



## Status og debatoplæg

### De arbejdsmedicinske klinikker – status og udfordringer

LO's konference 15. december 2011  
LO-Huset, Islands Brygge 32, København S.

#### Indholdsfortegnelse

1.	Baggrund og mål for konferencen .....	2
2.	Klinikkernes økonomi .....	2
3.	Forskning .....	3
4.	Henvisningsretten og anmeldelse af arbejdsskader .....	4
5.	Rådgivende kontaktudvalg og samspillet med parterne .....	4
6.	Fordele ved større enheder og centralisering .....	5
7.	Aktuelle udfordringer og prioriteringer – i sundhedsfremme mv. ....	6
8.	Data om de arbejdsmedicinske klinikker – LO's rundringning.....	8
9.	To forslag fra LO om udvidelse af de arbejdsmedicinske klinikkers virke .....	10
Bilag 1:	.....	13
Bilag 2:	.....	15
Bilag 3:	.....	17

## **1. Baggrund og mål for konferencen**

LO-fagbevægelsens interesse for de arbejdsmedicinske klinikker går helt tilbage til klinikernes etablering for årtier siden.

Fordelene ved at samarbejde med klinikkerne har blandt andet vist sig, når fagbevægelsen advokerer for de arbejdsskadedes rettigheder, og når der skal sættes fokus på såvel kendte som nye påvirkninger i arbejdsmiljøet.

Konferencen er den fjerde som LO afholder siden strukturreformen blev gennemført i 2007 – en reform som har udfordret klinikkerne i forhold til økonomi og opgaver. (Se bilag 1, for udvalgte temaer fra tidligere konferencer).

LO ønsker gennem konferencens oplæg og debat at bidrage til et overblik over de arbejdsmedicinske klinikkers situation. Det gælder varetagelsen af de oprindelige ”kerneopgaver” med forebyggelse, forskning og støtte til de arbejdsskadede, men også en perspektivering af klinikernes samspil med nye samfundsmæssige og socialmedicinske udfordringer.

Alt sammen fordi LO-fagbevægelsen ønsker at klinikkerne opnår en solid forankring i regionerne og at det sker i et tæt samspil med de aktører som i øvrigt er sat til at klare udfordringerne i arbejdsmiljøet, arbejdsfastholdelse og sundhedsfremme mv.

LO ønsker samtidig at gøre opmærksom på fagbevægelsens lokale og regionale opgaver med at påvirke udviklingen, så der skabes rammer for et godt samarbejde med klinikkerne i den regionale struktur.

Status og debatoplægget bygger på et koncentrat af de 3 tidligere konferencer samt en aktuel status på baggrund af en LO-rundringning til klinikkerne. Status skal tages med et vist forbehold, idet der løbende sker ændringer, og fordi LO har ikke haft mulighed for at indhente fuldstændigt sammenlignelige data fra de enkelte klinikker. Såfremt der er forhold som bør korrigeres ønsker vi at de kommer frem på konferencen.

Konferencen henvender sig til arbejdsmedicinsk interesserede i LO-fagbevægelsen.

LO har desuden – med udgangspunkt i Erhvervssygdomsudvalget – inviteret følgende samarbejdspartnere til at deltage som gæster: Dansk Arbejdsgiverforening, Kommunernes Landsforening/Danske Regioner og FTF.

## **2. Klinikernes økonomi**

Grundlaget for klinikernes økonomi kan opdeles i 3 elementer:

- Diagnose Relateret Grupper (DRG)
- Evt. honorering af speciallægeerklæringer
- Forskningsmidler

De kliniske udredninger udgør basis i klinikernes økonomi, idet de udløser en honorering kaldet DRG (Diagnose Relateret Gruppe), som er et bestemt beløb klinikkerne får fra regionen pr. undersøgelse. Ser man færre patienter, får man altså et mindre økonomiske råderum for sine aktiviteter.

DRG og forskningsbevillinger kan være meget svingende, hvilket vanskeliggør budget- og aktivitetsplanlægningen i klinikkerne.

Speciallægeerklæringer som klinikkerne udarbejder på bestilling udløser ikke DRG. 80 pct. af disse speciallægeerklæringer vurderes at være finansieret af bestillinger fra arbejdsskadeerstatningssystemet. Der er forskel fra klinik til klinik på, om honoreringen af erklæringerne tilgår klinikernes drift eller ej.

Forskningsmidlerne beror på, om klinikkerne lykkes med at byde ind med ansøgninger til fx Den Strategiske Arbejdsmiljøforskningsfond. Forskningsmidlerne udgør en betydelig del af flere klinikkers samlede økonomi.

*Udfordringer og muligheder:*

- Er der tilstrækkelig synliggørelse og honorering af de opgaver som klinikkerne påtager sig, når det gælder forebyggelse, fastholdelse og forskning, og sundhedsfremme mv.?
- Skal klinikkerne honoreres for deres samspil med lokale aktører - fx virksomhederne og arbejdsmiljøorganisationen?
- Skal klinikkerne have bedre muligheder for økonomisk og opgavemæssigt samspil med "centrale" aktører som fx Forebyggelsesfonden og Branchearbejdsmiljørådene?

### **3. Forskning**

Den rundringning som LO har foretaget viser, at klinikkerne har meget forskellige forskningsområder, men at de også samarbejder på tværs af klinikkerne om fælles forskningsprojekter.

Desuden har flere af klinikkerne eksterne samarbejdspartnere som fx Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og/eller udenlandske samarbejdspartnere.

Klinikkernes særlige forskningsområder er meget afhængige af de specialer som de ansatte har, fx om de ansatte er speciallæger inden for bestemte områder, eller psykologer.

Det er også meget forskelligt, hvor mange Ph.d.-studerende de enkelte klinikker har.

