



**National Library  
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965: 57

*Socialdepartementet*

SOU

1965: 57



---

**SAMORDNAD  
REHABILITERING**

**DEL III**

*Rehabiliteringsinsatser i näringslivet*

**BETÄNKANDE AV**

**CENTRALA REHABILITERINGSBEREDNINGEN**

---

*Stockholm 1965*

# STATENS

## OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965

### *Kronologisk förteckning*

1. Sveriges sjöterritorium. Kihlström. 135 s. + 1 utviksblad. U.
2. Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 1: Allmänna uttalanden samt 1 och 2 kap. i förslaget till regeringsform. Norstedt & Söner. 188 s. Ju.
3. Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 2: Kap. 3, 4 och 5 i förslaget till regeringsform. Norstedt & Söner. 120 s. Ju.
4. Tandvårdsförsäkring. Kihlström. 186 s. S.
5. Måttenheter. Kihlström. 47 s. Fi.
6. Om den kommunala självstyrelsens lokala förankring. Esselte. 100 s. I.
7. Praktik- och feriefarbetsförmedling. Esselte. 177 s. I.
8. Skånes och Hallands vattenförsörjning. Esselte. 513 s. + 5 st. kartbilagor. K.
9. Arbetsmarknadspolitik. Esselte. 567 s. I.
10. Antikvitetskollegiet. Esselte. 281 s. E.
11. Utbyggnaden av universitet och högskolor. Lokalisering och kostnader I. Esselte. 280 s. E.
12. Utbyggnaden av universitet och högskolor. Lokalisering och kostnader II. Specialutredningar. Esselte. 741 s. E.
13. Rättegångshjälp. Norstedt & Söner. 166 s. Ju.
14. Godtroförfärv av lösöre. Norstedt & Söner. 241 s. Ju.
15. De svenska utlandsförsamlingarnas ekonomi. Esselte. 129 s. E.
16. Ny jordförvärvslag. Hæggeström. 193 s. Jo.
17. Fastställande av faderskapet till barn utom äktenskap. Beckman. 94 s. Ju.
18. Fartygs befälhavare. Gemensamt haveri och dispassch. Ansvarsbestämmelser m. m. Esselte. 221 s. Ju.
19. Friluftslivet i Sverige. Del II. Friluftslivet i samhällsplaneringen. Svenska Reproduktions AB. 383 s. + 1 st. kartbilaga. K.
20. Radions och televisionens framtid i Sverige. I. Bakgrund och förutsättningar, programfrågor. Organisations- och finansieringsfrågor. Hæggeström. 530 s. K.
21. Radions och televisionens framtid i Sverige. II. Bildnings- och undervisningsverksamhet. Forskningsfrågor. Hæggeström. 227 s. K.
22. Dagstidningarnas ekonomiska villkor. Esselte. 212 s. + 1 st. kartbilaga. Ju.
23. Uppbördsfrågor. Esselte. 228 s. Fi.
24. Institutet för arbetshygien och arbetsfysiologi. Kihlström. 88 s. S.
25. Studieplaner för lärarutbildning. Esselte. 490 s. E.
26. Ändringar i ensittarlagen m. m. Esselte. 61 s. Ju.
27. De svenska jordbruksprodukternas distributions- och marginalförhållanden. Esselte. 192 s. Jo.
28. Nytt skattesystem. Remissyttranden. Esselte. 633 s. Fi.
29. Lärarutbildningen IV: 1. Esselte. 714 s. E.
30. Lärarutbildningen IV: 2. Esselte. 92 s. E.
31. Specialundervisningar om lärarutbildning V. Esselte. 441 s. E.
32. Höjd bostadsstandard. Esselte. 569 s. I.
33. Vägmarken. Kungl. Luftfartsstyrelsen. 296 s. K.
34. Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 4. Kap. 7, 8, 9 och 10 i förslaget till regeringsform samt övergångsbestämmelserna. Esselte. 103 s. Ju.
35. Nykterhet i trafik. Esselte. 91 s. K.
36. Sveriges släktnamn 1965. AB E G Johanssons Boktryckeri, Karlshamn. 485 s. H.
37. Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 5. Förslaget till riksdagsordning. Norstedt & Söner. 46 s. Ju.
38. Affärstiderna. Del I. Motiv och lagförslag. Esselte. 151 s. I.
39. Affärstiderna. Del II. Konsumentundersökning. Esselte. 115 s. I.
40. Kommunala bolag. Esselte. 345 s. I.
41. Pensionsstiftelser II. Esselte. 302 s. Ju.
42. Körkortet och trafikutbildningen. Esselte. 29 s. K.
43. Statens trafikverk. Esselte. 196 s. K.
44. Stöd åt hästaveln. Kihlström. 193 s. Jo.
45. Beredskap mot oljeskador. Kihlström. 96 s. H.
46. Radiolog. Kihlström. 55 s. K.
47. Statens vägverk. Kihlström. 135 s. K.
48. Arbetstid och arbetsinspektion för vägtrafiken. Esselte. 324 s. K.
49. Hälso- och socialvårdens centrala administration. Berlingska Boktryckeriet, Lund. 388 s. S.
50. Mentalsjukhusens personalorganisation. Del II. Målsättning och utformning. Esselte. 310 s. S.
51. Gemensamma bostadsförmedlingar. Hæggeström. 64 s. I.
52. Soldathemsverksamheten. Hæggeström. 167 s. F.
53. Polisutbildningen. Hæggeström. 322 s. I.
54. Författningsfrågan och det kommunala sambandet. Kihlström. 584 s. + 1 utviksblad. Ju.
55. Barn på anstalt. Esselte. 355 s. + 16 s. ill. S.
56. Fackutbildning i automatisk databehandling. Hæggeström. 127 s. E.
57. Samordnad rehabilitering. Del 3. Rehabiliteringsinsatser i näringslivet. Tiden-Barnängen. 64 s. S.



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965:57

*Socialdepartementet*



SAMORDNAD  
REHABILITERING

DEL 3

*Rehabiliteringsinsatser i näringslivet*

BETÄNKANDE AV  
CENTRALA REHABILITERINGSBEREDNINGEN

TIDEN-BARNÄNGEN TRYCKERIER AB  
STOCKHOLM 1965





## Innehåll

Skrivelse till statsrådet och chefen för Kungl. socialdepartementet . . .	5
Subkommitténs utredning	
Inledning . . . . .	7
Samspelet mellan rehabiliteringsåtgärder inom och utom företagen . . .	9
Industrihälsovårdens utveckling . . . . .	10
Rehabiliteringsbehov . . . . .	19
Tidigare undersökningar . . . . .	19
Utredningens material från 16 företag . . . . .	29
Företagens inställning till externt rehabiliteringsklientel . . . . .	34
Samarbetet mellan rehabiliteringsklinik, arbetsvård, sjukkasse och företag . . . . .	38
Rationalisering och dess konsekvenser i rehabiliteringshänseende . . .	41
Samarbete mellan olika företag samt mellan företag och samhälle . . . .	45
Slutsatser och förslag . . . . .	46
CRB:s synpunkter och förslag i anslutning till subkommitténs utredning	
Allmänna utgångspunkter . . . . .	48
Kommentarer till subkommitténs utredning . . . . .	56
Förslag . . . . .	61
Bilaga. Subkommitténs frågeformulär rörande rehabiliteringsverksamheten i 16 företag . . . . .	63





*Till*

*Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet*

I skrivelse i oktober 1964 med överlämnande av sitt betänkande Samordnad rehabilitering, del 2, Allmänna principer och vissa organisationsförslag (SOU 1964:51) anmälde centrala rehabiliteringsberedningen (CRB) bl. a. att en arbetsgrupp under ordförandeskap av professor Sven Forssman för beredningens räkning utredde frågan om en närmare samordning mellan de allmänna rehabiliteringsresurserna och rehabiliteringsinsatserna inom näringslivet.

Avsikten med utredningen var främst att få belyst vilka rehabiliteringsinsatser som kan göras genom företagshälsovården och inom företagen samt hur bästa möjliga samordning skall komma till stånd mellan företagens rehabiliteringsåtgärder och den statliga och kommunala rehabiliteringsverksamheten.

Sedan ifrågavarande subkommitté till CRB inkommit med den begärda utredningen och denna behandlats vid beredningens sammanträde den 5 maj 1965 får CRB härmed överlämna berörda utredning jämte sina egna synpunkter och förslag i anslutning därtill.

Subkommitténs sammansättning har angivits i inledningen till dess utredning.

CRB består av direktören Seved Apelqvist, ordförande, ledamoten av riksdagens andra kammare Sigrid Ekendahl, professorerna Sven Forssman och Carl Hirsch, överdirektören i riksförsäkringsverket Leif Hultström, kommunalrådet Harald Lindvall, kanslichefen hos Svenska vanförevårdens centralkommitté Karl Montan och förbundsdirektören Bengt Olsson. Som sekreterare och kanslichef åt beredningen har fungerat byrådirektören Ann-Margret Lundgren samt som biträdande sekreterare från och med den 8 juni 1964 konsulenten Stig Åhs. Överläkaren Bengt Åkerblad, som under tiden 9 januari 1962—31 maj 1964 fungerat som biträdande sekreterare, förordnades den 1 juni 1964 som expert åt beredningen. Vad beträffar de experter, som i övrigt biträtt beredningen under dess arbete, hänvisas till CRB:s förut nämnda skrivelse i oktober 1964 med överlämnande av betänkandet Samordnad rehabilitering, del 2.

Stockholm den 30 juni 1965.

*SEVED APELQVIST*

*/ Ann-Margret Lundgren*

Herr Svarsdotter och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

I skrivelse i oktober 1964 med förslagnamnet "Åtgärdsprogram för rehabilitering del 2. Allmänna principer och vissa organisationsförslag" (SOU 1964:51) anmälde centrala rehabiliteringsberedningen (CRB) till en arbetsgrupp under ordförandeskap av professor Sven Forsman för beredningens räkning givande förslag om en utökat samordnad metod för allmänna rehabiliteringskurserna och rehabiliteringskursernas innehållsriktighet.

Äsikten med arbetagen var främst att få beaktad olika rehabiliteringsinsatser som kan göras genom förhållanden och inom förhållanden där bästa möjliga samordning skall kunna till stånd komma för arbetagen rehabiliteringsåtgärder och den statliga och kommunala rehabiliteringsverksamheten.

Sedan förägnade subkommitté till CRB inkommit med sin första utredningen och denna behandlade vid beredningens sammankomst den 5 maj 1965 för CRB därmed överlämnade berörda utredning jämte sin egen synpunkter och förslag i anslutning därtill.

Subkommitténs sammansättning har angivits i inbudsblankett till dess utredning.

CRB består av direktören Sverre Aplestet, ordförande för beredningen, dagens andra kammarer Sigrid Brandahl, professorerna Sven Forsman och Carl Hirsch, överdirektören i riksstatistiska byråen Carl Hultström, kommunalråderna Harald Lindvall, kanslichefen hos Svenska analytikerförbundet, kommittén Karl Montan och förbundslektören Bengt Olsson. Som sekreterare och kanslichef för beredningen har fungerat byrådirektören Åke Margret Lundgren samt som biträdande sekreterare från och med den 6 januari 1964 konsulenten Stig Åhs. Överlektören Bengt Åkerblad som under tiden 9 januari 1962-31 maj 1964 fungerat som biträdande sekreterare för beredningen den 1 juni 1964 som expert för beredningen, 7-8 oktober för experter som i övrigt tillhöll beredningen under dess arbete, hänvisas till CRB:s förslagnamnda skrivelse i oktober 1964 med förslagnamnet "Åtgärdsprogram del 2. Örnad rehabilitering del 2".

Stockholm den 30 juni 1965

ZAVED APPELQVIST

Åke Margret Lundgren



## Subkommitténs utredning

### *Inledning*

Centrala rehabiliteringsberedningen tillsatte den 21 maj 1963 en subkommitté med uppgift att utreda sambandet mellan rehabilitering och företagshälsovård. CRB önskade härvidlag särskilt att få belyst vilka insatser inom rehabilitering, som kan ske genom företagshälsovården och inom företagen, samt hur samordningen mellan företagens rehabilitering skall ske med statlig och kommunal verksamhet, särskilt den som bedrivs av rehabiliteringskliniker och länsarbetsnämnder.

De tillkallade sakkunniga var:

Professor Sven Forssman, Svenska Arbetsgivareföreningen, Stockholm.

Doktor Erik Bolinder, då Svenska Metallverken, Västerås, numera Landsorganisationen, Stockholm.

Doktor Sten Granath, Svenska Cellulosa AB, Sundsvall.

Doktor C. A. Heijbel, AB Volvo Skövdeverken, Skövde.

Dessutom har doktor Nils Masreliez, Telefon AB LM Ericsson, Midsommarkransen, och Svenska Arbetsgivareföreningen, medverkat i utredningen.

Professor Sven Forssman har fungerat som ordförande och dr Erik Bolinder som sekreterare i subkommittén.

Subkommittén har sammanställt erfarenheter från Sverige och utlandet, genomfört en enkät i 16 svenska företag med välorganiserad företagshälsovård, besökt rehabiliteringsklinik och diskuterat samordningen mellan sjukhus, sjukförsäkring och arbetsvård inom ett län.

I följande framställning har subkommittén sammanfattat sina erfarenheter, synpunkter och förslag. Det bör understrykas att kommittén fattat sin uppgift så, att ändamålet med denna utredning inte skall vara en i alla stycken genomarbetad utredning i ordets vidaste bemärkelse där alla synpunkter är på ett helt betryggande sätt grundade på relevanta basdata. En sådan uppgift skulle i och för sig vara omöjlig att genomföra med de resurser som stått till buds för uppdragets fullgörande. Det redovisade materialet får mer ses som ett försök till probleminventering och systematisering av betydelsefulla frågeställningar inom ett fält med många synnerligen aktuella problemkomplex. Inom detta område föreligger givetvis många brister men det är inte dessa som utgör problemens tyngdpunkt. Det är mera fråga om oklarheter och dålig samordning i utnyttjandet av tillgängliga resurser.

Eftersom företagshälsovården i detta betänkande spelar en så fundamental roll har i inledningskapitlet medtagits en översikt över dess nuvarande ställning i landet. Denna framställning är i huvudsak grundad på ett referat



av professor Sven Forssmans artikel i SNS-orientering (Studieförbundet Näringsliv och Samhälle) 1964:4: Företagshälsovård för små och medelstora företag.

Det är fullt avsiktligt som företagshälsovården inte penetrerats djupare i detta betänkande, eftersom en statlig utredning i arbetarskyddsstyrelsens regi för närvarande pågår angående företagshälsovårdens ställning och utveckling i landet och sedermera kommer att ge en total och genomarbetad syn på dessa frågeställningar.

I föreliggande betänkande har företagshälsovården enbart intresse ur dess mer renodlade rehabiliteringsaspekt. Subkommittén har därför huvudsakligen ägnat sig åt rehabiliteringsfrågorna sedda dels ur företagets, dels ur samhällets synvinkel. De uppfattningar som här förs fram är grundade, förutom på kommittéledamöternas egen erfarenhet, dels på tidigare redovisade material, dels på kommitténs egna inventerande aktiviteter i form av den förut nämnda enkätundersökningen i 16 företag med väl utvecklad personalorganisation inkluderande företagshälsovård och dels på erfarenheter från besök vid en samhällelig rehabiliteringsorganisation med lång erfarenhet av hithörande problem, särskilt beträffande samordningen mellan sjukhusets rehabiliteringsavdelning, länets hälso- och sjukvård samt arbetsvård.

