingenjörers andel av personalstyrkan har därefter fortsatt att minska. Antalet läkare inom FHV har mer än halverats under den senaste tioårsperioden, och idag finns omkring 550 aktiva företagsläkare [7].

## Fel tjänster efterfrågas

Fortfarande finns anställningslagar och andra regelverk, till exempel Arbetsmiljölagen och utredningsansvaret, som ställer krav på företagens personalvård. Det finns även en efterfrågan på funktionsbedömningar av anställda, utredningar av arbetsrelaterade skador och allmän medicinsk rådgivning vid ombyggnationer, investeringar i ny teknik etc.

Många läkare inom FHV upplever att arbetsgivarna inte efterfrågar de tjänster som de borde, dvs rehabiliteringsutredningar, utbildningar, arbetsplatsinspektioner eller riktade hälso-

*”Hälso- och sjukvårdsdelen får allt svårare att hävda sig, företagsläkarutbildningen försvåras, nationella taxan föreslås upphöra och en avgränsande definition införs. Finns det en strategi bakom det hela, och vilken är i så fall denna?”*

kontroller [4]. Ofta inhandlar de i stället pliktskyldigast generella hälsokontroller av tveksamt värde och de billigare »stycktjänster» som också tillhandahålls av andra yrkeskategorier.

»Enkel behovstillfredsställelse» kan vara det enda sättet för en FHV-entreprenör att hantera sin överlevnad i en bransch där det är svårt att få vettigt betalt för mer ambitiösa tjänster. Den minst kvalificerade företagshälsovården köps där resurserna är små, och där arbetsmiljöproblemen många gånger är störst.

Nya siffror visar att sjukfrånvaron ökat det senaste året [8], och på de mindre arbetsplatserna med 1–5 anställda är ökningen nästan sju gånger större än på de största arbetsplatserna. Detta skulle kunna vara en signal om att det är just här som arbetsmiljöproblemen växer [9]. Å andra sidan ingår inte siffror från de offentliga arbetsgivarna i RFVs material, och i den sektorn vet vi, genom bland andra Yrkesinspektionen, att arbetsmiljön är dålig på många stora arbetsplatser.

## Läkarnas närhet viktig

De minskade uppköpen av individriktad sjukvård kritiserar naturligtvis av många läkare, och då främst av dem som etablerat en kontinuitet inom ett eller flera företag – oftast i helt eller delvis inbyggda FHV-enheter. Många av våra medicinska problem är kopplade till arbetsplatsen, och med företagsläkarens närhet till och kunskap om den

## Författare

PER ROSÉN

STEFAN JENDTEG

båda projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund.

aktuella arbetsmiljön är det också lättare att både åtgärda hälsoproblemen och förebygga att de återkommer.

Bedömning av remitterings- och sjukskrivningsbehov underlättas då personkännedom finns, liksom även olika arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser [10]. Dialogen är viktig och motverkar slentrianmässig sjukskrivning.

En lokal FHV kan dessutom ge snabbare arbetslivs Anpassning. Tidiga åtgärder är bäst, och möjligheterna att åtgärda minskar drastiskt med tiden. De externa FHV-enheterna har många gånger större bredd i tjänsteutbudet och kan ge impulser utifrån, medan de inbyggda har sin företagskunskap och därmed möjligheter att erbjuda en annan kontinuitet.

## Inre konflikter

Just i fråga om läkarrollen finns en stor splittring, både bland företagsläkare och inom FHV i stort, naturligtvis delvis beroende på att förutsättningarna för den medicinska verksamheten kringskurits [4]. Läkare på FHV-centraler kan känna sig direkt motarbetade av ledningen, som hävdar att läkare är för dyra att använda i kundkontakterna och i ledningsgruppen. Av samma anledning strävar centralerna ibland efter att i större utsträckning saluföra de andra professionernas tjänster.

En viss animositet kan förekomma mellan företagsläkarna och enhetscheferna. Båda kategorierna har kritiserats ur ett managementperspektiv, och konflikten har en lång tradition – de förra har utmanat ordningen genom att inte alltid begränsa sin auktoritet till det medicinska området, medan de administrativa cheferna tidigare inte alltid haft den rätta kompetensen.