*Udfordringer og muligheder:*

- Er der en fornuftig balance imellem den forskning som retter sig mod primær forebyggelse og den som retter sig mod sekundær forebyggelse?
- Har forskningen tilstrækkeligt fokus på målgruppens uddannelsesmæssige og sociale baggrund, køn og alder?
- Har forskningen for meget fokus på individuelle sundhedsforhold?
- Har forskningen tilstrækkeligt fokus på forebyggelsespotentialerne i arbejdspladsens kultur?
- Sikres der nationalt og regionalt en tilstrækkelig nyttiggørelse af forskningsresultaterne?

#### **4. Henvisningsretten og anmeldelse af arbejdsskader**

Regionerne er ikke lovgivningsmæssigt forpligtet til at have en åben henvisningsret til klinikkerne for fagforeninger m.fl.

Situationen er imidlertid den, at alle regioner efter reformen har givet fagforeningerne henvisningsret til klinikkerne.

Det er et rigtig godt resultat som er til stor gavn for fagbevægelsens medlemmer. Det gælder både forebyggelsen og opbakningen i sager om kompensation og rehabilitering ved arbejdsskader.

Det svinger meget fra klinik til klinik, hvor stor en procentdel af henvisningerne der kommer fra fagforeningerne.

I Århus er andelen af henvisninger fra fagforeninger helt oppe på 17-20 pct., som dog er en smule faldende. Til sammenligning kommer kun 8 pct. af henvisningerne fra fagforeninger i Region Syddanmark, dette kan bl.a. forklares ved, at henvisningsretten er af nyere dato, hvorfor den måske endnu ikke er helt så udbredt

Den åbne henvisningsret er imidlertid fortsat vigtig, fordi det stadig ikke er alle læger der er lige fagligt opdaterede, hvad angår arbejdsmedicin. Læger og tandlæger har ifølge loven pligt til at anmelde såvel konkrete tilfælde som mistanke om erhvervssygdomme. Den manglende viden kan betyde, at lægerne ikke altid får henvist til de arbejdsmedicinske klinikker eller anmeldt erhvervssygdomme, hvor det har en relevans.<sup>1</sup>

Også tidligere har der været stor forskel på, i hvilket omfang fagforeningerne anvender deres henvisningsret til klinikkerne. Forskellen kan forklares ved, om fagforeningerne vælger at sende medlemmerne videre til en praktiserende læge, der henviser til klinikken, eller om den lokale fagforening selv henviser til klinikken.

Henvisninger og anmeldelser er vigtige af hensyn til den enkelte, men også forebyggelsen kan fremmes – herunder den statistik og viden som lægges til grund.

*Udfordringer og muligheder:*

- Er fagforeningerne tilstrækkeligt opmærksomme på henvisningsretten?
- Kan klinikkerne og fagforeningerne medvirke til at flere relevante erhvervssygdomme anmeldes?

#### **5. Rådgivende kontaktudvalg og samspillet med parterne**

Regionerne er heller ikke lovgivningsmæssigt forpligtet til at oprette rådgivende kontaktudvalg.

Der er efter reformen etableret rådgivende kontaktudvalg i 3 ud af 5 regioner, og yderligere en region overvejer etablering af en ordning. Det er et rimeligt resultatet, men LO havde gerne set udvalg etableret i alle regioner.

---

<sup>1</sup> Undersøgelser har vist, at der generelt – og igennem mange år – kun anmeldes 50 pct. af erhvervssygdommene. Aktuelle politiske sager om ”kemi”- fx LM Windpower – har foranlediget at beskæftigelsesministeren har sat Arbejdsskadestyrelsen i gang med et udredningsarbejde om årsager og løsningsforslag vedrørende den vedvarende underanmeldelse på området.

Klinikken på Bispebjerg bruger også den lokale fagbevægelse som følgegruppe til et af deres forskningsprojekter.

Flere klinikker har desuden konkrete samarbejdsopgaver med parterne. Et par aktuelle eksempler er, at klinikkerne i Herning og Ålborg har været LO behjælpelig med at dokumentere omfanget af konkrete risici i arbejdsmiljøet vedrørende børn og unge, samt omfanget af erhvervsbetingede lungelidelser/KOL.

I den gamle struktur var der ligeledes forskel på, om de arbejdsmedicinske klinikker havde rådgivende udvalg med løbende dialog med bl.a. arbejdsmarkedets parter.

Det er LO's opfattelse, at de rådgivende udvalg med fordel kan have til opgave at følge arbejdet i den arbejdsmedicinske enhed, at udarbejde indstillinger og forslag til særlige opgaver, samt medvirke til at sikre kontakt og videndeling med regionens virksomheder, netværk og organisationer på arbejdsmarkedet.

Herved bliver fagbevægelsen involveret i flere forskellige aspekter af arbejdet på de arbejdsmedicinske klinikker.

Et rådgivende udvalg kan fx have repræsentanter fra regionale sundhedsforvaltning, sygehusledelsen, arbejdsmarkedets parter samt andre samarbejdspartnere.

Et rådgivende organ med bl.a. arbejdsmarkedets parter kan medvirke til, at klinikkerne får den nødvendige gennemslagskraft i forhold til sygehusledelsen og det politiske system.

For fagbevægelsen er de rådgivende udvalg altså den direkte vej til sygehusledelsen, i relation til de arbejdsmedicinske klinikker og dermed sikringen af medlemmernes interesser i forhold til arbejdsmedicin.

Involveringen af arbejdsmarkedets lokale parter kan også få betydning for, at arbejdsmedicinen får politisk opmærksomhed, fx når der gennemføres nationale prioriteringer på arbejdsmiljø- og forskningsområdet.

Klinikkerne er generelt glade for fagbevægelsens fokus på klinikkernes forskning, men understreger at man ikke må glemme, at det er klinikkernes daglige drift der holder dem i gang. Selve det kliniske arbejde vurderes af klinikkerne som vigtigt, idet det er brobyggende imellem klinikkernes kliniske speciale og arbejdspladserne.