I sina strävanden att belysa företagets interna problem vad gäller sysselsättning av betingat arbetsför arbetskraft har subkommittén valt att sammanställa tre undersökningar av dr Erik Bolinder, dr C. A. Heijbel och dr Alf Lundgren, vilka var och en från sin speciella synvinkel sökt klarlägga den företagsinterna problematiken. Samtliga dessa undersökningar har det gemensamt att de konstaterar i hur stor utsträckning det förefinns betingat arbetsföra inom en normal industripopulation och att detta medför stora sysselsättningsproblem som måste mötas med åtgärder av varierande slag. Bolinders undersökning visar hur denna företagsinterna problematik är relativt oberoende av växlande konjunkturförhållanden, Heijbels undersökning visar hur dessa problem varierar med växlande grad av mekanisering och rationalisering och Lundgrens visar hur dessa företagsinterna problem i mycket liten utsträckning avviker från den totala populationens problematik.

Efter denna sammanställning av tillgängliga data har subkommittén försökt jämföra synpunkterna på bredare front genom en egen enkätundersökning, varvid konstateras att denna tidigare påvisade företagsinterna sysselsättningsproblematik visavi den betingat arbetsföra arbetskraften är synnerligen relevant. Man finner att de tillfrågade företagen verifierar resultatet av de refererade undersökningarna. Man finner hur industrin tydligen i dag brottas med problemet att få till stånd åtgärder ägnade att klara av en fortgående och nödvändig rationalisering med bibehållande av en personalpolitik, som borgar för anställningstrygghet och en positiv attityd gentemot betingat arbetsför arbetskraft.



Kommittén har då varit särskilt intresserad att få belyst i vad mån dessa företagsinterna svårigheter verkar hämmande på företagens attityd till mottagandet av rehabiliterat klientel från samhällets rehabiliterande organ. Här har erfarenheterna från kommitténs besök vid de samhälleliga rehabiliteringsorganen gjort det möjligt att se dessa frågeställningar från båda hållen. Härvid har konstaterats att det finns många möjliga aktiviteter såväl inom företagen som inom samhällets rehabiliteringsorgan som i betydlig grad kan underlätta möjligheterna att på ett smidigt och företagsekonomiskt välmotiverat sätt bereda sysselsättning åt de betingat arbetsföra.

De aktiviteter som det här är fråga om är först och främst beroende av vilka resurser som satsas på personalvårdande och personaluppföljande åtgärder såväl inom företagen som inom samhällssektorn. Dessutom är de beroende av i vilken grad man kan få företag och samhällets organ att samarbeta på ett smidigt och personligt sätt utan bundenhet av alltför stelbenta förordningar och reglementen. Kravet på möjligheter för personliga initiativ och lokala variationsmöjligheter synes vara starkt inför en mycket skiftande och dynamisk industriell situation.

Vad som här framför allt kommit i blickpunkten är olika former av stimulansåtgärder för att vidga industrins intresse för dessa frågor. Det är då framför allt smidiga former för ekonomiska stödåtgärder som kommer i fråga liksom former för lösandet av ansvarsfördelningen mellan samhälle och företag i situationer av överflyttning av ansvaret från samhälle till företag.

Kommittén har valt att sammanfatta sina synpunkter i några mer konkretiserade slutsatser och förslag. Kommittén är väl medveten om att dessa på vissa punkter kan te sig alltför preciserade mot bakgrunden av ett relativt obetydligt grundmaterial men har trots den risk för kritik som kan tänkas riktas häremot valt denna form för sina slutsatser för att därmed väcka en debatt inför frågor som kommittén anser det synnerligen viktigt att genom fortsatt diskussion och utredning föra fram till en lösning.

### *Samspelet mellan rehabiliteringsåtgärder inom och utom företagen*

CRB har i sitt betänkande Samordnad rehabilitering, del 2, (SOU 1964:51), definierat målsättningen för rehabiliteringsverksamheten på följande sätt: "Kravet på förstärkning av rehabiliteringsresurserna grundas främst på målsättningen att varje samhällsmedlem skall beredas möjlighet att efter sina förutsättningar leva i social och kulturell gemenskap med andra och göra en produktiv insats. Detta innebär bl. a. att de medicinska och andra resurser måste ställas till förfogande, som krävs för att de handikappade så vitt möjligt skall kunna psykiskt, fysiskt, socialt och arbetsmässigt återvinna sin funktionsförmåga och leva ett aktivt liv".

När man skärskådar rehabiliteringsaktiviteter inom företagets ram, är



det väsentligt att man fastställer vad man i det sammanhang som man diskuterar definierar som rehabilitering. Rent allmänt sett bör man ha rätt att i begreppet rehabilitering inlemma alla åtgärder som syftar till restaurering av en förlorad anpassning mellan individ och arbete. Med detta vida synsätt kan man då konstatera att det i alla tider inom företagens ram förekommit aktiviteter, som skulle kunna inordnas som rehabilitering i så måtto att hänsyn alltid tagits i större eller mindre grad till de anställdas önskemål och behov i omplaceringshänseende. Det har varit god sed att, i den utsträckning det varit möjligt, ta sysselsättningsansvar för de anställda. Man har accepterat så kallade reträttplatser utan alltför stora krav på full prestation och man har accepterat långvariga kedjor av omplaceringar av svår-sysselsatta för att successivt söka sig fram till en för individen acceptabel anpassning.

Man kan säga att den industriella utvecklingen har gjort dessa naturliga rehabiliteringsåtgärder mera komplicerade. Teknikens utveckling har bundit upp individen vid arbetsoperationen med betydligt mera fixerade och fasta krav än tidigare och hans möjligheter att själv välja sitt sätt att arbeta efter sin egen förmåga och sina egna begränsningar har mer och mer beskurits. Med andra ord — individen har mer och mer fråntagits möjligheterna att själv påverka och välja sin rehabiliteringsväg inom företagets arbetssituationer.

### *Industrihülsovårdens utveckling*

I ett första skede har inom företaget denna dirigering i rehabiliteringshänseende övertagits av stabsfunktioner inom företaget av typen personalavdelning, skyddstjänst, arbetsstudieavdelning o. dyl. där en viss systematisering åvägabragts i bedömningar av prestationsförmåga, arbetskrav och anpassning. Medicinska bedömningar har där inte haft någon tyngd i annan mån än i de fall de inhämtats från läkare utanför företagens ram. Försök till medicinska hänsynstaganden har enbart gjorts på basis av intyg med mycket allmänt hållna rekommendationer.

De medicinska områden som inom företagen i första hand blivit föremål för intresse har varit olycksfalls- och yrkessjukdomsriskerna. I den mån som läkare mera fast blev knutna till företagen, var det för att täcka behovet av olycksfalls- och även sjukvård. Denna verksamhet baserades till en början på överenskommelser, där en läkare utanför företaget blev anvisningsläkare för företagens anställda. Hans lokala placering kunde variera. I de flesta fall hade han sin mottagning utanför företaget, i några fall kunde han ha en del av sin verksamhet för företaget förlagd till en mottagning inom detsamma. Denna form av företagsdriven hälso- och sjukvård förekommer fortfarande i varierande grad av industriell anknytning. Läkarens insikter i företagens arbetssituationer och graden av hans samarbete



med företagets övriga stab varierar i denna fas i hög grad med läkarens personliga intresseinriktning gentemot företagsproblemen.

Framför allt inom de mycket stora industrierna har en annan form av medicinsk verksamhet funnit sin form. Även här har sjuk- och olycksfallsvården en given ställning men behovet av medicinsk expertis har där framför allt varit riktat mot arbetsuppgifter av förebyggande art, som gällt anpassningsmekanismerna mellan den alltmer komplicerade tekniken och människorna som är inkopplade i densamma. I denna form är industriläkaren huvudsakligen knuten till företaget. Större eller mindre del av arbetstiden ägnar han fortfarande åt sjuk- och olycksfallsvård bland de anställda, men här har dessutom en ny arbetsuppgift kommit in som i dessa sammanhang benämnes industrihälsovård.

Industrihälsovårdens aktiviteter riktar sig dels mot personella bedömningar, dels mot bedömningar av arbetsmiljön. Man syftar till att fasa ihop dessa två poler av samfunktionen mellan maskin och människa för att åvägabrunga åtgärder för så optimal arbetsanpassning som möjligt.

I det spektrum av bedömningar som görs av arbetsledning och personalavdelning infogas läkarens bedömningar av hälsotillståndet i nyanställningsundersökningar, hälsokontroller av olika grupper anställda, bedömningar för omplacering, kontroll av minderåriga och av äldre o. s. v. Genom att läkaren dessutom inlemmar sig i den stab av funktioner som finns inom företaget för projektering, planering, nykonstruktion m. m. på den tekniska sidan, kan han påverka utformningen av arbetsplatserna på ett sådant sätt att de tillfredsställer fysiologiska och psykologiska krav i så stor utsträckning som möjligt. Genom hälsokontrollerna och genom sjuk- och olycksfallsvården kan läkaren också fånga upp individuella begränsningar i arbetshänseende som kan sättas i relation till den individuella arbetsplatsens krav. Dessa jämförelser kan bli incitament till rekommendationer om förändringar av teknisk art i arbetsförloppet i sådan utsträckning att den fastställda inkongruensen kan korrigeras med möjligheter till fortsatt arbete i samma arbetsuppgift med större möjligheter till optimal prestation och mindre risker för individuell nedslitning. I andra fall då dylika korrigeringar saknar förutsättningar att lyckas, kan omplaceringar vidtagas i god tid innan uppenbara inkongruenser uppträder. Förhållandet att man på detta sätt planmässigt och i god tid kan genomföra dylika förändringar personalmässigt är mer och mer väsentligt i en utveckling där mer och mer förarbete och framför allt utbildning är av nöden vid omplaceringssituationer.

Subkommittén har ej ansett det ligga inom ramen för sin uppgift att studera icke industriella förhållanden. Här konstateras blott att inom skogsbruket vissa försök pågår med rehabiliteringscentra för skogsarbetare, då framför allt med hänsyn till ryggsjukdomar. Inom handeln förefinns i vissa stora butiksföretag företagshälsovård. Inom den statliga och kommunala



sektorn börjar företagshälsovård av den typ som utvecklats inom industrin få en alltmer framträdande plats. Sålunda kan nämnas att företagshälsovård inkluderande rehabiliteringsverksamhet har växt fram inom Postverket. Av övriga statliga verk kan nämnas Väg- och Vattenbyggnadsstyrelsen, där ett hälsovårdsprogram är integrerat i den personalvårdande verksamheten. Tankegångar av denna art har även börjat vinna insteg inför militärhälsovårdens omorganisation. Av särskilt aktuellt intresse är det program för hälso- och sjukvård som lagts fram inom Stockholms stad baserat på en hälsovårdscentral med ett omgivande nät av läkarcentraler.

För planeringen av företagshälsovårdens utveckling är det av praktisk betydelse att något så när definiera begreppen "små företag" (mindre än 50 anställda) och "medelstora företag" (50—500 anställda) och avgränsa dessa från "stora företag" med t. ex. mer än 500—1 000 anställda. När det gäller att planera för företagshälsovård har särskilt problemen i de små och medelstora företagen diskuterats under senare år.<sup>1)</sup>

Hälsoproblemen i små och medelstora företag är sannolikt delvis andra än i de stora företagen och även organisationsformerna måste av olika skäl bli annorlunda än i de stora företagen.

För att utröna vilka problem inom företagshälsovårdens område som finns inom små och medelstora företag och vilka åtgärder som bör ges särskild prioritet har det visat sig mycket angeläget att systematiskt studera behovet av åtgärder ur tre aspekter: företagsledningens, de anställdas och deras organisationers samt företagsläkarens. Det finns mycket få dylika studier tidigare utförda.

Vid WHO:s och ILO:s gemensamma seminarium för hälsovård i småindustrier 1961 redovisade de deltagande arbetsgivarrepresentanterna att från deras synpunkt fördelarna av en företagshälsovård främst utgöres av:

1. effektivare utnyttjande av den mänskliga arbetskraften
2. ökad produktion genom minskad sjukfrånvaro
3. förbättrad anda hos de anställda

Särskild prioritet borde därför lämnas åt åtgärder avseende omgivningshygien, nyanställningsundersökningar och regelbundna hälsoundersökningar samt åt "sjukvård i arbete".

Därutöver hänvisade man till att åtgärderna avseende hälsovård på en arbetsplats i princip bör planeras efter ILO:s rekommendation nr 112 av år 1959 om företagshälsovård.

Vid samma seminarium, där representanter från såväl väst- som östeuropeiska stater deltog, hänvisade arbetarnas representanter även till ILO:s rekommendation nr 112/1959 som vägledande för åtgärderna även för små

<sup>1</sup> Professor Sven Forssman: Företagshälsovård för små och medelstora företag, SNS-orientering 1964:4.



företag. Man framhöll särskilt angelägenheterna av 1) hälsoundersökningar, 2) övervakning av de hygieniska förhållandena på arbetsplatsen samt 3) första hjälp vid olycksfall och vid akuta sjukdomsfall. Beträffande organisationen av företagshälsovård framhölls särskilt betydelsen av att klart definiera begreppen "små" och "medelstora" företag, av att ange vilken typ av sjukvård som härvid bör lämnas och av att utföra regelbundna årliga hälsoundersökningar.

Dessutom framhålles att i princip *heltidsanställda läkare* för företagshälsovård och arbetsplatsinspektioner är att föredraga framför deltidanställda, då de förra helt kan ägna sig åt sin arbetsuppgift och i viss utsträckning kan utbildas till specialister på området. Betydelsen av att organisera grupper av småföretag inom samma bransch för gemensam hälsovård underströks. Man framhöll även vikten av den inspektionsverksamhet på arbetsplatserna som utföres av yrkesinspektionens befattningshavare.

För några år sedan utfördes en undersökning bland små och medelstora industrier i Manchester för att studera behovet av företagshälsovård (Lee 1961). Härvid framkom att företagsledningen bedömde som särskilt angeläget organiserandet av första hjälp samt förebyggande av yrkesskador, särskilt yrkeseksem.

För att få ytterligare uppfattning om behovet av åtgärder avseende hälsovård och sjukvård på arbetsplatser har Forssman, Gerhardsson och Masreliez (SAF:s med. avd.) nyligen genom diskussion med företagsledningar och genom industribesök försökt få en uppfattning om behovet av företagshälsovård i de enskilda företagen inom verkstadsindustri i Eskilstuna och på grundval därav gjort upp en plan för gemensam företagshälsovård för en grupp av företag i det nya industriområdet om ca 20 företag med sammanlagt omkring 2 000 anställda.

Hultgren (Arbetsfysiol. inst.) har utfört en noggrann undersökning i ett småindustriområde i mellansverige (Anderstorp), där han försökt få information om behovet av företagshälsovård från företagsledningens och från de anställdas synpunkt samt mot bakgrund av sin egen omfattande erfarenhet som företagsläkare försökt bedöma behovet från medicinsk synpunkt (Hultgren 1964).

Ytterligare undersökningar av behovet av företagshälsovård och vilka åtgärder som bör givas prioritet från de tre synpunkterna, företagsledningens, de anställdas och företagsläkarens, bör utföras på flera platser och inom flera branscher för att utvidga våra kunskaper på detta område och för att göra den framtida företagshälsovården för små och medelstora företag effektivare.