## Olika departement

Det är främst de centrala regelverken som styr i arbetsmiljöfrågorna. Staten står för regelverket, främst bestämmelserna om internkontroll i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrift och i Arbetsmiljölagen. Historiskt sett har FHV varit en fråga som handlagts av både Social- och Arbetsmarknadsdepartemen-

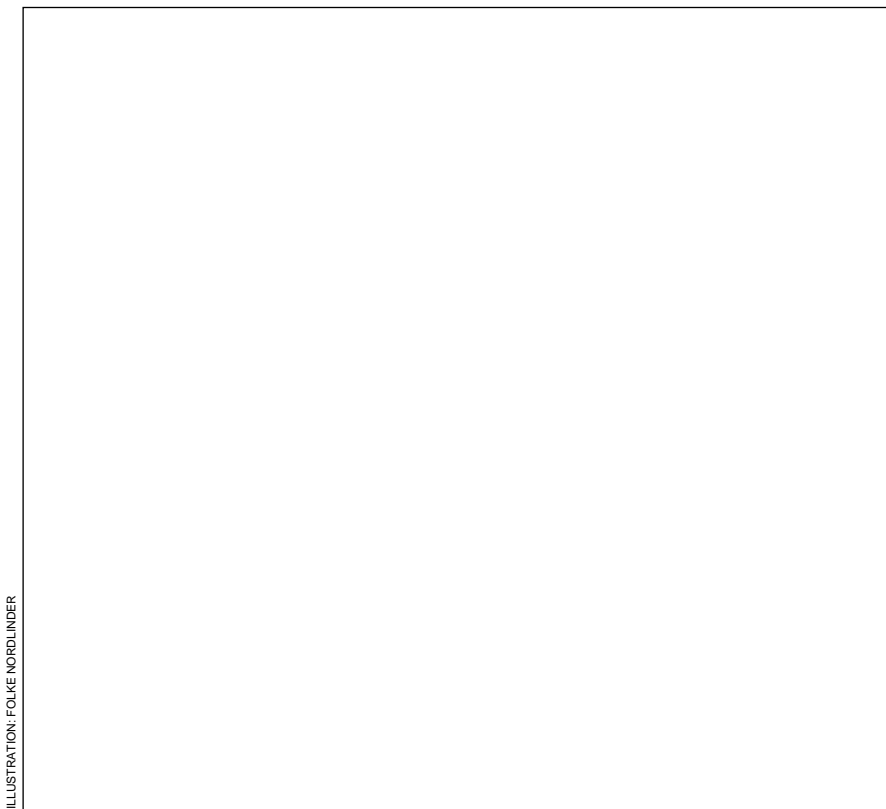


ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

ten (numera Näringsdepartementet) och tidvis även Jordbruksdepartementet.

Idag tycks man på Socialdepartementet bedöma FHV som främst en angelägenhet för Näringsdepartementet – FHV betraktas mer som en arbetslivs- än en sjukvårdsfråga. I ett större perspektiv är det dock så att Socialdepartementet har hand om nationella taxan, vilket innebär att man indirekt bestämmer andelen hälso- och sjukvård. Man ansvarar dessutom för sjukförsäkringen och förtidspensionerna.

## Specialistutbildningen försvåras

Arbetslivsinstitutet bedriver idag en nioveckors specialistutbildning i arbetsmedicin och arbetsvetenskap för FHV-personal. Socialstyrelsens nya regler för specialistbehörighet kräver bland annat speciell handledning och sidoutbildning inom yrkesmedicin, vil-

**Dialogen** är viktig och motverkar slentrianmässig sjukskrivning.

ket idag inte går att tillgodose praktiskt [11].

Socialstyrelsen vill inte medverka till att införa undantagsregler, utan där hänvisar man i stället till att företagen inte vill tillhandahålla handledare. Förhållandena försvåras naturligtvis av att man i den politiska diskussionen ständigt påpekar att FHV:s medicinska innehåll bör begränsas.

Detta sker samtidigt som bristen på nya företagsläkare börjar bli allt tydligare. Medelåldern bland dagens företagsläkare ligger kring sextio år, och om några år beräknas en brist på 200 företagsläkare ha uppkommit [5, 12].

Arbetslivsinstitutet ser som sin uppgift – självdefinierad eftersom egenfinansierad – att erbjuda utbildning kring arbetsrelaterad ohälsa, mer ur ett folkhälso- än ett marknadsperspektiv. Många studerande efterlyser ett mer ef-

terfrågeanpassat innehåll i undervisningen (sådan som går att sälja på en fri hälsomarknad), och denna konflikt illustrerar kanske tydligare än något annat FHV:s dubbla identitet och brist på samsyn.

Institutets uppdrag vad gäller utbildningen är fortfarande oklart. Såväl finansieringen av specialistutbildningen som ansvarsfrågan och organisationen av verksamheten är frågor som man från regeringshåll ännu inte funnit anledning att behandla [7].