*Udfordringer og muligheder:*

- Har de rådgivende kontaktudvalg den rigtige repræsentation og opgaver så man kan fremme dialogen med de relevante lokale og regionale aktører?
- Kan parterne i de rådgivende udvalg i højere grad medvirke til, at klinikkernes viden og resultater anvendes i de relevante virksomheder og institutioner?
- Kan de rådgivende udvalg i højere grad understøtte, at klinikkernes viden og resultater bliver kendt af relevante "aktører" og indgår i den offentlige debat?
- Er klinikkerne tilstrækkeligt offensive i forhold til at have samarbejdsprojekter med parterne, fx LO?

## **6. Fordele ved større enheder og centralisering**

I forbindelse med strukturreformen overgik de arbejdsmedicinske klinikker og disses organisering til regionerne. De tidligere 14 enheder er nu centraliseret i færre, men

større enheder for at kunne matche fremtidens opgaver og udfordringer – og herunder knytte dem tættere til regionernes universitetshospitaler.

Centraliseringen har skullet styrke det kliniske arbejde med patienterne, men også den videnskabelige forskning igennem etablering af større arbejdsmedicinske forskningsmiljøer, som har lettere adgang til at få del i forskningsmidler.

Ambitionen har ligeledes været at kunne tiltrække flere forskere (Ph.d'ere) til klinikkerne, i en tid hvor det kan være vanskeligt at rekruttere læger til området.

*Udfordringer og muligheder:*

- Har man efter centraliseringen ud fra en national og regional synsvinkel fået den ønskede gavn af klinikkernes udredninger og forskning mv.?
- Drager man regionalt og lokalt tilstrækkelig nytte ud af klinikkernes særlige forudsætninger for intervention og samarbejde med virksomhederne mv.?
- Er der et tilfredsstillende nationalt og regionalt samspil imellem klinikkerne og sundhedssystemet i øvrigt, fx når det gælder nyttiggørelse af viden om forebyggelse og intervention ift. hud- og luftvejssygdomme?

## **7. Aktuelle udfordringer og prioriteringer – i sundhedsfremme mv.**

Lægerne<sup>2</sup> på de arbejdsmedicinske klinikker udgør en del af den lægefaglige gruppe, man betegner samfundsmedicinere. Samfundsmedicinerne dækker en række samfundsmedicinske ”discipliner” som fx arbejdsmedicin, socialmedicin og miljømedicin.

Et vigtigt spørgsmål er, hvilke primære opgaver arbejdsmedicinere og klinikkerne skal have de kommende år, og i hvor høj grad de ud over selve arbejdsmiljøet også skal arbejde med arbejdsfastholdelse/rehabilitering og sundhedsfremme mv.

I forbindelse med de tidligere LO-konferencer vurderede LO, at tendensen synes at være, at arbejdsmedicinere ser færre patienter med klassiske arbejdsbetingede sygdomme, og at de i stadig højere grad fokuserer på andre socialmedicinske temaer i forbindelse arbejdsfastholdelse og sundhedsfremme.

Det er samtidig LO's vurdering, at der konkret er store forskelle fra klinik til klinik på hvilken vægt man giver disse ”nye” udfordringer. Det er imidlertid vanskeligt helt at få klarlagt, hvorfor der er denne forskel og i hvilket omfang forskelligheden skyldes mere principielle forskelle i opfattelsen af, hvad det er ”som virker” (bedst) rent forebyggelsesmæssigt. Det er et ønske fra LO, at vi kommer en forklaring lidt nærmere på konferencen.

Det står imidlertid klart, at såvel sundhedsfremme som arbejdsfastholdelse har haft stor politisk bevågenhed gennem en længere årrække – ikke mindst i forbindelse med højkonjunkturen, hvor efterspørgslen efter arbejdskraft var ekstra stor.

---

<sup>2</sup> Når der i dette debatoplæg henvises til faggruppen læger og arbejdsmedicinere er LO opmærksom på, at der også er andre betydende faggrupper tilknyttet de arbejdsmedicinske klinikker, som indgår i det kliniske arbejde samt forsknings- og udviklingsprojekter. Det har ikke været hensigten at udelukke betydende faggrupper i debatoplægget. LO vurderer altså, at en række af notatets problemstillinger også er aktuelle for andre faggrupper tilknyttet klinikkerne.

Men bevågenheden synes at være ved efter, at S-R-SF-regeringen i er tiltrådt i 2011. Det ventes fx at være tilfældet i forbindelse med reformer af efterlønsystemet, hvor der er udsigt til, at lønmodtagerne skal blive længere på arbejdsmarkedet uanset at lønmodtagerne har en vis alders- og erhvervsbetinget helbredssvækkelse.

I dette forløb har rehabilitering og sundhedsfremme fået større bevillingsmæssig opmærksomhed. Retningen på denne pengestrøm kan stadig få betydning, når klinikkerne skal vælge opgaver og forsvare sine normeringer i et sundhedssystem, hvis økonomi og prioriteringer er under hårdt pres.

Historisk set har klinikkerne gjort en del ud af rehabilitering/arbejdsfastholdelse, hvorimod sundhedsfremme er en nyere ”disciplin”.

Sundhedsfremme vurderes altså de senere år at have fået en stadig mere central prioritering i klinikkernes virke. Dette kan forklares ud fra nævnte arbejdskraft- og økonomiproblemstilling, men også ved, at ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme i stadig højere grad er blevet placeret hos klinikkernes ejere og opdragsgivere – det vil sige hos regioner og kommuner.<sup>3</sup>

Dertil kommer, at den generelle lægemangel giver stigende efterspørgsel på klinikkernes socialmedicinske kompetencer, hvorfor der søges trukket på kompetencerne i forbindelse med fx kommunernes sager om arbejdsfastholdelse, pension og sundhedsfremme mv.

LO vurderer altså, at der lokalt og regionalt er øget efterspørgsel efter klinikkernes ressourcer til indsatser på andre/nye områder som rehabilitering og sundhedsfremme mv.

LO har ikke modtaget nye oplysninger, som kunne begrunde en ændret vurdering af denne situation. På konferencen vil det være muligt at diskutere udviklingen nærmere, idet der netop er fokus på klinikkernes opgaver og prioriteringer.