Enligt erfarenheter både från utlandet och från Sverige finns det olika praktiska möjligheter att lösa företagshälsovården för små och medelstora företag. I Sverige har man för medelstora företag i stor utsträckning använt sig av *deltidsanställda läkare och sköterskor* enligt principen att det erford-



ras för de företagshälsovårdande uppgifterna, sjukvården icke inräknad, i genomsnitt 1—1,5 veckotimmar per 100 årsarbetare för läkare och 2—3 veckotimmar för sköterska. Tendensen är att ju mindre företagen är, desto mera utnyttjar man industrisköterskan relativt sett. Här får man ofta utnyttja specialutbildade hälsosköterskor som i stor utsträckning arbetar självständigt men under läkares direktiv och ansvar. En sådan verksamhet har t. ex. utvecklats i Gullhögens cementfabrik, Skövde.

För små företag torde denna form med deltidanställd personal knappast vara tillämplig, då hälsovårdspersonalens arbetstid per dag eller vecka blir alltför kort för att man skall kunna komma upp till en erforderlig standard på verksamheten i de enstaka företagen. Man har därför på många håll tillskapat *gemensam företagshälsovård för grupper av små och medelstora företag*. Sådan gruppverksamhet är ofta baserad på s. k. *geografiska grupper*, d. v. s. företag som ligger i närheten av varandra i ett industriområde. I åtskilliga länder har man omfattande och långvarig erfarenhet av dylik verksamhet.

Erfarenheter av denna art redovisas t. ex. från en verksamhet i Slough, grundad 1947, nu omfattande ca 27 000 anställda i 290 företag i ett relativt nybyggt industriområde utanför London. Här har man dels en hälsocentral för nyanställningsundersökningar, övriga hälsoundersökningar, behandling av olycksfall och sjukdom i viss omfattning, dels specialinredda bussar som kör runt till företagen för omläggningar och smärre undersökningar. Till Sloughs hälsovårdscentral fogades så småningom ett arbetshygieniskt laboratorium för teknisk-hygieniska arbetsplatsundersökningar, utredningar av yrkesrisker o. s. v. "Upptagningsområdet" härför har synbarligen varit för litet och detta laboratorium har lagts ned under 1964.

Det är av stort intresse att konstatera att det inom hälsovårdsorganisationen i Slough under flera år bedrivits rehabilitering av mycket avancerad grad i ett rehabiliteringscenter i nära samordning med omgivande sjukhus. Denna verksamhet har under de allra senaste åren helt övertagits av samhället. Måhända är detta en utvecklingstendens, som är värd att notera. Rehabiliteringsverksamheten här syntes vara i hög grad medicinsk med funktionsträning o. dyl. med relativt få anknytningar till rent industriella arbetsförhållanden.

Liknande gruppverksamheter med gemensam företagshälsovård för små och medelstora företag finns även på andra håll i England, såsom Newcastle, Rochdale, Dundee och West Bromwich.

En speciell form av gruppverksamhet har sedan 1955 utvecklats under industriläkaren och psykiatern Lord Taylors ledning i Harlow, en stad med 60 000 invånare. Här har man grundat företagshälsovården för ett 80-tal företag med sammanlagt omkring 13 000 anställda på de privatpraktiserande läkarna, som erhållit särskild utbildning i företagshälsovård. Utöver deras mottagningar i staden finns en central för företagshälsovård, varifrån



industrisköterskor dagligen sändes ut på fabriksbesök, bl. a. för första hjälp vid olycksfall och för diverse annan behandling. Målsättningen för Harlow-organisationen har formulerats sålunda:

- 1) att förbättra fysisk och psykisk hälsa för befolkningen genom förebyggande och behandlande åtgärder av olycksfall och yrkessjukdomar och att förbättra det allmänna hälsotillståndet hos de anställda,
- 2) att organisera sjukvård för anställda vid arbetsplatser eller eljest,
- 3) att lämna information och undervisning om yrkessjukdomar och olycksfall samt om hur hälsotillståndet bland de anställda rent allmänt kan förbättras,
- 4) att utföra forskning och undersökningar angående orsaker till yrkessjukdomar och olycksfall och angående möjligheterna att förbättra arbetshygien och omgivningshygien (Taylor 1961 och 1963).

I Holland finns gruppverksamhet på 23 platser motsvarande 230 företag och ca 130 000 anställda. Ett exempel på företagshälsovård för en grupp företag med detaljerad redovisning av erfarenheterna är organisationen i Almelo, som omfattar ett 30-tal företag motsvarande omkring 12 000 anställda. Erfarenheterna härifrån är synnerligen goda. Arbetet omfattar bl. a. nyanställningsundersökningar och regelbundna hälsokontroller av vissa grupper, kontroll av yrkesrisker, första hjälp och behandling av olycksfall och regelbundna fabriksbesök (B. Lammers 1961).

I Norge finns ett stort antal grupper organiserade med gemensam hälsovård för små och medelstora företag (Natvig 1963).

I Sverige finns sedan 10 år i Karlstad en hälsovårdscentral. Karlstadsföretagens hälsovård, organiserad av fem företag med totalt omkring 3 000 anställda. Sedan något år har två grupper med gemensam företagshälsovård organiserats i Halmstad. Det föreligger planer på att organisera gemensam företagshälsovård för medelstora företag på andra orter som t. ex. Eskilstuna, Varberg, Ljungby och Anderstorp.

Grupper av företag med gemensam företagshälsovård har även utvecklats i Frankrike mot bakgrund av den lag om obligatorisk företagshälsovård som infördes 1946 samt i Italien med hjälp av den frivilliga organisationen ENPI (Ente Nazionale per la Prevenzione degli Infortuni), som ursprungligen startades för att organisera första hjälp och annan vård av olycksfall men som sedan utvecklat sin verksamhet till att omfatta allmän företagshälsovård särskilt för små och medelstora företag (Didonna 1963, Pancheri 1962). En redogörelse på svenska för ENPI:s verksamhet återfinns i betänkandet Yrkesmedicinska sjukhusenheter (SOU 1963:46).

Gemensam företagshälsovård kan även ordnas *branschvis* av små och medelstora företag inom samma bransch. Detta innebär den fördelen att, då företag inom samma bransch delvis har likartade hälsoproblem, man på



detta sätt kan samla större erfarenhet om branschens speciella problem och få "specialutbildade branschläkare". Det finns några branscher med gemensam företagshälsovård, vars verksamhet har givit synnerligen goda resultat. Det bästa exemplet härpå torde vara den företagshälsovård som organiserats inom byggnadsverksamheten i Frankrike och särskilt i Paris. I Paris har man organiserat 20 hälsocentraler med 25 specialinredda bussar, i vilka undersökningar vid arbetsplatser kan utföras. Denna organisation täcker ungefär 180 000 anställda.

De praktiska erfarenheterna har emellertid visat att det i regel är fördelaktigare att bilda grupper för företagshälsovård på geografisk bas.

Organiserandet av gemensam företagshälsovård för grupper av små och medelstora företag stöter ofta på praktiska svårigheter, bl. a. att få ett antal företag att vid en bestämd tidpunkt ena sig om ett gemensamt program, så att lokaler kan anskaffas och personal anställas. Det är därför naturligt att man för att få ökad stabilitet i en dylik organisation även försökt knyta an till redan existerande hälso- och sjukvårdsorganisationer, t. ex. att basera företagshälsovården för ett antal små och medelstora företag på ett sjukhus som ligger i ett industriområde. I London finns ett exempel härpå, där man från Central Middlesex Hospital har en företagshälsovårdsorganisation, som ger en service åt omkring 6 000 anställda i ett 50-tal företag, belägna inom ca 1 200 meters radie från sjukhuset. Dylik verksamhet har även föreslagits i Sverige, då utredningen om de yrkesmedicinska enheterna (SOU 1963:46) föreslog att som försöksverksamhet regionssjukhusens yrkesmedicinska avdelningar skulle organisera en företagshälsovård av begränsad omfattning för ett industriområde med små och medelstora företag. Man har även diskuterat att för ett antal industrier i Uppsala organisera en gemensam företagshälsovård baserad på Socialmedicinska institutionen vid Akademiska sjukhuset.

Vid planering av företagshälsovården för små och medelstora företag torde det vara väsentligt att icke direkt kopiera erfarenheterna från företagshälsovården vid stora företag. Det torde emellertid i viss utsträckning vara möjligt att tillämpa dessa erfarenheter i företag med ned till 200 anställda, då åtskilliga problem är likartade. I mindre företag blir det dock nödvändigt att systematiskt studera behovet av åtgärder ur de tre aspekterna: företagsledningens, de anställdas och företagsläkarens. Till ledning för dylika utredningar har inom Svenska Arbetsgivareföreningen utarbetats ett formulär, som tillämpats såväl vid ovannämnda Hultgrens utredning som vid en utredning i Stockholm av Ahlmark och Sallstrand (1964) i anslutning till en hälsoundersökning av minderåriga anställda (under 18 år) organiserad av Statens institut för folkhälsa.

För framtiden torde det vara av största betydelse att i Sverige på flera olika platser få grupper av företag att organisera gemensam företagshälsovård för att få ytterligare erfarenheter om den lämpligaste organisations-



formen, arbetsuppgifter, personalbehov, kostnader etc. Dessutom borde man pröva gemensam företagshälsovård för någon grupp av företag inom samma bransch med företag belägna inte alltför långt från varandra och att basera den gemensamma företagshälsovården på ett sjukhus eller en universitetsinstitution, t. ex. för socialmedicin, givetvis under intimt samarbete med respektive rehabiliteringsklinik.

Då under senare år arbetet inom lantbruk och skogsbruk alltmer mekaniserats och sammanförts till större enheter, har arbetsformerna mer och mer närmat sig industrins och det vore därför naturligt att tillämpa vissa av industrihälsovårdens principer inom modernt skogsbruk och lantbruk. En konferens om företagshälsovård och vad som härav skulle kunna tillämpas inom skogsbruk organiserades 1962 av Skogsforskningsinstitutet och Arbetsfysiologiska institutet under medverkan av Arbetsgivareföreningens medicinska sektion och det torde nu vara tid för en uppföljning av denna konferens. Försöksverksamhet med hälsocentraler för skogsbruk och lantbruk vore av stort värde för att få mera erfarenhet om problem, behov och organisationsformer för detta område.

En fördelning av de till Svenska Arbetsgivareföreningen anslutna företagen efter antalet anställda utvisar att om man kunde organisera företagshälsovård för företag med ned till 100 eller t. o. m. ned till 10 anställda, skulle större delen, 75 % respektive 85 %, av antalet anställda täckas av en dylik hälsovård.

Beträffande de mycket små företagen, t. ex. företag med mindre än 10 anställda, torde stora praktiska svårigheter föreligga att organisera företagshälsovård enligt ovannämnda principer. Sannolikt behöver man här studier angående behovet av åtgärder och ytterligare försöksverksamhet. Det vore synnerligen intressant att i ett begränsat område försöksvis basera verksamheten för en grupp dylika småföretag på den allmänna hälsovården (tjänsteläkare och hälsovårdsnämnd), som enligt den s. k. kommunala tillsynen har uppsikt över arbetsplatser med mindre än 10 anställda utan maskiner (enl. arbetarskyddslagen § 23). Det är möjligt att i en framtid den allmänna hälsovården här bör bygga ut en viss aktivitet inom arbetshygienens och företagshälsovårdens område och att man genom försöksverksamhet får utröna vid vilken företagsstorlek den arbetsplatsbaserade företagshälsovården och den allmänna hälsovården bör mötas och samordnas.

För att ge en viss uppfattning om personalbehovet inom en större industris företagshälsovård redovisas i nedanstående tabell personalförhållandena inom 16 företag med väl utvecklad företagshälsovård, vilka varit föremål för subkommitténs enkätundersökning som senare i framställningen redovisas under rubriken "Utredningens material från 16 företag".



Tabell 1.

Företag	Bransch	Antal ind. läkare	Hälsovård/ vecka	Övrig personal/ hälsovårdsavd.
1	El	2 heltid 1 halvtid	50 tim.	11 heltid 4 deltid (sjukvårdare)
2	Metall	1 heltid	24 „	1 sjukvårdare 1 sjuksköterska 1 sekreterare
3	Stål	1 heltid 1 deltid	39 „	1 sjukgymnast (deltid) 4 sjuksköterskor 1 biträde
4	Metall	1 heltid	33 „	2 sjuksköterskor
5	Statl. verk	1 halvtids- anställd för- troende- läkare, an- visn.- och verksläkare		
6	Motor- tillv.	2 heltid	50 „	2 sjuksköterskor 4 biträden 1 audiometris och synprovare 1 reception och central sjukanmälan 2 sekreterare
7	Stål	1 heltid	20 „	2 sjuksköterskor 2 biträden 1 sekreterare
8	Livsm.	1 deltid	10—15 tim.	1 sjuksköterska 1 undersköterska 1 biträde
9	Gruv	1 heltid	25 tim.	1 sjuksköterska hälsovård 3 sjuksköterskor sjukvård
10	Papper	1 <sup>1</sup> heltid	Principen är $\frac{2}{3}$ hälsov. och $\frac{1}{3}$ sjukv.	3 sjuksköterskor (halvtid) 1 sekreterare
11	Papper	1 heltid	24 tim.	1 ind. sköterska 1 audiometris 1 biträde 2 sjukgymnaster (halvtid)
12	Verkstad	1 heltid 4 deltid	30 „	3 sjuksköterskor 1 biträde 2 sjukgymnaster 4 sekreterare

Företag	Bransch	Antal ind. läkare	Hälsovård/ vecka	Övrig personal/ hälsovårdsavd.
13	Gruv	1 heltid	30 tim.	1 sjuksköterska 1 undersköterska 1 receptionist-sekreterare 1 audiometris
14	Gruv	2 heltid	45 „	1 sjuksköterska 2 biträden 1 audiometris 1 sjukgymnast (deltid) 1 biträde till sjukgymnasten
15	Statl. verk	1 heltid <sup>2</sup> 12 deltid	148 „	4 sjuksköterskor 2 sjuksköterskor (deltid) 1 undersköterska 4 biträden 2 sjukgymnaster 1 röntgenbiträde 1 kurator 12 personalkonsulenter
16	Förs.bol.	1 <sup>3</sup> halvtid	8 „	2 konsulterande läkare 1 sjuksköterska 1 sjuksköterska (halvtid) 1 sjukgymnast 1 gymnastikdirektör för bioteknologisk verksamhet

<sup>1</sup> Organisationen svarar för sjuk- och hälsovården vid en grupp fabriker omfattande 2 400 anställda.

<sup>2</sup> Anställda av verket; i övrigt har man anvisningsläkare på ca 700 orter i hela landet.

<sup>3</sup> Undersökning av personal över 35 år sker genom Företagens Hälsokontroll.

### Rehabiliteringsbehov

Direkt relaterat till företagets storleksordning är deras sysselsättningsansvar. Särskilt inom de större företagen är detta mycket stort och man strävar efter att skapa arbetstrygghet för de anställda som önskar stanna i företaget. Det är uppenbart att detta synsätt för företagen skapar många sysselsättningsproblem när det gäller dem som på grund av fysiska och psykiska förändringar inte kan fullgöra sitt ordinarie arbete utan måste beredas en sysselsättning som svarar mot deras individuella behov. Faktorer som bidrar till sådana behov är olycksfall, sjukdom och åldrande. Det är framför allt i de äldre årgångarna som denna problematik får bredd.

### Tidigare undersökningar

För att belysa denna problematik inom företagen refereras här kort tre undersökningar som gjorts av Erik Bolinder, C. A. Heijbel och Alf Lundgren 1957—1958 respektive 1963 och 1964.



Bolinders undersökning<sup>2</sup> omfattar drygt ettusen manliga arbetare vid ett företag och avser en inventering angående deras arbetsanpassning med bedömning ur medicinsk och arbetsmässig aspekt. Materialet indelas i fyra grupper:

*Första gruppen* — *Normalfall* definierades som sådana som ej hade några medicinska arbetsbegränsningar och som av arbetsledningen bedömdes, vad gällde mentala och fysiska förutsättningar, placerbara var som helst i verket.