### Vad är statens strategi

FHV har genomgått stora strukturförändringar under senare år. Antalet läkare, sjuksköterskor och skyddsingenjörer har minskat, men andra yrkesgrupper som beteendevetare och friskvårdskonsulter har ökat [1].

Det är svårt att förstå statens engagemang i frågan om renodling av FHV idag då statsbidraget upphört. Häls- och sjukvårdsdelen får allt svårare att hävda sig, företagsläkarutbildningen försvåras, nationella taxan föreslås upphöra och en avgränsande definition införs. Finns det en strategi bakom det hela, och vilken är i så fall denna?

En målkonflikt är att i princip alla de centrala aktörerna vill renodla FHV:s verksamhet mot arbetsmiljö och rehabilitering, medan lokala arbetsgivare och anställda ofta vill behålla den kritiserade sjukvårdsdelen [13]. Det är samtidigt en kostnadsfråga eftersom läkartjänsterna är dyrare än det övriga FHV-utbudet.

Denna avvägning mellan pris och efterfrågan kan tyckas vara en ren marknadsfråga, men det är samtidigt noterbart att det finns ett politiskt tryck som inte minst påverkar marknadsföringen av de medicinska tjänsterna negativt. Två frågor som väcks med anledning av detta gäller dels vilka statens motiv är för att styra FHV:s verksamhetsinnehåll i denna riktning, och dels om denna styrning är förenlig med den fria marknadens villkor [12].

### Vilken roll skall FHV spela?

Framför allt råder oklarhet kring folkhälsoarbetets roll och hur stort in-

flytande marknadskrafterna lämpligen bör ha. Skapar FHV främst företags- eller samhällsekonomiska vinster, och vilken typ av finansiering skapar bäst förutsättningar för en god arbetsmiljö och minskad ohälsa bland personalen? Detta påverkar i sin tur verksamhetens inre förutsättningar.

Det är utvecklande med marknadens krav, och tryggt med statens skydd, men på vilket sätt har det ökade inslaget av marknadskrafterna påverkat FHV:s kvalitet? Är försäljningen av »stycktjänster» och generella hälsokontroller effektiva ur företagets perspektiv, och hur garanteras folkhälsoperspektivet och hälsoskyddet för de mest utsatta grupperna?

Problemet rymmer både en ekonomisk och en etisk dimension. Vilka är de största hälsobehoven, och riktar sig FHV mot dessa? Dessa frågor är fortfarande obesvarade, regeringspropositionen till trots. För företagsläkarna gäller det därför framför allt att försöka överleva nästa utredning, och kanske kan man rent av flytta fram positionerna?

### Litteratur

1. Statskontoret. Företagshälsovården idag. Stockholm: Statskontoret, 1997. Rapport 1997:2.
2. Arbetsmarknadsdepartementet. Företagshälsovård – en resurs i samhället, Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet, 1998. Ds 1998:17.
3. Företagshälsovård. Stockholm: Näringsdepartementet, 1999. Proposition 1998/99:120.
4. Rosén P, Jendteg S. Företagshälsovården i framtiden – förutsättningar, mål och medel. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi, 1999. IHE Arbetsrapport 1999:4.
5. Johnny Johnsson, SFLFs ordförande: Proposition om företagshälsovården löser inte problemen. Läkartidningen 1999; 96: 2572.
6. Statskontoret. Företagshälsovård utan statsbidrag. Stockholm: Statskontoret, 1994. Rapport 1994:17.
7. Anna Filipsson Ny specialistutbildning och nya utmaningar för företagsläkarna. Läkartidningen 1999; 96: 1931.
8. Sjukskrivningarna ökar – men från en historiskt låg nivå. rfv.se 1999; 1: 16-17.
9. Sjukfrånvaron fortsätter upp. Ökar mest i små företag. SAF-tidningen Näringsliv 1999; 10.
10. Jan Weibring, företagsläkare i pappers-

bruksmiljö: En suverän spelplan nära patienterna. Läkartidningen 1998; 95: 1978-80.

11. Utbildningsstopp. Företagsläkare kan inte få ut specialistbevis. Dagens Medicin 1999; 13/14: 17.
12. Inför företagsläkarföreningens årsmöte. Behoven större än någonsin men vem ska stå för notan? Läkartidningen 1998; 95: 1983-4.
13. Sjuk- och arbetsskadekommittén. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Stockholm: Socialdepartementet, 1996. SOU 1996:113.