Det er også værd at bemærke, at Arbejdstilsynet ikke længere har ansat læger. Dermed stiger betydningen af den viden som klinikkerne kan bidrage med til myndighedens fastlæggelse af beskyttelsesniveauer, udredning og skøn i komplekse arbejdsmiljøssager, fastlæggelse af beskyttelsesniveauer på specifikke områder og til uddannelsen af Arbejdstilsynets tilsynsførende. Også i udviklingen af det nationale grundlag og kriterier for erstatningssager mv., står klinikkernes arbejdsmedicinske kompetencer helt centralt. Fx indgår en række af klinikkernes læger i Erhvervs sygdomsudvalgets arbejde.

For LO er det helt centralt, at sundhedsfremme i forbindelse med arbejdspladser lægges an, så indsatsen knytter sig tæt til arbejdsmiljøet, så man opnår en maksimal forebyggelse og synergi.<sup>4</sup> Hvis man kun stiller æbler frem og laver rygeafvænningskurser kan ansatte stadig blive syge og slidt ned af arbejdsmiljøet. Sundhedsfremme må ikke stå alene, og etisk er det vigtigt, at de ansatte ikke bliver diskrimineret, hvorfor deltagelse i sundhedsfremmeinitiativer skal være frivilligt.

---

<sup>3</sup> Efter strukturreformen er fordelingen sådan, at sygehusopgaverne er i regionerne, mens den forebyggende indsats er placeret i kommunerne.

<sup>4</sup> Se LO's sundhedsfremmestrategi og avis <http://www.lo.dk/politik/arbejdsmiljo/sundhedsfremme.aspx?p=print>

Hvad enten klinikkernes prioriteringer tager udgangspunkt i arbejdsmiljø, sundhedsfremme eller ulighed er der nok at tage fat på, så prioritering er nødvendig. (Se bilag 2).

LO finder det imidlertid meget væsentligt, at der ikke må ske en nedtoning af klinikkernes bidrag til den primære opgave med at forebygge risici og belastninger i selve arbejdsmiljøet.

*Muligheder og udfordringer:*

- Hvordan sikres det, at klinikkerne har et afbalanceret samspil imellem den primære forebyggelsesopgave og andre relevante indsatsområder som f.eks. rehabilitering/fastholdelse samt sundhedsfremme?
- Hvordan sikres det, at klinikkerne får et tæt samspil med Arbejdstilsynet så deres viden anvendes i/og som dokumentation for myndighedsudøvelsen?
- Hvordan sikres det, at klinikkernes forskning og udviklingsprojekter anvendes til at udpege effektive modeller for samarbejde imellem sektorer og aktører i forebyggelse, rehabilitering og sundhedsfremme?
- Er der en fornuftig balance imellem intervention som retter sig imod primær forebyggelse og den som rette sig mod sekundær forebyggelse?
- Er der ved interventionstiltag tilstrækkeligt fokus på målgruppens uddannelsesmæssige og sociale baggrund, køn og alder?
- Er der ved interventionstiltag for meget fokus på individuelle sundhedsforhold og KRAM-faktorer?
- Er der ved interventionstiltag tilstrækkeligt med fokus på de forebyggelsespotentialer der er i arbejdspladsens ”kultur”?

## **8. Data om de arbejdsmedicinske klinikker – LO's rundringning**

LO har foretaget en rundringning til klinikkerne for at få informationer om situationen i de fem regioner.

En række informationer er omtalt ovenfor under de enkelte temaer og nogle indgår i følgende skema. Yderligere data findes i bilag 3.

Her er ikke medtaget klinikkernes mange tilkendegivelser om deres omfattende forskningssamspil med andre klinikker og forskernetværk mv. Sådanne samspil og netværk er imidlertid et generelt træk for klinikkernes virke.

Målet har været at bidrage til et billede af klinikkernes situation uden at det helt konsistent har været muligt at indsamle sammenlignelige data fra alle klinikker.

Data og konklusioner skal derfor tages med et vist forbehold, og LO håber at konferencen vil bidrage med elementer til brug for status.



## Status for de arbejdsmedicinske klinikker i regionerne december 2011

Regioner	Nordjyl-land	Midtjylland	Syddan-mark	Sjælland	Hovedstaden
<b>Antal klinikker</b>	1 klinik i Aalborg	2 klinikker i hhv. Århus og Herning	2 klinikker i hhv. Odense og Esbjerg	3 klinikker i hhv. Køge, Slagelse og Nykøbing F.	1 i klinik Bispebjerg. Derudover satellit funktioner på Bornholm og indtil 1. januar også i Glostrup og Hillerød
<b>Opland<sup>5</sup></b>	Indbygger e: 579.628 Arbejds- dygtige: 302.741 Beskæftig ede: 274.832	Indbyggere: 1.253.998 Arbejdsdygtige: 672.805 Beskæftigede: 617.001	Indbygger e: 1.200.277 Arbejds- dygtige: 621.487 Beskæftig ede: 567.771	Indbygger e: 820.564 Arbejds- dygtige: 424.551 Beskæftig ede: 390.144	Indbyggere: 1.680.271 Arbejdsdygtige: 907.109 Beskæftigede: 835.244
<b>Rådgivende-udvalg?</b>	Ja, med repræsentanter fra både arbejdsgiver og -tager, sygehusets ledelse og AT	Ja, med repræsentanter fra Århus og Herning, samt eksterne repræsentanter	Nej, men vil gerne have et. Dette er næste års fokusområde	Nej, men har et godt samarbejde.	Ja, et årligt møde samt møder ad hoc.
<b>Særligt priorite-rede forsknings-områder</b>	Aalborg: Stress Globalise-ring, forskning inden for psyk Kortlæg-	Herning: Bevægeapparat-sygdomme Psykosocialt arbejdsmiljø Arbejdsulykker Social ulighed	Esbjerg: Astma og allergi Arbejdsfastholdelse Nerve-smerter i	Køge: Arbejdsfastholdelse Bevægeapparat-problemer Tidlig	Bispebjerg: Hud/luftvejeindeklima – Toxikologi Muskel- og Skeletbesvær Psykosocialt område –