*Andra gruppen* — *Villkorligt arbetsföra av 1:a graden* innehöll individer med medicinska begränsningar av ur arbetsynpunkt mindre avancerad art. För dem fanns flera alternativa arbetsuppgifter i produktionen, även om man måste ta vissa hänsyn gentemot olika typer av arbetsuppgifter. Hit hörde t. ex. individer med ryggsjukdomar som inte kunde ta tyngre arbetsuppgifter, individer med digestionsbesvär som inte kunde gå skift o. s. v.

*Tredje gruppen* — *Villkorligt arbetsföra av 2:a graden* innehöll individer med mera avancerade medicinska handikapp. Hit hörde t. ex. individer med uttalade hjärtbesvär, höggradiga senformer av polyarthrit och arthrosis deformans, kombinationer av fysiska handikapp och mentala insufficienssymptom o. s. v. Att de registrerades i denna grupp var huvudsakligen beroende på att man trots dessa handikapp ändå hade lyckats framskapa en arbetsuppgift i produktionen där individen fullgjorde en tillfredsställande normalprestation.

*Fjärde gruppen* — *Villkorligt arbetsföra av 3:e graden* skilde sig ej från föregående grupp i medicinskt avseende. Registreringen i denna grupp härörde från förhållandet att de arbetsmässigt bedömdes omöjliga att placera i ett produktivt arbete med krav på normalprestation. Deras sysselsättning var i stor utsträckning skenbar, baserad på det sysselsättningsansvar som företaget kände för dem. De sysselsattes huvudsakligen med mer eller mindre tillskapade arbetsuppgifter som städning, handräckning, budbärning, arbete på "skyddad verkstad" m. m.

Fördelningen av materialet åren 1957—1958:

Normalfall	587 st (53,0 %)
Villkorligt anställda grupp 1	283 st (25,6 %)
Villkorligt anställda grupp 2	139 st (12,6 %)
Villkorligt anställda grupp 3	98 st ( 8,8 %)

Man frapperas här av den avsevärda dominansen av begränsat arbetsföra arbetskraft. Drygt 20 % av arbetsstyrkan har avsevärda medicinska handi-

<sup>2</sup> Dr Erik Bolinder: En inventering av hälsotillstånd och arbetsmässighet inom en industris manliga arbetskraft, Socialmedicinsk Tidskrift 39:7/62:276.

kapp och i över 8 % föreligger direkt olönsam sysselsättning. Problemet får delvis ses mot bakgrunden av företagets situation vid undersökningstillfället. Under 40-talet hade företaget genomgått en avsevärd rationalisering och expansion under framför allt decenniets sista år. Personalavdelningens medicinska resurser hade varit mycket obetydliga, någon målinriktad industrihälsovård var ej etablerad förrän år 1955. Nyrekryteringen hade försiggått mycket slumpmässigt. Nu, 1957, var företaget inne i en depressionsperiod. Orderingången var låg, samtidigt som produktionskapaciteten var hög efter genomförda rationaliseringar, skiftgång måste dragas ned till dagtid, vissa enheter måste dirigeras om, personal måste omflyttas från en avdelning till en annan, personalavdelningen överflyglades av omplaceringskrav, då man till varje pris ville undvika permitteringar.

För att få ett grepp om åldersfördelningen inom de tre grupperna av begränsat arbetsföra har nedanstående tabell upprättats.

Tabell 2.

	15—20 år	21—30 år	31—40 år	41—50 år	51—60 år	61—67 år	över 67 år
V 1:a gr	3 %	14 %	20 %	24 %	25 %	14 %	—
V 2:a gr	—	3 %	10 %	20 %	42 %	25 %	—
V 3:e gr	1 %	6 %	11 %	16 %	25 %	41 %	—

Vid analys av denna tabell finner man att sysselsättningssvårigheterna på grund av medicinska arbetsbegränsningar är ett problem som ökar med stigande ålder. Å andra sidan framgår det klart att problematiken inte, som många gånger framskymtar i litteraturen, är ett problem i närheten av pensionsåldern. Tvärtom är tyngdpunkten förlagd ända ned under 50-årsåldern och finns i viss omfattning ända ned i de yngre åldrarna.

Den första undersökningen gjordes 1957—1958. För att bedöma stabiliteten i dessa förhållanden upprepades undersökningen 1961—1962, varvid följande resultat erhöles:

Normalfall	640 st (54,1 %)
Villkorligt anställda grupp 1	340 st (28,8 %)
Villkorligt anställda grupp 2	142 st (12,0 %)
Villkorligt anställda grupp 3	59 st ( 5,1 %)

Tabell 3.

	15—20 år	21—30 år	31—40 år	41—50 år	51—60 år	61—67 år	över 67 år
V 1:a gr	2,6 %	15,0 %	17,1 %	22,1 %	32,3 %	10,9 %	—
V 2:a gr	0,7 %	2,8 %	7,1 %	16,9 %	38,0 %	33,8 %	—
V 3:e gr	—	3,3 %	6,9 %	6,9 %	45,7 %	37,2 %	—

Slutsatsen av dessa jämförelser blev att konjunkturförhållanden, rationaliseringsförändringar m. m. i mycket ringa grad hade påverkat dessa frågeställningar inom personalproblematiken.



Vad gäller orsaken till medicinska arbetsbegränsningar hänvisas till tabell 4.

Tabell 4.

	Villk. gr 1		Villk. gr 2		Villk. gr 3	
	58	62	58	62	58	62
Infektionssjukdomar .....	4 %	0 %	1 %	0 %	5 %	0 %
Tumörer .....	0 %	0 %	1 %	1 %	2 %	0 %
Endokrina och allergiska sjukdomar .....	4 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %
Mentala sjukdomar .....	27 %	35 %	40 %	33 %	40 %	27 %
Nervsystemets sjukdomar .....	5 %	2 %	4 %	5 %	8 %	9 %
Cirkulationsorg. sjukdomar ...	12 %	9 %	9 %	21 %	32 %	29 %
Respirationsorg. sjukdomar ...	5 %	5 %	2 %	7 %	1 %	7 %
Digestionsorg. sjukdomar .....	15 %	26 %	8 %	13 %	5 %	10 %
Urogenitalorg. sjukdomar .....	3 %	2 %	2 %	3 %	1 %	3 %
Hudens och underhudens sjukdomar .....	2 %	4 %	1 %	2 %	1 %	3 %
Skelettsystemets sjukdomar ...	41 %	42 %	46 %	51 %	40 %	50 %
Skador genom yttre våld .....	3 %	1 %	2 %	4 %	4 %	3 %
Allmänna åldersförändringar o. övrigt .....	1 %	2 %	5 %	3 %	0 %	3 %

Det framgår av denna tabell att det framför allt är skelettsystemets sjukdomar och mentala insufficienstaganden som dominerar. I de äldre åldersgrupperna är det i större utsträckning sjukdomar i cirkulationsorganen, som börjar dominera.

Heijbels undersökning<sup>3</sup> vill ge en uppfattning om åldersfaktorns inverkan på arbetsanpassning inom produktionsenheter med hög mekanisering och rationalisering. Därvid förutsattes att man — utan att rubba dessa produktionstekniska principer — har vidtagit olika åtgärder för att underlätta särskilt den äldre arbetskraftens arbetsanpassning. Undersökningen har utförts på en enhet för serietillverkning av personbilmotorer med sammansättningsoperationer efter ett löpande band. Materialet utgjordes av 337 huvudsakligen manliga arbetare av vilka de flesta hade 2-skiftsarbete. Materialets åldersfördelning demonstreras i tabell 5 och jämföres med ett motsvarande material från Metalls arbetslöshetskassa.

Tabell 5. Procentuell åldersfördelning

Metalls arbetslöshetskassa 1959 och P<sub>v</sub>-motorfabriken Volvo-Skövdeverken 1963.

Ålder	—24	25—34	35—44	45—54	55—59	60—66	67—
Metall	20,9	22,0	21,2	17,1	6,6	6,4	5,8
Volvo	20,5	23,1	26,7	20,5	5,6	3,6	—

<sup>3</sup> Dr C. A. Heijbel: Medelålders och äldre arbetskrafts anpassning till högmekaniserat arbete, SNS-skriften "För gammal?", 1963.

### Medicinsk anpassning

Den medicinska anpassningen (tabell 6) har tagits fram som en jämförelse mellan å ena sidan individens hälsa, fysiska och psykiska kapacitet, samt å andra sidan hans arbetssituation (arbetets form, arbetsmiljö, produktions- och andra anpassningskrav). Överensstämmelsen har gjorts till föremål för en allmän bedömning och arbetstagarens reaktion på arbetssituationen har sonderats vid hälsokontroller och andra kontakter. Anpassningen har angivits efter en 3-gradig skala.

En sådan bedömning är givetvis subjektiv men den sker i enlighet med en viss praxis och vållar sällan tveksamhet hos bedömaren.

Den medicinska arbetsanpassningen är för gruppen i dess helhet förhållandevis god. Den är bäst i de yngre åldersgrupperna. Otillfredsställande medicinsk arbetsanpassning förekommer endast i de två högsta åldersgrupperna och hänför sig där till ännu olösta omplaceringsfall.

Tabell 6. Medicinsk arbetsanpassning (i procent).

Alder	—39	40—49	50—59	60—	Alla
I .....	93,4	88,0	76,9	66,6	88,7
II .....	6,6	12,0	19,2	16,7	10,1
III .....	—	—	3,9	16,7	1,2

I = God fysisk och psykisk anpassning.

II = Acceptabel anpassning.

III = Otillfredsställande anpassning.

### "Yrkesmässig" arbetsanpassning

Den "yrkesmässiga" arbetsanpassningen (tabell 7) har bedömts av arbetsledningen i samråd med läkarna. Härvid har man i första hand sett till arbetstagarens förmåga att uppfylla arbetets kvantitativa och kvalitativa krav men man har också beaktat hög arbetsfrånvaro och påtagliga störningar i relationerna till omgivningen — i den mån sådant inverkar på produktions- och arbetssituationer. Anpassningsgraden är för hela gruppen anmärkningsvärt hög (93,5 %). Högst är den även här i de lägre åldrarna. Dålig "yrkesmässig" anpassning förekommer endast i den högsta åldersgruppen.

Tabell 7. "Yrkesmässig" arbetsanpassning (i procent).

Alder	—39	40—49	50—59	60—	Alla
I .....	77,8	41,4	30,8	—	59,7
II .....	18,7	53,3	53,8	75,0	33,8
III .....	3,5	5,3	15,4	8,3	5,9
IV .....	—	—	—	16,7	0,6

I = Välanpassade, flyttbara.

II = Välanpassade, svårflyttade.

III = Acceptabelt anpassade.

IV = Fyller ej arbetets krav.



Fördelningen mellan tabellens grupp I och grupp II är intressant. I båda grupperna bedöms anpassningen till aktuell arbetsuppgift som fullgod, men till grupp I har förts lätt omdisponibel arbetskraft, till grupp II mera svårflyttad. Flyttbarheten sjunker med stigande ålder. Att så många arbetstagare med nedsatt flyttbarhet bedömts fungera väl i sin aktuella arbetsplacering (tillhör grupp II i stället för grupp III—IV) måste tillskrivas bl. a. de intensiva ansträngningar som gjorts för att lösa den individuella arbetsplaceringen. Förhållandet dokumenterar på ett övertygande sätt denna möjlighet att kompensera en begränsad kapacitet.

En stor andel svårflyttad personal kan dock utgöra ett allvarligt hinder i en dynamisk produktionsutveckling, speciellt i samband med genomgripande omläggningar av produktionen. Med nuvarande kvot

$$\frac{\text{lättflyttade}}{\text{svårflyttade}} = 1,8$$

synes man dock med de goda personalvårdande åtgärder, som den aktuella produktionsenheten har, kunna bemästra anpassningssituationen.

Några av slutsatserna av denna undersökning, som här mycket summariskt är refererad, sammanfattas av Heijbel sålunda:

Undersökningen visar en stigande frekvens av medicinska arbetshinder med stigande ålder. Den medicinska anpassningen är generellt sett hög men något sämre i de högre åldersgrupperna än i de lägre. Huvudparten av arbetstagarna även i de högre åldersgrupperna fungerar yrkesmässigt sett väl i sina arbetsuppgifter men man kan av undersökningsmaterialet utläsa en med åldern minskad flexibilitet gentemot nya arbetssituationer och minskad flyttbarhet. I en dynamisk produktion med ofta återkommande om-balanseringar och omläggningar kan detta skapa placeringssvårigheter och anpassningsproblem. Med en "normal" åldersfördelning synes det dock möjligt att bemästra dessa svårigheter utan att rubba effektiviteten i produktionen.

Generellt sett måste graden av arbetsanpassning inom den undersökta enheten betraktas som hög. Bland de initiativ som bedömes verksamt ha bidragit härtill bör särskilt framhållas följande:

- A. Bioteknologiska principer har tillämpats vid utformningen av arbetsplatser.
- B. Arbetsledningen har visat stort och vidsynt intresse för personalfrågor och problem sammanhängande med äldres arbetsanpassning.
- C. Betydande uppmärksamhet har ägnats den individuella arbetsplaceringen.
- D. På det personaladministrativa och personalvårdande planet har tagits en rad initiativ, bland vilka märks en intensifierad företagshälsovård, i vars uppgifter ingått att ägna anpassningsfrågorna speciell uppmärksamhet.

Alf Lundgrens undersökning<sup>4</sup> är baserad på en studie över de villkorligt

<sup>4</sup>Dr Alf Lundgren: En studie över de villkorligt arbetsföra och deras problem vid en norrländsk storindustri. Särtryck ur Festskrift tillägnad Carl Kempe 80 år 1884—1964.



arbetsföra och deras problem vid en norrländsk storindustri och är utförd inom Mo & Domsjö aktiebolag, där man sedan många år ägnat ett betydande intresse åt ifrågavarande problem.

Undersökningen är baserad på en noggrann genomgång av samtliga medicinska journaldata från ortens sjukhus. Materialet utgörs av 287 villkorligt arbetsföra av företagets 2 465 arbetare. En jämförelse har gjorts mellan de medicinska bedömningarna och fallens arbetsmässiga bedömningar. De senare har inhämtats genom konferenser, där arbetsledning och läkare har diskuterat graden av arbetsförmåga. I nedanstående tabell demonstreras sjukdomsorsakerna hos de villkorligt arbetsföra.

Tabell 8. Villkorligt arbetsföra vid MODO:s fabriker i Örnsköldsviks-orten och Husum.

Sjukdomsorsak	Antal	
1. Olycksfall i arbete	34	} = 12,2 %
2. Olycksfall utom arbete	3	
3. Rygginsufficiens	78	} = 35,3 %
4. Ledsjukdomar (broskdegenerationer o. dyl. i höft-, knä-, axel- led m. fl.)	24	
5. Lungtuberkulos	13	} = 10,5 %
6. Andra lungsjukdomar (astma, kronisk bronchit m. m.)	17	
7. Hjärt- och kärlsjukdomar	38	} = 13,2 %
8. Mag- och tarmsjukdomar	13	
9. Njur- och urinvägssjukdomar	4	
10. Diabetes	7	
11. Organiska nervsjukdomar	10	} = 15 %
12. Neuroser och andra psykiska sjukdomar m. m.	33	
13. Eksem och hudsjukdomar	6	
14. Ögonsjukdomar	3	
15. Hörselskador	1	
16. Övriga sjukdomar	3	
Summa	287	= 11,6 % av 2 465 arbetare

Av tabellen kan konstateras att olycksfall — tvärt emot vad många säkert hade föreställt sig — utgör endast 12,2 % av samtliga fall. Den största sjukdomsgruppen är rygginsufficienser och ledsjukdomar (35,3 %). Intressant är gruppen "andra lungsjukdomar", där astman intar en dominerande plats. Den har liksom andra allergiska sjukdomar under senare år visat en tydlig tendens att öka.

Lundgren har från försäkringskassan i området slumpvis utvalt 2 465 förvärvsarbetande män med samma åldersfördelning som i industrimaterialet. Av detta försäkringsmaterial har 303 fall bedömts som villkorligt arbetsföra, vilket motsvarar 12,3 % av fallen. Detta är praktiskt taget samma procenttal som redovisas från industrimaterialet (11,6 %). Emellertid är yrkessammansättningen i de båda materialen högst olika. Under det att Mo & Domsjö's material omfattar endast industriarbetare så ingår denna yrkesgrupp till ca 60 % i försäkringskassematerialet. De övriga 40 procenten in-



nesluter de mest skilda yrken såsom affärs- och kontorsanställda, läkare, lärare, affärsmän samt egna företagare inom hantverk och industri osv. Sjukdomsorsakerna för de villkorligt arbetsföra i försäkringskassematerialet redovisas i tabell 9.

Tabell 9. Villkorligt arbetsföra. Kontrollmaterial från Örnsköldsviks sortens försäkringskassa omfattande 2 465 förvärsarbetande män med samma åldersfördelning som de vid MODO anställda.

Sjukdomsorsak	Antal	
1. Olycksfall i arbete	15	} = 8,9 %
2. Olycksfall utom arbete	12	
3. Rygginsufficiens	76	
4. Ledsjukdomar (broskdegenerationer o. dyl. i höft-, knä-, axelled m. fl.)	22	} = 32,3 %
5. Lungturberkulos	19	
6. Andra lungsjukdomar (astma, kronisk bronchit m. m.)	25	} = 14,5 %
7. Hjärt- och kärlsjukdomar	53	
8. Mag- och tarmsjukdomar	14	} = 17,5 %
9. Njur- och urinvägssjukdomar	4	
10. Diabetes	9	} = 12,9 %
11. Organiska nervsjukdomar	3	
12. Neuroser och andra psykiska sjukdomar m. m.	36	
13. Eksem och hudsjukdomar	2	} = 12,9 %
14. Ögonsjukdomar	9	
15. Hörselskador	2	} = 12,9 %
16. Övriga sjukdomar	2	
Summa	303	= 12,3 % av 2 465 undersökta män

När man jämför tabellerna 8 och 9, frapperas man av att fördelningen på de olika sjukdomsgrupperna i stort sett är densamma, trots att yrkessammansättningen är mycket olika i de båda materialen.

De båda undersökningsmaterialen har uppdelats i åldersgrupper, såväl det totala materialet som de villkorligt arbetsföra. Se nedanstående stapeldiagram.

I båda materialen är de villkorligt arbetsföra i de yngre åldersgrupperna upp till 40 år rätt fåtaliga och tämligen jämnt fördelade med relativt långsam ökning med stigande ålder. En markant stegring av de villkorligt arbetsföras antal ger sig dock tillkänna redan vid 43-årsåldern samt håller sig sedan på en ganska hög nivå, som ytterligare stiger med åren. Medelåldern för de villkorligt arbetsföra utgör i båda sammanställningarna ca 53 år, under det att den för hela grundmaterialet ligger vid 45 år. Åldersfördelningen av de villkorligt arbetsföra i de båda diagrammen (fig. 1 och 2) visar även i övrigt mycket god överensstämmelse. Detta synes ge belägg för att också beträffande sjukdomsfrekvensen i de olika åldrarna industrimaterialet — trots en mera ensidig yrkessammansättning — i stort sett väl motsvarar genomsnittet i samhället för ifrågavarande åldersgrupper.

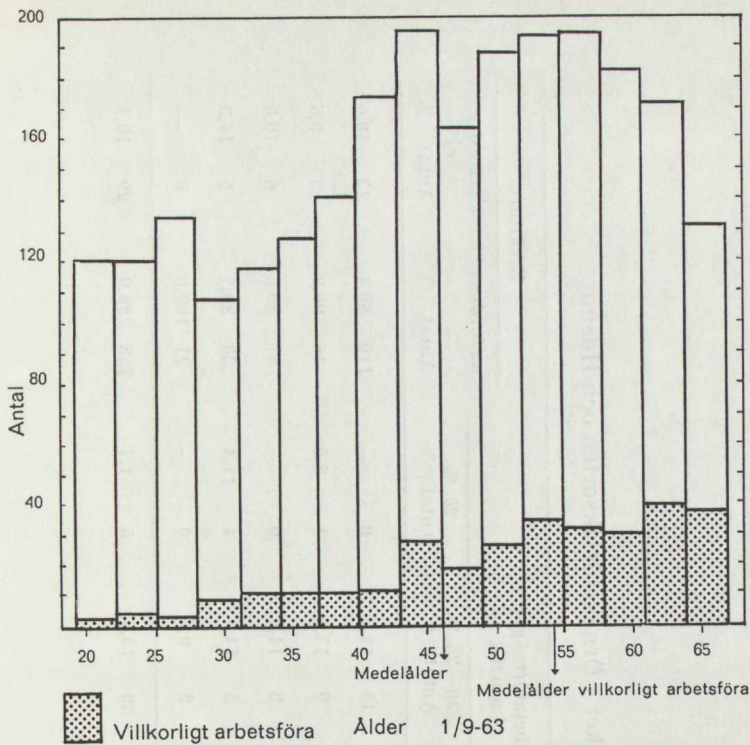


Fig. 1. Åldersfördelning för manliga arbetare, 19—66 år, vid Domsjö fabriker, Domsjö sågverk, Husums sulfatfabrik, Jerfeds mekaniska verkstad och Tretext-fabriken.

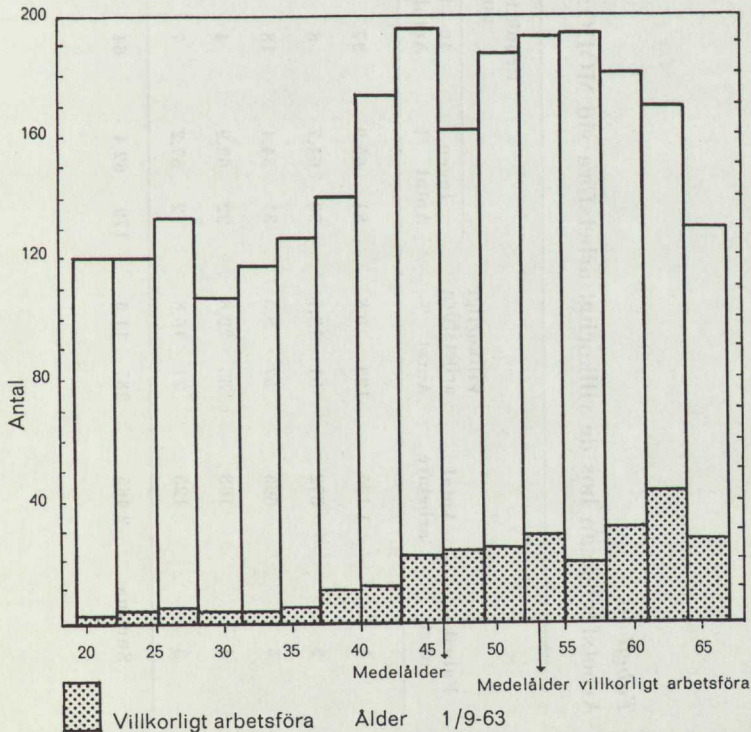


Fig. 2. Jämförelsematerial från Försäkringskassan, Örnköldsvik, omfattande samma antal personer inom varje åldersgrupp som materialet från MODO (Fig. 1).



Tabell 10.  
Arbetsförmågan hos de villkorligt arbetsföra vid MODO:s fabriker i Örnsköldsviksorten och Husum.

Fabriks- enhet	Antal arbetare	Villkorligt arbetsföra		Reduktion av arbetsförmågan i nuvarande placering						Ersättare					
		Antal	%	Ingen Antal	%	10—15 %		20—25 %		erfordras ej	Antal	%			
						Antal	%	Antal	%				Antal	%	
1	1 135	123	10,8	81	65,9	27	21,9	15	12,2	0	—	110	89,4	13	10,6
2	372	51	13,7	33	64,7	8	15,7	9	17,6	1	2,0	46	90,2	5	9,8
3	665	57	8,5	31	54,4	18	31,6	8	14,0	0	—	51	89,5	6	10,5
4	168	35	20,8	22	62,9	4	11,4	5	14,3	4	11,4	30	85,7	5	14,3
5	125	21	16,8	12	57,2	7	33,3	2	9,5	0	—	21	100,0	0	—
Summa	2 465	287	11,6	179	62,4	64	22,3	39	13,6	5	1,7	258	89,9	29	10,1

Graden av nedsättning i arbetsförmågan hos de villkorligt arbetsföra har i varje enskilt fall bedömts på grundval av den medicinska utredningen och efter samråd med arbetsledningen. En samlad bild av ifrågavarande resultat är sammanställd och redovisas i tabell 10.

Av de 2 465 anställda arbetarna är 287 = 11,6 % villkorligt arbetsföra. Av dessa utför emellertid 62,4 % ett fullgott arbete och 22,3 % har en obetydlig nedsättning av arbetsförmågan (10—15 %), som gör att man måste ta en viss hänsyn till dem, framför allt vid en eventuell placering i nytt arbete. Sammanlagt torde därför ca 85 % av de villkorligt arbetsföra för närvarande utföra ett i det närmaste fullt effektivt arbete.

Bland dem som utför ett fullgott eller nästan fullgott arbete befinner sig även rätt många med höggradig invaliditet, ända upp till 60 %. Det är sålunda endast hos 15 % av de villkorligt arbetsföra som arbetsförmågan är mera väsentligt nedsatt och där svårigheter kan uppstå att på ett någorlunda effektivt sätt tillgodogöra sig deras reducerade prestationsförmåga.

Att de villkorligt arbetsföra gör en mycket väsentlig arbetsinsats framgår ju även av att nästan 90 % av dem fordrar ersättare vid en eventuell avgång.

### Utredningens material från 16 företag

För att erhålla synpunkter på problemställningarna inom företagen vad gäller rehabiliteringsfrågorna har subkommittén utvalt 16 företag representerande olika branscher samt ett par statliga verk och genom en enkätundersökning (se bil.) försökt belysa olika synpunkter som kan läggas på rehabiliteringsproblematiken. De företag som tagits ut har en väl utbyggd personalorganisation inkluderande företagshälsovård.

I tabell 11 redovisas de företag, som tillfrågats vad gäller antalet anställda och fördelningen av personalkategorier.

Som synes är respektive företags sätt att redovisa sin åldersfördelning ganska varierande. En del företag delar upp åldersstatistiken i män, kvinnor, tjänstemän, kollektivanställda m. m. och en del lämnar uppgifter enbart om kollektivanställda. Det är svårt att få en allmän översikt över förhållandena men i stort kan dock vissa slutsatser dras ur detta material. Över huvud taget förefaller det som om medelåldern är relativt hög i alla tillfrågade företag med en fördelning varierande mellan 40—60 % av de anställda över 40 års ålder. Det finns företag där upp till 44 % av den kollektivanställda personalen är över 50 år.

I enkäten har man också försökt skaffa sig en uppfattning om den aktuella situationen ute i de tillfrågade företagen vad gäller antalet anställda, för vilka sysselsättningssituationen för närvarande vållar svårigheter. Härvidlag svaras det allmänt att det framför allt är den äldre och handikappade arbetskraften som man får svårigheter med, när rationaliseringen fort-



Tabell 11.

Företag	Bransch	Totalt antal anställda	Manliga t.j.män	Kvinnliga t.j.män	Manliga koll.anst.	Kvinnliga koll.anst.
1	El . . . . .	9 518	3 410	1 312	4 068	728
2	Metall ..	2 440	770	270	1 300	100
3	Stål ....	4 200	575	110	3 435	80
4	Metall ..	3 143	704	219	2 185	35
5	Statl. verk ....	13 700 (ca)	3 700	900	9 100	110
6	Motor- tillv. ...	2 815	480	90	2 175	70
7	Stål ....	4 200	540	175	3 200	285
8	Livsm. ..	1 205	208	136	314	547
9	Gruv ...	2 215 (ca)	532	70	1 628	70
10	Papper ..	742	82	22	611	27
11	Papper ..	2 506	390	120	1 894	102
12	Verkstad	5 405	1 704	860	2 030	811
13	Gruv ...	3 492	628	111	2 579	174
14	Gruv ...	2 662	425	71	2 113	53
15	Statl. verk ....	45 920 <sup>1</sup>	14 183	9 779	941	1 849
16	Försäkr.- bolag ...	2 364	1 220	1 144	—	—

<sup>1</sup> 29 168 arvodesanställda eller anställda med personl. avtal

Vad gäller åldersfördelningen inom tillfrågade företag hänvisas till tabell 12, där uppgifterna från de företag som svarat redovisas.

Tabell 12.

Företag		15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	över 60 år	
		%	%	%	%	%	%	
9 Gruv	Koll.anst.	3,4	20,9	21,3	26,3	21,3	6,8	
14 "	T.j.män	1,1	18,5	31,3	23,5	22,3	3,3	
	Koll.anst.	4,4	27,8	25,0	19,5	18,7	4,6	
8 Livsm.	T.j.män	Män	0,0	18,0	32,0	25,5	19,5	5,0
		Kvinnor	6,9	21,9	21,9	29,6	18,9	0,8
	Koll.anst.	Män	7,9	32,6	19,5	19,2	15,6	5,2
		Kvinnor	27,3	26,9	12,5	16,3	11,9	5,1
2 Metall	Koll.anst.	8,3	19,5	17,4	21,1	22,8	10,9	
4 "	T.j.män	Män	0,3	14,4	20,7	31,8	23,0	9,8
		Kvinnor	10,0	36,5	14,2	22,8	14,2	2,3
	Koll.anst.	4,5	12,7	10,7	27,6	30,6	13,9	
6 Motor- tillv.	T.j.män	5,4	21,8	29,0	27,1	13,1	3,6	
	Koll.anst.	11,6	27,3	18,3	19,3	16,6	6,9	
7 Stål	Män	14,0	21,0	18,0	19,0	19,7	8,3	
	Kvinnor	4,8	22,0	36,2	29,4	7,6	0,0	
15 Statl. verk	T.j.män	Män	7,5	28,8	19,8	22,4	17,3	4,2
		Kvinnor	10,8	39,0	17,1	16,4	13,7	3,0
12 Verk- stad	T.j.män	Män	3,7	28,1	26,8	21,6	13,6	6,2
		Kvinnor	13,1	31,8	17,2	23,6	12,4	1,9
	Koll.anst.	Män	23,9	23,3	14,3	14,0	14,6	9,9
		Kvinnor	7,9	20,1	16,8	24,3	22,9	8,0

skriker och fler och fler av arbetsuppgifterna som är lämpade för denna typ av arbetskraft försvinner. I tabell 13 redovisas företagens svar beträffande den svårssysselsatta arbetskraftens del av den totala arbetsstyrkan.

Tabell 13.