<sup>5</sup> Tallene er indhentet fra Dansk Statistik, Rest. 2010

	ning af KOL Dvs. at to af hovedforskningsområderne er inden for psyk i meget bred forstand, og et er inde for lungesygdomme (Astma, KOL og Asbest)	Århus: Miljøfaktorer – reproduktion Bevægeapparatet – ryg og skulder fokus Psykosocialt område – Hovedfokus på depression og stres.	armene Odense: Astma allergi Slidgigt og arbejdsmiljø Musiker-sundhed – både bevægeapparat, psykisk og hørelse Internationalt arbejde om anvendelse af sprøjtemidler	aldring/nedslidning Nykøbing Falster: Omstrukturering i regionsdannelse Fokus på psyk Lun medicin Slagelse: Indeklima Infektioner overført fra dyr Malere	inklusive hjerteforskning Sygefravær, TTA og andet der handler om sygefravær og arbejdsfastholdelse.
--	---	--	---	---	---

### 9. To forslag fra LO om udvidelse af de arbejdsmedicinske klinikkers virke

Det er LO's vurdering, at de arbejdsmedicinske klinikker er unikke størrelser, hvis viden og potentialer ikke nyttiggøres tilstrækkeligt.

Klinikkerne er unikke, fordi deres opdrag og viden gør dem i stand til at løse opgaver i et samspil imellem de afgørende aktører, når det gælder forebyggelse, fastholdelse og sundhedsfremme på arbejdspladserne.

Dels fordi klinikkernes position giver dem let adgang til direkte samarbejde med arbejdspladserne, dels fordi klinikkernes position placerer dem mere eller mindre formelt i alle de afgørende ressortområder når det gælder arbejdsmiljø, sundhed og sociale forhold.

Dertil kommer, at klinikkerne har lejlighed til at byde ind forskningsmæssigt på en række arbejdsmedicinske specialer, men også mere tværfagligt socialmedicinsk.

Derved kan klinikkerne udvikles til en lang mere betydende aktør end det er tilfældet i dag, når der skal skabes synergier imellem forebyggelse, sundhedsfremme og fastholdelse på arbejdsmarkedet.

## LO's forslag:

### 1. Styrkelse af de arbejdsmedicinske klinikkers rådgivning af virksomhederne

Der skal årligt afsættes flere midler til drift og udvikling af de arbejdsmedicinske klinikker. Midlerne skal sikre en bred kompetenceprofil, med kompetencer inden for bl.a. arbejdsmedicin, arbejdspsykologi, ergo- og fysioterapi, og en fortsættelse og udvikling af arbejdsmiljøforsknings- og udviklingsindsatsen på klinikkerne, bl.a. inden for muskel- og skeletbesvær, psykisk arbejdsmiljø, allergi, hudsygdomme og lungelidelser.

Begrundelsen er, at virksomheder og institutioner i højere grad end hidtil skal tage et selvstændigt socialt ansvar for at fastholde medarbejdere i arbejde og forebygge nedslidning og arbejdsmiljøbestemt sygefravær. Ved at give virksomhederne et mere tydeligt ansvar for fastholdelse og tilbagevenden til arbejde efter sygdom, sendes et signal til de selvsamme virksomheder om, hvor meget bedre det er at forebygge end at helbrede.

Virksomheder og institutioner har imidlertid brug for rådgivning om en sådan mere bred forebyggende arbejdsmiljøindsats, bl.a. i forhold til arbejdstilpasning, fastholdelse og tidlig tilbagevenden til arbejdet. Der skal derfor skabes muligheder for, at de arbejdsmedicinske klinikker i langt højere grad end i dag involveres i virksomheder og institutioners forebyggelsesindsats. Det er vigtigt, at der ud fra en bred faglig tilgang arbejdes med både individuel arbejdsfastholdelse, samt med minimering af risikofaktorer og forebyggelse.

De arbejdsmedicinske klinikker indtager i dag en vigtig, men dog begrænset placering i det samlede arbejdsmiljørådgivningssystem. I takt med den økonomiske krise er der i de senere år gennemført betydelige besparelser på de arbejdsmedicinske klinikker, hvorved deres muligheder for at rådgive virksomhederne om konkrete løsninger på konstaterede arbejdsmiljøproblemer er blevet klart forringet.<sup>6</sup>

Forslaget fremgår af LO's perspektivoplæg fra 2011 "Flere hænder gennem forebyggelse"<sup>7</sup>

### 2. Udvidelse af de arbejdsmedicinske klinikkers samspil med Forebyggelsesfonden om virksomhedsprojekter

Der skal ske en udvidelse af kredsen af ansøgningsberettigede til Forebyggelsesfondens midler for at styrke rådgivningen til virksomhederne og sprede viden, når det gælder forebyggelse og interventionsprojekter mv.

---

<sup>6</sup> LO har i maj 2011 i forbindelse med udarbejdelsen af sit perspektivoplæg "Flere hænder gennem forebyggelse" regnet på oplysninger fra regionerne og de arbejdsmedicinske klinikker om deres økonomi. LO's beregninger viste dengang "At de arbejdsmedicinske klinikker p.t. har et driftsbudget på årligt 72 mio. kr. Klinikkerne bliver dog jævnlige beskåret, og er i år allerede blevet beskåret med 2,2 mio. kr. Det er LO's vurdering, at klinikkerne i 2013 vil råde over 68 mio. kr. til finansiering af aktiviteter i forbindelse med forskning, uddannelse, TTA og udredning".