Företag	Bransch	procent	svårssysselsatta
1	El .....	c:a 1,9	(verkstad)
9	Gruv .....	” 0,5	
14	” .....	” 4,1	
8	Livsm. ....	” 1,2	
2	Metall .....	” 20,0	
4	” .....	” 25,5	
10	Papper .....	” 21,3	
11	” .....	” 10,1	
5	Statl. verk .....	” 5,2	
15	” ” .....	” 0,2	
3	Stål .....	” 2,3	
7	” .....	” 1,2	
12	Verkstad .....	” 5,0	(verkstad)
		3—5,0	(kontor)

Som synes varierar svårighetsgraden här ganska avsevärt mellan olika företag och branscher. Det är framför allt den tunga metallindustrin som visar mycket höga siffror, upp till 20—25 %. I allmänhet varierar procenten svårssysselsatta mellan medelvärden på omkring 2—5 %. Det är i synnerhet i de företag där ålderssammansättningen är ogynnsam som denna problematik får sin största tyngd.

För att finna metoder att bemästra denna företagsinterna problematik har man inom vissa företag funnit det lönsamt att etablera skyddade verkstäder, där man drar till sig lämpliga arbetsuppgifter från den övriga produktionen och på så sätt skapar möjligheter till mera individuellt ”skräddarsydda” arbetsuppgifter för dem som omöjligen går att placera ute i den ordinarie produktionen. Dessa verkstäder användes även som teststationer för sådant klientel som man behöver skaffa sig en bättre uppfattning om i arbetshänseende inför valet av en lämplig omplacering ute i produktionen.

Av 16 tillfrågade företag konstaterar man att 8 har speciell skyddad verkstad eller arbetsträningsavdelning. Ett par planerar dylik, medan resten saknar sådana möjligheter. Det förefaller som om den skyddade verkstaden i inget fall är uppbyggd för rehabilitering i ordets strikt medicinska bemärkelse med tillfälle till funktionsträning. För sådan verksamhet torde det fordras ett underlag som närmar sig 20 000 anställda.

I några företag rör det sig om en rent skyddad verksamhet där arbetsmässigt begränsad arbetskraft, som ej fungerar i den vanliga produktionen, ges lämplig sysselsättning i lugn arbetsmiljö utan fixerade prestationskrav. I andra fall är arbetsträningssyftet mer framträdande och placeringen i en



sådan avdelning är närmast en etapp på vägen mellan hel sjukskrivning och full sysselsättning i normal produktion.

Vid långvariga sjukdomstillstånd är det från rehabiliteringssynpunkt ofta angeläget att så tidigt som möjligt sätta in lämplig arbetsträning. Detta gäller särskilt i de högre åldrarna där en lång frånvaro från arbetet redan i och för sig tenderar att sänka den allmänna prestationsnivån. Det är naturligt — och ofta enda möjligheten — att förlägga sådan träning till den egna arbetsplatsen. Av produktionstekniska skäl är det emellertid inte möjligt att arrangera sådan arbetsträning i den ordinarie produktionen där kraven på full arbetsinsats måste tillgodoses. I en särskild rehabiliteringsavdelning däremot kan man ge en lämpligt avpassad arbetsträning i en skyddad men för patienten ändå välbekant arbetsmiljö och under överinseende av en läkare med speciella förutsättningar att sätta sig in i patientens medicinska och arbetsmässiga situation.

Till en dylik avdelning kan också överföras anställda som, utan att ha varit sjukskrivna, på grund av sina begränsade resurser sviktar eller har blivit insufficienta i den ordinarie produktionen. Sådana individer kan här erhålla adekvat arbetsträning och enklare arbetsprövning före eventuella omplaceringar — ett från medicinsk och arbetsvårdssynpunkt ofta överlägset alternativ till långvarig sjukskrivning.

En så fungerande verksamhet utgör ett opretentiöst men smidigt och effektivt rehabiliteringsinstrument. Den innebär en kostnadsbesparing, är mindre resurskrävande och utgör ett mindre ingrepp för patienten själv. Dessutom försäkrar man sig härigenom om en god kontinuitet i sjukvårdsrehabiliteringsprocessen. I de fall där en återplacering i ordinarie produktion visar sig ogenomförbar, kan man ofta på ett naturligt sätt lösa sysselsättningsfrågan genom att låta patienten mer långsiktigt stanna inom dessa arbetsförhållanden.

En förutsättning för att verksamheten av beskriven typ skall fungera är att ersättningsfrågan till de partiellt arbetsföra kan lösas tillfredsställande. Den produktion man kan ta ut i en dylik avdelning är givetvis begränsad.

Det finns för närvarande en stimulanshöjande effekt gentemot dylik verksamhet i form av det så kallade timbidraget från arbetsmarknadsverket. Detta ligger nu på 2 kr per arbetstimme. Förutsättningen för dylikt bidrag är att arbetsvården skall ha dispositionsrätt över rehabiliteringsplatserna. Det har visat sig att industrin ställer sig mycket tveksam till arrangemang av denna typ på grund av risken att man blir avhänd kontrollen över avdelningen ifråga. Man anser motivet för en dylik avdelning vara framför allt behovet av omhändertagande av den egna arbetskraften och tar hellre den totala kostnaden för arrangemanget ifråga av den anledningen. Det är fullt naturligt att man från arbetsmarknadsverket vill ha kontroll över hur anslagen används, men frågan är om inte detta borde kunna ordnas genom någon form av styrelse för dessa verkstäder med representation från ar-



betsvården som på så sätt skulle få full insyn i hur platserna fördelas.

Man konstaterar att ett av de allra mest svårlösta problemen vad gäller företagens interna rehabiliteringsverksamhet är formerna för ersättning till de partiellt arbetsföra. I dagens läge synes den mest rationella lösningen härvidlag ligga i möjligheten att utnyttja 50-procentig sjukskrivning under tiden för sysselsättning på rehabiliteringsavdelningen. Erfarenhetsmässigt vet man att man kan räkna med att få ut ca hälften av normal produktion av individer sysselsatta på en dylik industriell rehabiliteringsavdelning. Det visar sig emellertid att de försäkringsmässiga normerna i detta sammanhang är synnerligen litet flexibla vad gäller möjligheten till improvisationer för tillgodoseende av lokala behov.

Det är då framför allt två förhållanden, som härvidlag är svårbemästrade, dels frågan om bedömningsfaktorer vad gäller arbete halv eller hel dag, dels vad gäller ersättningstidens längd. Det bör vara synnerligen angeläget att man mer generellt fastställer normer för detta och då i en sådan riktning att 50-procentig sjukskrivning kan utnyttjas för partiell arbetsförmåga, där den anställde gives tillfälle att arbeta med reducerad arbetsförmåga hel dag samt under obegränsad tid.

Rehabiliterande åtgärder ute i produktionen sker framför allt på basis av det samarbete som sker mellan industriläkaren och företagets övriga stab. Härvidlag kan påpekas den kontinuerliga verksamhet som pågår i detta team för att på sikt göra alla arbetsplatser inom företaget så arbetsmässiga som möjligt. Genom eliminering av faktorer som bidrager till hög arbetstyngd, obekväma ställningar, besvärliga lyft m. m. blir rekryteringsbasen över huvud taget bredare med möjligheter till sysselsättning för fysiskt begränsade. Genom bioteknologiska åtgärder riktade mot individuella förhållanden strävar man att bibehålla en handikappads sysselsättning genom att med olika åtgärder ändra arbetet så att det passar den betingat arbetsföres nya situation. På detta sätt finns exempel på hur man kunnat behålla äldre arbetskraft i gamla arbetet trots att åldersfaktorn börjat utgöra begränsningar för ett fortsatt arbete.

Sålunda svarar i vår enkät 10 företag att denna verksamhet är av en utomordentligt stor betydelse och man arbetar aktivt på detta område. I 3 företag säger man sig inte tro på dylika åtgärder som någon reell möjlighet, medan de övriga inte svarar alls.

Inom vissa företag har man gjort försök med en inventering av arbetsplatser lämpade för betingat arbetsföra. Man anser sig inte kunna friställa dessa platser omedelbart för dylika behov men på sikt anses att de skall fyllas med personal som behöver dem, när vakanser uppstår.

I enkäten visar det sig att denna metodik är någonting som mycket allmänt tas upp inom företagen i dag i deras strävan att lösa de interna problemen. Av 16 företag svarar 12 att sådant inventeringsarbete pågår eller är under planering. Övriga har ej något systematiskt arbete härvidlag men



ställer sig mycket positiva för framtiden. Vår undersökning tycks ge vid handen att detta är en framgångsmodell som kommer att bli ganska allmänt införd i näringslivet.

### *Företagens inställning till externt rehabiliteringsklientel*

Med företagens egna rehabiliteringsbehov som bakgrund råder naturligtvis viss restriktivitet när det gäller nyanställning av betingat arbetsföra av mera avancerad grad. Där företagen har fullt utbyggd industrihälsovård är läkaren alltid inkopplad i anställningsförfarandet. Detta sker på intet sätt så att man enbart anställer arbetssökande, vilka från medicinsk synpunkt icke företer några brister. En sådan politik skulle i och för sig vara orimlig, eftersom ett sådant urval inte finns i tillräcklig mängd inom den normala arbetsmarknaden. Tvärtom har arbetsmarknadssituationen under lång tid varit sådan, att man över huvud taget har haft stora rekryteringssvårigheter. Läkarens insats i nyanställningsförfarandet är alltså inte att "plocka russinen ur kakan" utan att medverka till att förutsäga möjligheter till anpassning mellan arbetssökande och tilltänkta arbetsuppgifter. Det bör konstateras att detta resonemang inte enbart gäller sett ur företagets synpunkt. Även för individen själv, som står inför valet av en ny arbetssituation, bör det vara synnerligen väsentligt att erhålla alla de synpunkter, som är möjliga härvidlag vad gäller hans förutsättningar för framgång i arbetet. En påbörjad arbetssituation, som inom kort visar sig vara orealistisk ur anpassningssynpunkt, kan för individen själv innebära en stor belastning. Varje nyanställning är för ett företag en kapitalinvestering. Denna är större ju större ansvar befattningen innebär. Man har mycket svårt att beräkna kostnaderna för ett medeltal av nyanställningar men vissa försök har gjorts härvidlag. Först kan sägas att kostnaden för nyanställning och introduktion och upplärning fram till den tidpunkt, då den nyanställde börjar komma i för företaget full produktion, växlar beroende på kvalifikationsgraden. En tempoarbetare, en städare o. s. v. kostar relativt obetydliga summor, en valsare, en gjutare o. s. v. avsevärda belopp. Inom ett företag, där man gjort försök att beräkna kostnaderna, har man stannat för en medelsiffra på ungefär 6 000 kr som kostnad för varje nyanställning. Läger man härtill den alltmer ökade grad av anställningstrygghet som krävs av företagen, kan en nyanställning som görs mot en viss uppgift bli oerhört kostsam, om den visar sig misslyckad efter kortare eller längre tid och man blir tvingad till omplaceringar på grund av individuella hänsyn, till arbetsuppgifter inom företaget som ej är å priori väl motiverade.

Walter Goldberg har sammanställt en undersökning<sup>5</sup> från 1961—62 beträffande förekomsten av nedsatt prestationsförmåga hos personal vid 14

<sup>5</sup> Walter Goldberg: Personal med nedsatt prestationsförmåga, Institutet för distributions-ekonomisk och administrativ forskning, Meddelande nr 28, 1964.



svenska företag med sammanlagt ca 12 000 anställda. Nedsatt prestationsförmåga har definierats som förmåga att utföra arbete i sådan utsträckning, som motsvarar företagets lönekostnader m. fl. kostnader som anställningen förorsakar företaget. De undersökta företagen representerade: textil, livsmedel, oljedistribution och mekaniska verkstäder. Intet av företagen hade industriläkare.

Frekvensen av anställda med nedsatt prestationsförmåga varierade för de olika företagen mellan 0,61 och 2,5 %. Den var högre för tjänstemän än arbetare, för manliga anställda än kvinnliga och för små företag än stora. De flesta fallen återfanns i åldersgruppen 50—59 år och anställningstiden var som regel avsevärd. Företagens genomsnittliga kostnad för dessa fall varierade mellan 2 000 och 19 000 kr per fall och år, eller mellan 0,02 och 0,8 % av årsomsättningen.

Intressant i denna undersökning är konstaterandet att rehabiliteringsbehovet uppenbarligen är minst lika stort på tjänstemannasidan. Med fortsatt rationalisering kommer detta problem sannolikt att öka.

Med dessa resonemang som bakgrund är det uppenbart att det ligger i företagets intresse att vid en nyanställning skaffa sig så goda garantier som möjligt för att den arbetsanpassning och den produktionseffektivitet som man eftersträvar skall ha så stora förutsättningar som möjligt att lyckas. Man hesiterar härvidlag inte för medicinska begränsningar i olika avseenden men man vill ha så stora garantier som någonsin är möjligt för att dessa begränsningar inte skall integrera med de krav som arbetsuppgifterna ställer och att arbetsbegränsningen är någorlunda stationär och ej progredierar.

Metoden vid nyanställningsundersökningar är att läkaren bildar sig en uppfattning om den nyanställdes fysiska och psykiska hälsa samt gör en syntes av sina fynd i form av en profil över individens kapacitet. Genom att jämföra denna kapacitet med de aktuella arbetskraven kan han göra sig en uppfattning om förutsättningarna för framgång i det tilltänkta arbetet. Genom fortsatt personaluppföljning av såväl arbetsledning som företagsläkare följs sedan denna anpassning upp i det vidare anställningsförloppet. För att ej riskera en extrem restriktivitet vid nyanställning är det väsentligt att denna uppföljning av anpassningen i det första skedet försiggår i intim kontakt mellan företagets och samhällets rehabiliterande och arbetsvårdande instanser. En sådan flytande övergång i ansvarsfrågan medför att företaget kan vidga sin positiva inställning vad gäller möjligheterna att pröva även icke å priori "riskfritt" klientel.

I den tidigare nämnda enkätundersökningen redovisar de tillfrågade företagen hur många procent av dem som antagits vid nyanställningar som är behäftade med medicinska begränsningar gentemot arbetsuppgifter, där speciella hänsyn måste tas vid arbetsinplaceringen med tanke på medicinskt betingade arbetshinder. Resultatet av enkäten redovisas i tabell 14.



Tabell 14. Nyanställningsundersökningar — antagna trots medicinska begränsningar

Företag	Bransch	% betingat arbetsföra
9	Gruv .....	några procent
13	” .....	9,7
8	Livsmedel .....	2,7
2	Metall .....	20,0
6	Motortillverkning .....	18,0
10	Papper .....	0,0
5	Statligt verk .....	1,0
3	Stål .....	22,5
12	Verkstad .....	6,3

Som synes varierar antalet betingat arbetsföra som antagits vid nyanställning mycket avsevärt inom olika företag. Särskilt inom den tyngre industrin, metall- och stålindustrin, är andelen betingat arbetsföra hög bland dem som nyrekryteras. Detta är naturligt, eftersom relativt små medicinska defekter kan vara besvärande gentemot mycket tunga eller speciellt belastande arbetsuppgifter. Siffrorna är avsevärt mycket lägre i industrier av lättare typ. Det är intressant att konstatera att t. ex. företaget som representerar cellulosaindustrin har 0,0 % betingat arbetsföra bland sina nyanställda, vilket sannolikt hänger samman med de mycket specifika krav som måste ställas inom företagstyper med hög grad av automatisering. I detta sammanhang är det även värt att framhålla att den tillfrågade industrin är belägen i en landsdel där efterfrågan på arbetskraft är mycket liten och av speciell karaktär, under det att tillgången på arbetssökande är betydligt större än i sydligare delar av landet. Av tabell 15 framgår hur många procent som får sin ansökan om anställning avstyrkt av medicinska skäl.

Tabell 15. Nyanställningsundersökning — procent avstyrkta ansökningar.