<sup>7</sup> [www.lo.dk/Politik/~media/Publikationer/Publikations%20filer/Arbejdsmiljoe/4448\\_Flere\\_haender\\_2011.ashx](http://www.lo.dk/Politik/~media/Publikationer/Publikations%20filer/Arbejdsmiljoe/4448_Flere_haender_2011.ashx)

Virksomhederne har brug for rådgivning om en bred forebyggende arbejdsmiljøindsats, herunder ift. arbejdstilpasning, fastholdelse og tidlig tilbagevenden til arbejdet. Her har klinikkerne et klart potentiale.

LO ønsker derfor fremadrettet, at det skal være muligt for bl.a. Arbejdsmedicinske Klinikker og Branchearbejdsmiljøråd at ansøge om midler i fonden, ikke mindst fordi det i langt højere grad vil muliggøre at nå de små og mellemstore virksomheder.

Ligeledes vil det bidrage til langt bedre muligheder for spredning af resultater til virksomheder der ikke har søgt fonden om midler.

Det skal fortsat være et krav, at projekterne altid gennemføres i tæt samarbejde med virksomhederne, og at projekterne omhandler konkrete aktiviteter på arbejdspladserne

Forebyggelsesfonden blev etableret som en del af Velfærdsaftalen fra 2006, og baserede sig på en bred politisk forståelse af, at mindre nedslidning og bedre arbejdsmiljø er forudsætningen for at udskyde pensionsalderen og udskyde tidspunktet for overgang til efterløn.

Formålet med Fonden blev defineret som ”at give støtte til projekter, der forebygger og forhindrer fysisk og psykisk nedslidning på danske arbejdspladser”.

I forbindelse med Forebyggelsesfondens etablering blev det understreget, at midlerne skulle gå til virksomheder, og ikke var tænkt til subsidiering af konsulentfirmaer mv. Derfor blev en række potentielle aktører udelukket fra at ansøge om midler.

## Bilag 1:

Udvalgte temaer fra LO's konference i 2007, 2008 og 2010, om de arbejdsmedicinske klinikker:

I amtsstrukturen var der 14 Arbejdsmedicinske Klinikker (AMK) i Danmark, som årligt undersøgte ca. 10.000 patienter.

Tilskuddet til AMK-forskning i perioden 2003 til medio 2007 var 45,4 mio. kr. Det udgjorde 22 pct. af den samlede forskningspulje.

Klinikkernes forskning og dokumentation har historisk set givet flotte resultater, som også smitter af på andre landes forebyggelse og erstatningspraksis

Der vil i fremtiden nationalt mangle læger, og det arbejdsmedicinske område får derfor et problem med rekrutteringen. Derfor skal arbejdsmedicinen – og dermed klinikkerne – stå stærk fagligt, herunder forskningsmæssigt.

På grund af en succesfuld arbejdsmiljøindsats ser klinikkerne ikke så mange "traditionelle" arbejdsbetingede lidelser, eksempelvis silikose og hjerneskade. Men traditionelle lidelser opdages stadig i nye brancher, eksempelvis astma i fiskeindustrien.

MSB-sygdomme har stort set samme antal anmeldelser. I begyndelsen var det rygproblemer, men arme-, nakke- og skulderproblemer er stigende og udgør stadig halvdelen af de arbejdsmedicinske klinikkers virke. Hudsygdomme er stadig et stort problem.

For psykiske lidelser er der sket en klar stigning i henvisningerne siden 2000, og henvisning af lidelser i bevægeapparatet er steget væsentligt siden 1990'erne. Begge områder rummer store udfordringer med hensyn til diagnostisk og forklaring af årsagssammenhæng.

Ud over arbejdsfastholdelse mv. er den forebyggende sundhedsindsats placeret i kommunerne. Det er en regional og kommunal udfordring at sikre et fornuftigt samspil imellem arbejdsmiljø, sundhedsfremme og socialmedicin for at undgå udhuling af klinikernes "kerneopgaver" (klinisk arbejdsmedicin, forskning og forebyggelse).

Hvis AMK bliver økonomisk og personalemæssigt trængt, kan det tilskynde AMK til øget samarbejde med kommunerne om andre socialmedicinske opgaver.

Det forhold, at lægerne generelt kun anmelder omkring 50 pct. af de klare arbejdsrelaterede kræftlidelser anmeldes til erstatningssystemet, illustrerer nødvendigheden af det arbejdsmedicinske speciale samt en henvisningsret, som eksempelvis gælder fagforeningerne.

AMK' opgave med arbejdsmedicin bliver stadig mere betydningsfuld i en tid, hvor arbejdsmedicinen fylder stadig mindre i Arbejdstilsynet og i NFA's virke.

Samspelet med arbejdspladserne kan blandt andet styrkes gennem klinikernes dialog med arbejdsmarkedets parter. AMK's rådgivende kontaktudvalg skal derfor fastholdes.

Man må overveje, at der ud over parternes repræsentation i klinikkerne også etableres en egentlig politisk repræsentation i de rådgivende udvalg.

Fyraftensmøder og lignende dialog imellem AMK og arbejdspladser m.fl. er en udviklingsopgave for AMK og deres samarbejdspartnere.

Overordnede samfundsmedicinske udfordringer, herunder den store ulighed i sundhed må forventes at præge klinikernes indsats de kommende år. De fattigste/lavest uddannede får den dårligste behandling

i sundhedssystemet. Sandsynligheden for en rehabiliteringsplan ved udskrivning er større jo længere uddannelse. Danmark lægger sig pt. i en negativ førerposition ift. forskel i fødselsvægten mellem børn født af henholdsvis lavt- og langtuddannede. Sygefravær og dens mængde er meget skævt fordelt. Ser man på arbejdsmiljøet som årsag til sygefravær har uddannelsesniveaet også betydning. Forskel i dødelighed relateret til erhverv viser en tydelig ulighed og mulighed for at ændre det. Middellevetiden er steget, men det er primært for de højt- og mellemuddannede, hvilket også gælder forskellen på, hvor mange år man er rask i sin levetid. De lavtuddannede har ikke i 25 år forbedret deres middellevetid

Det er KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion) der dræber, men vi bliver nødt til at finde ud af, hvorfor det er mere almindeligt at nogle rammes og dør af dem. KRAM-faktorerne er skævt fordelt socialt set. Skal rygning bekæmpes skal det ske blandt de kortuddannede. Kampagner har virket rigtig godt på langtuddannede, men stort set ikke på lavtuddannede. Kampagnerne ser ud til at have virket på nogle, men har øget uligheden. Skal arbejdspladsen være en arena for KRAM-faktorerne?

AMK særlig udsat for besparelser, fordi rationaler om økonomi pr. patient er svære at "se" og fordi de sygdomsmæssigt tungeste – og politisk/økonomisk prioriterede – patienter ikke kommer på AMK.

## Bilag 2:

Der er nok at tage fat på, hvilket fremgår af LO's Hvidbog om Ulighed:

En 30-årig mand med en videregående uddannelse kunne i 2005 forvente at leve yderligere 49,5 år, mens en jævnaldrende ufaglært mand kun havde 44,7 år tilbage.

En 30-årig kvinde med en videregående uddannelse kunne i 2005 forvente at leve yderligere 52,8 år, mens en jævnaldrende ufaglært kvinde kun havde en forventet restlevetid på 49,5 år.

For alle de fysiske arbejdsmiljøfaktorer gælder det, at ufaglærte og faglærte har en højere belastning sammenlignet med videregående uddannelser.

Risikoen for at være på førtidspension eller blive marginaliseret er dobbelt så høj for personer, der har arbejdet i belastende arbejdsstillinger.

Ufaglærte har mindre indflydelse og udviklingsmuligheder.

Personer med lav indflydelse har høj risiko for at komme på førtidspension eller blive marginaliseret.

Det seneste årtis stigende levealder er især kommet de højtuddannede til gode.

Mange anmeldelser kommer til arbejdsskadestyrelsen uden at klinikkerne får kendskab til dem. Fx kommer patienter med hudsygdomme ofte kun til egen læge eller hudlæge hvorfor der mistes et stort potentiale i forhold til at klinikkerne mv. kunne forske for at forbygge. Ofte bliver der derfor ikke taget hånd om hverken forskningen, det forebyggende eller det vejledende aspekt om klientens erhvervstilknytning.

I takstfinansieringen tages der ikke højde for forskning og rådgivning mv. idet takstfinansieringen udelukkende er baseret på antallet af patienter. Klinikkerne er derfor også meget afhængige af deres evnet til at søge og få forskningsmidler og samarbejdsaftaler med myndigheder mv. om medvirken i forebyggelse mv.

Med den nationale 2020 arbejdsmiljøstrategi, skal forskningen fokusere på 3 områder (alvorlige arbejdsulykker, psykisk overbelastede og overbelastning af muskel og skelet), men der er mange andre områder som man derved ikke får forsket i og gjort noget ved. Dette kan give problemer på længere sigt.

Samarbejdet med Arbejdstilsynet er et problem, de har travlt med screeninger så de har ikke tid og de har ingen læger ansat.

Prioriteringer: Skille linjen mellem arbejdsmedicin og socialmedicin er utydelig. Men jo tættere man kommer på arbejdspladsen og de belastninger og eksponeringer der er, jo tættere man er på arbejdspladsen, dets mere kan AMK gøre.

Når det gælder prioritering af klinikkernes opgaver er Arbejdsfastholdelse og sundhedsfremme som forebyggelse vigtige elementer. Enhver konsultation på AMK bør også handle om muligheder for fastholdelse på arbejdet så man også sikrer at patienten ikke sendes tilbage og bliver yderligere syg.

Det er dårligt hvis folk mister deres arbejde fordi vi ved at man kan blive mere syg af at miste den relation der er på arbejdspladsen. Mange syge fremhæver at kollegaerne vigtige.

AMK har en særlig kompetence til at spørge ind til arbejdet, som de praktiserende læger ikke har.

Fagbevægelsen er gode til at stille op til rundbordssamtaler, men sagsbehandlere i kommunen er vanskelige at få med.

Særligt om sundhedsfremme: Når det erklærede mål er forebyggelse holder den traditionelle tilgang ikke: Risiko/belastning → sygdom/skade → Konsekvens holder ikke her. Der skal fx fokus på om afskaffelse af kendt risiko faktisk er mulig og realistisk, og hvor det er effektivt at komme efter. Der skal også ses på bagvedliggende årsager og risikofaktorer. Desuden er modtagelighed en vigtig faktor. Hvor langt kan vi fjerne vores risikofaktorer? Den samme risikofaktor rammer forskelligt, derfor kan man få mere ud af at tænke individuelt. Her er sundhedsfremme vigtigt. Sundhedsfremme skal være et tillæg til generelle forebyggelsestiltag.

Spørgsmålet er hvor meget man kan putte over på den enkelte. Nøglen i ulighed i sundhedssystemet ligger i modtageligheden, ikke i risikofaktoren. Der er forskellig modtagelighed ved samme risikofaktorer. Forebyggelse skal derfor også handle om at øge resistens.

Frivillige sundhedsfremme tiltag øger den sociale ulighed, idet den der tager imod tilbuddet ville have gjort det i forvejen. Derfor skal det ind som 'noget man skal gøre'

AMK bør rådgive om sundhedsfremme i samme omfang som der rådgives om forebyggelse

Mange af arbejdsgiverne er lydøre. Men samarbejde på andet plan, som ved rådgivende udvalg har de ikke ønsket, bortset fra i Region Midtjylland.

Det er svært at få AT ud når der er specifikke arbejdspladser med arbejdsmiljø problemer.

Det ønskes et bedre samarbejde med de store arbejdspladser, men dette kræver blandt andet at Arbejdsmiljørepræsentanten udtrykker ønske om det, og at arbejdsgiveren giver lov.

Hvad skal AMK måles på – fx hvor meget de har været ude og formidle, på relevant forskning og på det høje faglige niveau i undersøgelser? Der er intern uenighed om grænsedragning, hvilket ikke hjælper med tydeligheden ud ad til.