Företag	Bransch	% avstyrkta
1	El .....	0,5
9	Gruv .....	2—3,0
13	” .....	0,0
14	” .....	5,0
8	Livsmedel .....	8,0
2	Metall .....	5,0
4	” .....	8—10,0
6	Motortillverkning .....	1,5*
10	Papper .....	8,3
11	” .....	1,5
3	Stål .....	2,6
7	” .....	2,0
12	Verkstad .....	0,0

\* Tillstyrkta med tvekan 11,0 %.



Man konstaterar att antalet avstyrkta på grund av medicinska skäl vid nyanställningsundersökning i allmänhet ligger mycket lågt och varierar mellan någon och några procent, medan i tre företag procent avstyrkta ligger så högt som 8—10 %. Vad gäller de två företag som ligger högst i avstyrkningsprocent har det sin förklaring i det förhållandet att det ena har en ogynnsam åldersfördelning bland sina anställda och det andra företaget — en speciell form av livsmedelsindustri — har mycket stränga hygieniska krav. I det tredje företaget ligger sannolikt den väsentliga felkällan i att det här rör sig om ett mycket litet material.

En annan faktor som påverkar dessa stora variationer kan ligga i förhållandet att inom vissa företag personalavdelningen före läkarundersökningen gjort en viss preliminär sällning.

Studerar man vilka medicinska faktorer som dominerar som anledningar till avstyrkande, finner man att de vanligaste orsakerna är sjukdomar i rygg och leder, syndefekter, mental-, hjärt- och lungsjukdomar.

Hur ett företags inställning till arbetsvårdens problem är, står efter detta resonemang ganska klart.

Man är på intet sätt negativ till att diskutera anställning av ett rehabiliterat klientel. Å andra sidan vill man inte göra oöverlagda försök utan vill skaffa sig så stora garantier som möjligt baserade på egna bedömningar om detta klientels möjligheter till framgång i arbetet. För dessa bedömanden fordras ett öppet och intimt samarbete mellan företagets personalavdelning och läkare samt representanterna för arbetsvården och den medicinska rehabiliteringen. För närvarande bromsas denna positiva inställning från företagets sida på grund av avsaknaden av detta nära samarbete mellan instanserna. Det finns inga reellt brukbara rutiner för hur data skall distribueras mellan rehabiliterings- och arbetsvårdsinstanser före en konkret anställningssituation. Dessutom upplever ofta företagen arbetsvårdens strävanden som ett tryck där man ej kan komma ifrån känslan av att man med olika argument försöker övertyga företagen att mottaga orealistiskt klientel.

I vår enkätundersökning konstaterar man vad gäller nyrekrytering från arbetsvården att dylik bland 16 tillfrågade företag praktiskt taget aldrig förekommer i 6 av företagen, i 4 av företagen bara någon enstaka gång och i ett företag med någon större intensitet. Övriga har ej svarat på detta. Vad gäller frågan om det förekommer organiserat samarbete med arbetsvård, lasarets- och rehabiliteringsavdelning, finns några sådana kontaktvägar ej organiserade i 8 företag, medan övriga svarar tveksamt med förklaringar som "mer informella kontakter mellan personalavdelning eller industriläkare från fall till fall". Vad gäller det företag som i enkäten visar sig ha etablerat det största samarbetet med arbetsvårdande organ framhåller man därifrån att det är en viktig förutsättning för dylikt arbete att det allmännas organ tar sin del av ansvaret och infriar sina utfästelser, när begränsat arbetsföra erhåller arbetsträning ute i företagen. I annat fall kan det hända



att företag som med glädje hälsar handikappade inom sin personal tvingas att bli restriktivare i sin anställningspolitik.

### **Samarbetet mellan rehabiliteringsklinik, arbetsvård, sjukförsäkring och företag**

Här har belysts industrins erfarenhet av samarbete med rehabilitering och arbetsvård. Vid subkommitténs besök vid rehabiliterings- och arbetsvården i Eskilstuna gjordes ett försök att penetrera denna frågeställning från motsatta hållet, varvid följande synpunkter framkom:

#### *Kontakter med företagen*

Direkt kontakt mellan företag och den allmänna organisationen för rehabilitering och arbetsvård förekommer endast mera sporadiskt. Framför allt företag med egen hälsovårdsorganisation utnyttjar denna möjlighet och rehabiliteringsfrågorna löses där ofta direkt mellan industriläkare och arbetsvård eller genom direkt kontakt mellan industriläkare och försäkringskassan. Vad gäller företag utan dylika förutsättningar till personaluppföljning anser man att problemen ändå i stor utsträckning fångas upp genom de fall som emanerar från företaget ifråga och dyker upp i 90-dagarsfallen vid samarbetslagets genomgångar. De praktiserande läkarna i upptagningsområdet betraktas i gemen som synnerligen positivt inställda. Genom kontakt med dessa över försäkringskassan fångas även småföretagens problem upp.

#### *Företagens attityd mot rehabiliterat klientel*

Man betraktar framför allt ryggsjukdomarna som ett mycket stort arbetsmässigt problem inom företagen. Särskilt är man bekymrad över svårigheten att sålla ut de fall med verkliga medicinska argument från dem som bara använder dylika motiv för ernående av bättre arbetssituationer.

Företag med egen industriläkare konstaterar den mycket stora hjälp man har av dessa sina egna medicinska resurser såväl vad gäller de interna placeringsproblemen som externa kontakter med rehabiliterande och sjukvårdande organ.

Överlag kan sägas att erfarenheterna härvidlag är mycket positiva. De större företagen tycks ha större resurser vad gäller variationer av arbetstillfällena men även många av de små företagen är synnerligen positiva. Skillnaden ligger mindre i graden av storleksordning hos företaget. Den är mera klart bunden till företagsledningens personliga attityd. Det finns också här stora möjligheter att vidga intresset och placeringsförutsättningarna genom personlig påverkan av företagens ansvariga.

Vad gäller kontakterna mellan industrin och arbetsvård-rehabilitering



skiljer man klart på två typer av fall. Den ena kategorin gäller individer som är arbetsmässigt väl förankrade inom ett företag och där råkar i en sjukdoms- eller olycksfallssituation som bryter den normala arbetstillvaron. Det gäller här att finna en rehabiliteringsgång som i så stor utsträckning som möjligt kan återföra individen till en ny, kanske förändrad, arbetstillvaro. Här kan de rehabiliterande resurserna redan från början ganska lätt riktas mot nya alternativ i det gamla företaget och attityderna från alla håll är mycket positiva. Patientens situation är här till synes säker. Företaget kommer att ta ansvar för hans omplacering och man har lätt att konkretisera målen. Förutsättningarna för god anpassning är optimala. En annan betydligt svårare grupp av rehabiliteringsfall utgör de fall som ej har någon fast företagsförankring. De har varit sjukskrivna länge och hänger från arbetssynpunkt "i luften". Här blir såväl arbetsprövning som arbetsträning betydligt mera komplicerade. Fallens sociala och medicinska prognos är ofta sämre och möjligheterna att finna en positiv attityd hos företag att ta emot dem efter arbetsträningens slut är också mindre. För detta klientel har man ett starkt behov av skyddade verkstäder.

Försäkringskassans erfarenheter ger vid handen att de svåraste fallen från försäkringssynpunkt utgör de fall som förutom fysiska handikapp, framför allt skelettsjukdomar, även har tecken på grav psykisk belastning. Alkoholisterna anser man också som ett klientel med dålig prognos vad gäller rehabilitering. Utlänningarna utgör i vissa fall ett speciellt problem. Ofta har de en grav social-medicinsk belastning med mycket negativ attityd till arbetsvård. Språksvårigheter kan också göra det mycket svårt att här klara ut de psykiatriska faktorerna.

En annan förutsättning som verkar i negativ riktning är förhållandet att man inte klarat av rutiner för återgångsvägar, om ett anställningsförsök visar sig misslyckat. Företaget oroar sig för att ådraga sig ett sysselsättningsansvar för en individ som rätt snart visar sig vara en negativ investering. Genom det normala utfallet genom ålder och sjukdom inom företagens fasta arbetarstam har man fyllt alla resurser för s. k. reträttplatser. Fyller man på med flera fall utifrån som rätt snart blir i behov av denna mera sociala sfär inom företaget, klarar det inte upp sina mest brännande problem.

Förutsättningarna för att ernå en maximalt positiv attityd från företagets sida gentemot rehabiliterat klientel är alltså att man överväger nära och klara linjer mellan företagets personalavdelning och läkare å ena sidan och arbetsvården-rehabiliteringskliniken å den andra. Att man finner vägar för utsträckandet av arbetsprövningen från arbetsvårdens mera teoretiska förhållanden ut till de mera praktiska inom företaget och att denna prövotid ligger inom arbetsvårdens ansvar så länge som företaget inte har klara garantier vad gäller anpassningen. Att sedan företagets och arbetsvårdens instanser under en flytande övergångstid i ett visst skede gemensamt tar



ställning till anpassningen i företaget och avgör om ansvaret för anställningen skall övergå helt i företagets regi.

Vid subkommitténs besök i Eskilstuna konstaterade man där att man ännu inte hade någon erfarenhet av sådant samspel mellan arbetsträningsinstitutet och industrin annat än i något enstaka fall, där en elev givits möjlighet att inom ett företag fortsätta som länsarbetsnämndens utbildningselev. Det är framför allt komplikationer av avtalsmässig art som för närvarande lägger hinder i vägen för dylik verksamhet på mera bred front. Fackföreningarnas inställning är härvidlag av stor betydelse. Man känner inom detta rehabiliteringsområde allt starkare behov av en sådan fortsatt arbetsprovning ute i industrin men fortfarande med kvarhållande av ansvaret för individen hos de allmänna rehabiliteringsorganen. Man antog att en sådan möjlighet till slussning av ansvaret möjligtvis skulle göra industrins attityd mera positiv vad gäller frågan om att ta emot rehabiliterat klientel men å andra sidan underströk man framför allt från medicinskt håll den osäkerhet som ett sådant system skulle innebära för individen, bidragande till att öka hans redan förut hårt ansträngda stressmekanismer inför påbörjandet av en ny arbetssituation.

Det är givet att detta samspel som sålunda borde vara önskvärt mellan företag och rehabilitering-arbetsträning förutsätter en god personalorganisation och en utbyggd företagshälsovård inom företaget ifråga. Hur detta samspel skall kunna fungera i företag av mindre storleksordning utan dessa personalmässiga och medicinska resurser är naturligtvis ett svårlöst problem. Emellertid visade det sig vid subkommitténs besök i Eskilstuna att mycket av detta samspel finner sin lösning inom ramen för det arbete som sker inom försäkringskassan i en väl fungerande samarbetsdelegation. Här finns medicinsk expertis samt representanter för medicinsk rehabilitering, arbetsvård och socialvård. Hit hänskjuts alla försäkringsfall som överstiger 90 dagars sjukskrivningstid. Inom samarbetslaget går man igenom dessa fall med regelbundna intervaller och bedömer vilka som bör göras till föremål för arbetsvårdande åtgärden. Mängden av dylika fall är synnerligen stor, varför man måste sälla mycket hårt bland detta material. Kontakt tages med behandlande läkare och erforderliga sociala utredningar göres. En stor del av fallen återföres till arbetstillvaro igen enbart genom denna ytterligare belysning av fallens totala situation, där ofta sociala faktorer kan rättas till. En annan stor del göres till föremål för ytterligare medicinska utredningar, framför allt psykiatriska, varvid de då snabbt kan avföras från listan på lämpliga rehabiliteringsfall och i stället få en inriktning mot rent sociala åtgärder eller i vissa fall pensionslösningar. Endast 10—20 % av fallen leder till rehabiliterande och arbetsvårdande åtgärder. Man strävar här efter att i möjligaste mån utreda fallen så långt att, när de hänvisas till rehabilitering och arbetsvård, de skall ha så maximal förutsättning som möjligt att bli "lyckade" i denna verksamhet.



I denna verksamhet fångas en stor del av rehabiliteringsproblemen upp vad gäller de små företagen utan egna personalvårdande resurser och försäkringskassans samarbetsdelegation blir då det kontaktorgan som utgör den förmedlande länken mellan den samhällseliga rehabiliteringen och företagsinterna problem.

### *Rationalisering och dess konsekvenser i rehabiliteringshänseende*

Det synes föreligga en uppenbar tendens till branschrationalisering som senaste årtiondet snabbt accelererat. Detta innebär att mindre företag i samma bransch slås samman omkring ett gemensamt tillverkningsprogram. Man kan då dela upp produktionen så att en del av tillverkningsprogrammet sker inom det ena företaget, en annan inom det andra o. s. v. Flera företag som tidigare var för sig har haft en varierad tillverkning får nu vart och ett sin enhetliga specialisering. Detta arrangemang medför att man får helt andra möjligheter till flytande produktion som kan göras i mycket stor utsträckning mekaniserad och automatiserad. Detta i sin tur medför stora personalkonsekvenser. Den mest iögonenfallande är olika grader av personalreduktion. En annan är mycket speciella krav på arbetsprestationer. I en del fall gäller det få arbetsuppgifter med mycket höga krav på utbildning, ansvar, koncentrationsförmåga, hög uppmärksamhet o. s. v. i övervakningssituationer i paneler och kontrollrum. I andra rationaliseringstyper gäller det speciella krav på arbetskraften såsom monotoni, högt uppdrivet tempo, ensidiga arbetsställningar m. m. i arbetsuppgifter av tempo-karaktär av typen löpande band, matning av hastigt opererande maskiner o. s. v.

Även inom de stora företagen som tidigare haft varierande tillverkningsprogram tycks tendenser mot standardisering och begränsning av tillverkningsprogrammet vara en trend för framtiden.

Exempel på dylika utvecklingstendenser finns t. ex. inom emballageindustrin, glasindustrin, verkstadsindustrin, järnbruken m. m. Även inom de mera servicebetonade näringarna är tendenserna lika. Här kan nämnas mejerihantering, bagerinäring, handel och kontor.

Utvecklingstendenser av detta slag medför först och främst att man mer och mer totalt inom arbetsområdet måste kräva full prestation av varje anställd. Dels blir de tekniska investeringarna så stora, att man för varje procents minskad effektivitet förlorar opropotionerligt stora belopp, dels är möjligheterna till prestationsmätning så effektiva, att man inte kan undgå att märka låga individuella prestanda.

Vid serie- och massproduktion, som blir allt vanligare inom den högrationaliserade industrin, sker bearbetning och montering efter tillverkningslinor och löpande band. Här är det nödvändigt med ett produktionstekniskt



förfarande, som innebär en långt gående förplanering av produktionsgången och en exakt avbalansering av de enskilda arbetsuppgifterna gentemot varandra, och det blir då praktiskt taget omöjligt att anpassa prestationsnivån efter individuella förutsättningar, särskilt som ombalanseringar ofta måste göras och arbetstagarna vid tillfälliga vakanser måste flyttas mellan olika stationer. Alla arbetstagare som är inkopplade i en dylik produktionskedja måste vara kapabla till en normalprestation.

En annan konsekvens är att variationen av arbetsuppgifter reduceras mycket kraftigt. Sidoställda operationer av typen transporter, sortering, avsyning försvinner. Nästan alla typer av varierande sysselsättning där individen kan bestämma sitt arbetssätt och i viss mån sin arbetstakt försvinner.

Genom nya prestationsmätninginstrument av typen UMS\* skaffar man sig allt fler möjligheter att prestationsmätta även sådana arbetsuppgifter som städning, enkla reparationer o. s. v. som varit förbehållna äldre arbetskraft med behov av lugnare arbetstempo, dagtid och timlön.

Det är troligt att skiftarbetet kommer att beröra nya områden, då även kontorssidan.