AMK skal være bedre til at formidle udadtil og komme i pressen

Af LO's Strategi om Forebyggelse og Sundhedsfremme fremgår bl.a.:

En ikke-faglært arbejder har 60 pct. større risiko for at blive indlagt med en blodprop i hjertet end en akademiker.

Personer med lav eller ingen uddannelse er de mest stressede på det danske arbejdsmarked. 40 pct. blandt ikke-faglærte mod 18 pct. blandt ledere er noget eller meget stresset.

Lidelser i bevægeapparatet optræder op til 10 gange hyppigere i fag med tungt arbejde, ensidigt gentaget arbejde og akavet arbejde.

Jo kortere uddannelse en gruppe har, jo højere andel: spiser ikke frugt, ryger dagligt, har stillesiddende fritid og er svært overvægtige.



## **Bilag 3:**

### **Uddybende status for de arbejdsmedicinske klinikker**

Disse data stammer fra LO's rundringning i 2011. Data er medtaget for at illustrere situationen i klinikkerne, idet LO er opmærksom på at sammenlignelige data ikke er medtaget konsistent for alle klinikker.

#### **Region Midtjylland**

##### **AMK Herning**

Honoreringen af speciallægeerklæringerne går i Herning ind i budgettet på afdelingsniveau, hvilket de ikke gjorde tidligere. Økonomisk ramme: Sparede sidste år et større beløb, der bliver udmøntet i 2011+2012. De måtte afskedige medarbejdere. Over 50 pct. af de ansatte er finansieret via eksterne forskningsfonde. De er 46-47 medarbejdere, heraf 12 Ph.d-studerende. Det er et meget usikkert grundlag at så mange er ansat på eksterne midler der skal søges hele tiden. Der samarbejdes løbende med kommunen og arbejdspladserne i området, idet de gennemfører interventionsundersøgelser både i forhold til primær og sekundær forebyggende.

##### **AMK Århus**

Der skal spares 3 pct. hvert år. Samtidig kommer der krav om meroptag. Da klinikken lukkede i Skive blev der lagt et ekstra optageområde ind, men der kom ikke tilsvarende midler til driften mm. Honoreringen af speciallægeerklæringerne indgår i den daglige drift, men kun til et vist antal, derefter er det privat. 50 pct. af personalet er finansieret via eksterne fonde. Fagforeningerne bruger henvisningsretten, men faldende fra 20 til 17 pct. af de henviste.

#### **Region Hovedstaden**

##### **AMK Bispebjerg**

Søger i høj grad eksterne fonde. Speciallægeerklæringer indgår i det daglige budget. Nedskåret hvad der svarer til 3,5 million i 2012. I 2011 skulle de spare 100.000 på drift samtidig med et 2 pct. effektiviseringskrav.

#### **Region Nordjylland**

##### **AMK Aalborg**

Skulle i 2011 spare 200.000 ud af 8 millioner (= 2 pct.) Ingen besparelser i 2012, men krav om 2 pct. produktivitetsøgning hvert år. Honoreringen af speciallægeerklæringerne indgår ikke som en del af afdelingsbudgettet.

#### **Region Sjælland**

##### **AMK Køge**

Pt. er der 3 klinikker i hhv. Køge, Slagelse og Nykøbing F – Køge skal varetage den regionale funktion i forhold til økonomien. Langsigtet plan om at de skal samles på Køge sygehus når det er blevet bygget. Har kunnet holde deres budget, så der har ikke været nedskæringer, men er stadig ramt af

generelle effektivitetskrav. Økonomien er relativ bæredygtig, hvilket også kommer af at regionen hjælper med at finde forskningsmidler fx via fonde. Det store spørgsmål er om der bliver penge til det store ”Tilbage til Arbejdet projekt” (TTA) hvilket afhænger af finansloven. Speciallægeerklæringerne indgår ikke i den daglige drift. Det går opad med antallet af henviste patienter og kapaciteten på klinikken. Der er bremsset for en større yderligere aktivitet, men der er samtidig et fast krav om effektivitetsstigning.

#### **AMK Nykøbing Falster**

En økonomisk situation med 3 pct. besparelser og yderligere 3 pct. næste år, samtidig med effektivitetskrav. Får desuden andre af hospitalets afdelingers økonomi blandet ind i deres, når disse ikke overholder deres budgetter. Honorering af speciallægeerklæringerne indgår ikke i den daglige drift. Fondsmidler indgår ikke som en del af driften, det kører adskilt. Klinikkerne arbejder i regionen sammen om kliniske retningslinjer. Godt samarbejde med nærområdet – har lille stigning i antal henvisninger, trods fald i arbejdspladser.

#### **AMK Slagelse**

Relativ bæredygtig økonomi. Har ikke været så hårdt ramt af nedskæringerne. Næste år skal de spare 2,8 pct. og i år 1,5 pct. Skal øge effektiviteten med 7 pct. Honorering af speciallægeerklæringer indgår i den daglige drift. Arbejdstilsynet prioriterer de opgaver der kommer fra AMK, der er et godt samarbejde.

### **Region Syddanmark**

#### **AMK Esbjerg**

De skal spare 3 pct. om året, men der er ikke krav om meroptag. Speciallægeerklæringerne går overvejende ikke ind i den daglige drift. De er blevet ramt af nedgang i antallet af patienter ved regionsændring, men er på vej op igen. Det har dog medført en, forhåbentlig midlertidig, reduktion af budgetterne.

#### **AMK Odense**

Effektivitetskrav på 2-3 pct. per år. Derudover er der almindelige besparelser. Samlet set næste år er det en besparelse på 1 million kr. på et budget på 10 millioner kr.

Dermed er de blevet skåret 10 pct. meget hurtigt, uden de har haft de store muligheder for at indvende noget. Speciallægeerklæringer indgår ikke i den daglige drift. Har lidt rum til forskning på daglig budget, men rummet er blevet indsnævret efter nedskæring af 1 overlæge, der er grundet i budgetforhandlinger i regionen.