Tendenser synes föreligga för storindustrin att mer och mer överväga lönsamheten av serviceavdelningar. Man slopar dylika och köper i stället tjänsterna utifrån från nyetablerade bolag som åtar sig sådana tjänster i en mera rationell organisation. Bolag av dylik typ är Städernas Vakt AB, städbolag, bolag för distribution av färdiglagad mat, transportföretag, externa byggnadsföretag m. m.

I subkommitténs enkät svarar 11 företag av 16 att rationalisering har medfört personalreduktioner. Inget företag har tvingats till permitteringar av denna anledning, medan tydligen en 100-procentig tendens förefinns att reglera detta förhållande med anställningsstopp. Samtliga företag svarar att vissa typer av arbetsuppgifter försvunnit i denna rationaliseringsprocess. Arbetsuppgifter som försvunnit och som huvudsakligen beskrivs i enkäten gäller olika slag av manuellt arbete, enklare uppgifter av servicekaraktär samt bänkarbeten, kontrolloperationer, förrådsarbete, städning m. m. Av samtliga tillfrågade företag har alla utom 3 svarat att rationaliseringen medfört svårigheter beträffande sysselsättning av vissa grupper av betingat arbetsföra. Orsaken är framför allt att man fått fixerade (ofta också högre) prestationskrav och mera bundna arbetsformer.

Dessa rationaliseringseffekter medför för företagen först och främst problem vad gäller dess egen fasta arbetarstam. Detta kommer sällan mycket abrupt, eftersom förändringar av denna art sker långsamt och stegvis inom företagen. Det är emellertid uppenbart, att, även i den takt som fortgått, företagen mer och mer märkt av svårigheterna att finna motiverade arbetsuppgifter för dem som blir över och som inte kan fortsätta sitt gamla arbete

\* Universal Maintenance Standards.



efter rationaliseringar som förändrat arbetets art. Inom de stora företagen har man lyckats hålla dessa problem inom företagets ram i möjligaste mån genom en planmässig personell planering i takt med förändringarnas genomförande. Man har också i viss mån kunnat ta hänsyn till varierande behov genom genomtänkt lay-out, bioteknologi och arbetsstudier och på så sätt försökt ta till vara behov för betingat arbetsföra i den kedja av arbetsoperationer som skapats.

Trots dessa strävanden har man fått en viss procent arbetskraft över, huvudsakligen äldre och på grund av sjukdom väsentligt handikappad personal. För dylik har man reserverat mera skyddade arbetsplatser tills vidare, även om man är alldeles klar över att dessa möjligheter är klart olönsamma och på sikt måste försvinna.

Vid mer snabba rationaliseringsprocesser som under en relativt begränsad tidrymd har drabbat en hel mängd mindre företag i en branschrationalisering har man märkt större svårigheter att lösa dessa personella konsekvenser och effekten har blivit att äldre och handikappad personal, som inte kunnat anpassa sig i de nya förhållandena, har avgått.

Som synes medför rationaliseringen att företagen i första hand måste ge sig i kast med sina interna personalproblem. Företagen klarar många gånger inte dessa problem med egna resurser utan måste finna vägar att få hjälp utifrån för att lösa sina personalproblem. Det är då framför allt den äldre arbetskraften det gäller och personal med mer uttalat begränsad arbetsförmåga vad gäller fysisk förmåga men även i hög grad vad gäller psykiska kvalifikationer. Det synes som om det mest problematiska klientelet i dessa sammanhang är individer med avsaknad av yrkesutbildning, med relativt låg intellektuell kapacitet och kombinationer av fysiska och psykiska defekter.

De emanerar från arbetsuppgifter av typen enkla maskinarbeten, transport- och städningsarbeten, enkla avsyningsarbeten m. m.

Inom de industrityper som är inne i en snabb rationaliseringstakt, alltså de större enheterna, kan man räkna med att det finns en dylik dold reserv av presumptiva rehabiliteringsfall på ca 3—5 % av arbetsstyrkan. Dessa ligger således i riskzonen för att dyka upp successivt på arbetsmarknaden för att bli föremål för rehabilitering, arbetsvård och utplacering i andra arbetsuppgifter. Givetvis är det ett klientel som, om det rycks ut ur sitt gamla sammanhang, blir oerhört svårbemästrat.

Företagen har alltså ett behov av att lämna ifrån sig rehabiliteringsfall till samhället. Vad har då företagen stadda i snabb rationalisering för möjligheter att ta emot ett rehabiliterat klientel?

Som nämndes tidigare medför rationaliseringen en personalreduktion. Denna konsekvens brukar man lösa genom reducerad nyanställning, varvid reduktionen reglerar sig själv genom den normala avgången ur företaget. I en expansiv period med gott om arbetstillfällen spelar en dylik lokal åtgärd



ingen roll. Problemet blir mera kännbart, om det drabbar ett lokalt område som arbetsmarknadsmässigt replierar på just detta företag. Dylika effekter har t. ex. kunnat konstateras i Norrland. Det är givet att det i en sådan total arbetssituation blir praktiskt taget stopp för intag framför allt av arbetsvårdsklientel. I stället blir det ett överskott av rehabiliteringsklientel som kommer ut på arbetsmarknaden.

I en mer stabiliserad situation av rationalisering har alltså företaget andra krav än tidigare på sitt rekryteringsbehov. Det måste ställa maximalt höga krav på effektivitet. Det har mer specificerade krav på den individuella kapacitet som måste krävas för olika typer av arbetsuppgifter. Därvidlag kan konstateras att fysiska handikapp blir lättare att kompensera arbetsmässigt.

Många arbetsuppgifter som tidigare traditionellt ansågs tunga har nu genom tekniken överförts till fysiskt lätta. Genom automatisk transporterung har lyftoperationer försvunnit, genom god förplanering har stående arbetsplatser överförts till sittande, i tempooperationer och maskinoperationer har rörelseförlopp och hastigheter avvägs så att de mindre integrerar med stora obekväma rörelser o. s. v. Detta bör innebära att man vid nyrekrytering visserligen måste från företagets sida ta noggrann personalmässig och medicinsk ställning till den sökandes förmåga, men å andra sidan mycket väl kan acceptera t. ex. dåliga ryggar, defekta ben, ledförslitningar m. m. under förutsättning att individen ifråga har övriga kvalifikationer som är en förutsättning för framgång i arbetet.

Inom de mer tempobetonade och enkla operationerna kan man dessutom säkerligen överse med vissa brister i intellektuella kvalifikationer. Inom process- och produktindustrin med arbetsplatser av mer övervakande karaktär med ansvar för dyrbara utrustningar är det framför allt intellektuella och personlighetsmässiga faktorer som är nödvändiga inför krav på utbildning, omdöme, stabilitet o. s. v. som där krävs.

Sådana faktorer som skiftgång, krav på hög hastighet i arbetsförloppet, krav på tålighet för monoton o. s. v. kommer att utgöra begränsande faktorer för grupper av rehabiliteringsklientel som annars skulle kunnat klara arbetsuppgifterna.

Dessa förhållanden kommer sannolikt att medföra att rehabiliteringen för den stora gruppen människor med fysiska handikapp kommer att bli lättare att genomföra. Fysiskt handikappade kommer att ges fler industriella valmöjligheter än nu. Å andra sidan kommer de psykiska handikappen att bli mer besvärande. Den stora grupp av rehabiliteringsklientel som vi för närvarande arbetar med inom arbetsvården, som är ett resultat av långvarig resignation i sjukdom och arbetsoförmåga och som framför allt har psykiska handikapp av typen ängslan, resignation, trög intellektuell kapacitet m. m., kommer att bli synnerligen svårplacerad. Det synes därför vara desto viktigare att framtidens rehabilitering får en sådan snabb effekt, att den i



så ringa mån som möjligt tillåter en eftersläpning som medför ett utfall av dylikt klientel.

### *Samarbete mellan olika företag samt mellan företag och samhälle*

Här har diskuterats hur rationaliseringen ställer krav på förplanerad arbetsinplacering. Kraven på full och mätbar effektivitet i systemet maskin-människa, de ökade ekonomiska konsekvenserna för företaget i varje nyanställningssituation, allt detta medför att företagen mer och mer kommer att gardera sig för misslyckanden och dåliga investeringar genom att kräva en organisation för personalbedömning och personaluppföljning som även innehåller medicinska bedömningar.

Utvecklingen synes alltså klart gå mot en utvecklad industrihälsovård, där allt fler företag skaffar sig medicinsk expertis. Det är denna expertis inom företaget som medverkar till att de anställdas anpassning skall fungera optimalt.

För utvecklingen på detta område torde även bidra den erfarenhet som samlas i samarbete av respektive specialavdelningar inom arbetsmarknadsparternas centrala organ.

Det synes då för framtiden vara en klar målsättning, att rehabiliterings- och arbetsvårdsinstanserna i samhället måste bygga upp vägar för samarbete med denna företagsdrivna organisation på personal- och läkarsidan.

Ansvariga instanser inom företaget bör inom sitt ansvarsområde ha uppföljning av företagets aktuella sysselsättningssituation vad gäller kort- och långsiktig planering för interna rehabiliterings- och omplaceringsbehov. Man bör där även ha en kartläggning över arbetskraven för företagets olika arbetsuppgifter, kartläggning av arbetsplatser för olika typer av begränsat arbetsföra. I viss utsträckning bör man även ha arrangemang för skyddade interna verkstäder, där man har möjligheter till testning och praktisk prövning av rehabiliteringsklientel gentemot konkreta arbetsuppgifter av sådan typ som förekommer inom företaget.

Inför nyanställningssituationer bör snabba och enkla rutiner etableras med personliga och nära kontakter mellan rehabiliteringsorganisationen i samhället och motsvarande organ inom företaget.

Ansvarsfördelningen måste klargöras. Vägar måste tillskapas för effektivare möjligheter till prövning inom företaget av rehabiliterade i tveksamma fall, varvid samhället kvarhåller ansvaret för den arbetsprövade inom en uppföljningstid, där man gemensamt följer utvecklingen i företaget.

Samarbetsformer bör etableras mellan vederbörande rehabiliteringsklinik-träningsverkstäder och företagets rehabiliteringsverkstad på så sätt att all kvalificerad medicinsk rehabilitering sker på kliniken, arbetsprövningen och arbetsträningen i samhällets regi inriktas mot konkreta mål genom samråd med företagets expertis och möjligheter till slutlig praktisk arbetsträning



och arbetsprövning i produktionsförhållanden tillskapas ute i företagens regi men med samhällets bibehållna ansvar.

Företagens egna behov av utslussning av egna rehabiliteringsproblem skall finna smidiga vägar ut till samhällets arbetsvårdande organ.

Möjligheterna till 50-procentig sjukskrivning respektive förtidspensionering bör utredas, så att denna möjlighet skall kunna utnyttjas med mera praktiska målsättningar.

I vår enkät ger svaren vid handen att man inom de tillfrågade företagen i stor utsträckning sökt lösa sin interna rehabiliteringsverksamhet på basis av olika former av överenskommelse med försäkringskassan. Av 16 företag har sålunda 6 överenskommelse med försäkringskassan om möjlighet till 50-procentig sjukskrivning under rehabiliteringsarbete inom företaget. Ytterligare 3 företag säger sig ha prövat 50-procentig förtidspensionering men konstaterar att detta alternativ i de aktuella åldersgrupperna för närvarande ter sig från ekonomisk synpunkt synnerligen ogynnsamt. Tankegångarna inom de tillfrågade företagen visar klart att det finns ett starkt behov av mera djupgående resonemang i dessa frågor, eftersom uppenbarligen sysselsättningsmöjligheterna i ett modernt rationaliserat företag skulle kunna vidgas avsevärt, om företagen kunde avlastas en del av de ekonomiska konsekvenserna vad gäller omhändertagandet av detta klientel.

Ekonomiska stöd- och stimulansåtgärder från samhället till företag i den mån som de engagerar sig i skyddade verkstäder och organisation för rehabilitering borde vara lönsamma på sikt.

### *Slutsatser och förslag:*

Kommittén som här sammanfattar sina erfarenheter och synpunkter vill särskilt understryka:

*Att* en genomförd företagshälsovård är en fundamental förutsättning för ernående av ett konkret och praktiskt samspel mellan samhälleliga rehabiliterings- och arbetsvårdsinstanser och praktiska industriella rehabiliteringsmål. Det synes vara synnerligen angeläget att stödja de strävanden som verkar befrämjande på en utvidgning av företagshälsovården att täcka större områden av vårt näringsliv än vad för närvarande är förhållandet.

*Att* det framgår av de inventeringar och utredningar som kommittén redovisar att det inom företagen mycket ofta föreligger interna svårigheter vad gäller sysselsättning av åldrande och handikappad personal och

*att* rationalisering och teknisk utveckling tenderar att fördjupa denna företagsinterna problematik.

Att många företag härvidlag gör stora ansträngningar för att bemästra denna problematik genom

- a) mer allmänt verkande bioteknologiska program,
- b) inventering av arbetsplatser lämpade för betingat arbetsföra och
- c) personaluppföljning inkluderande anpassningskorrigerande åtgärder och skyddad verksamhet.

Att möjligheterna till och effekten av sådana initiativ i hög grad är beroende av tillgängliga personaladministrativa resurser, främst en väl fungerande företagshälsovård.

Att det för den enskilde individen måste vara synnerligen angeläget att eventuella anpassningssvårigheter tas upp på ett tidigt stadium inom det egna företaget och att rehabiliterande åtgärder så vitt möjligt tas upp med målsättningar riktade mot återanpassning i den invanda arbetsmiljön.

Att samhället bör stimulera företagens rehabiliteringsaktiviteter genom olika former av stödåtgärder, varav kan nämnas

- a) en översyn av de s. k. timbidragen för skyddade verkstäder, så att dylika bidrag kan utgå även med bevarande av företagens bestämmanderätt över avdelningens drift och personalrekryteringen,
- b) ett generellt klarläggande vad gäller möjligheter till 50 % sjukskrivning att gälla även vid partiell arbetsinsats under hel dag och under obegränsad tid i fall med medicinsk rehabiliteringsindikation och
- c) ett utsträckande av denna försäkringsmässiga möjlighet att gälla ej enbart skyddad avdelning utan även speciellt inrättad arbetsplats för rehabiliteringsändamål ute i den ordinarie produktionen.

Att det synes vara av stor vikt att det kommer till stånd ett samarbete mellan samhällelig och industriell rehabilitering dels vad gäller konkretisering av praktiska industriella rehabiliteringsmål, dels vad gäller uppföljning av rehabiliteringens resultat. Denna senare aspekt kan befrämjas genom en utökad möjlighet till kvarhållande av samhällets ansvar under en från fall till fall avvägd provotid i företaget då anpassningsresultatet följs upp. Överväganden av denna art torde verka befrämjande på företagens attityd gentemot antagandet av klientel från samhällets rehabiliteringsinstanser.

Att samhällets rehabiliteringsresurser får en sådan bredd att det i görligaste mån går att undvika att försenade rehabiliteringsaktiviteter medför uppkomst av rehabiliteringsfall som under lång tid förlorar kontakten med ett normalt arbetsliv.



## CRB:s synpunkter och förslag i anslutning till subkommitténs utredning

### *Allmänna utgångspunkter*

Rehabiliteringsverksamheten utgör — som framhållits i CRB:s tidigare skrifter och betänkanden — en djupt integrerande del i hela området för sjukvård, arbetsvård och socialvård. Detta innebär bl. a. att hälso- och sjukvårdsorganisationen måste vara så utformad att de skiftande behoven hos alla olika grupper av samhällsmedlemmar kan tillgodoses och erforderliga element av rehabiliteringsverksamhet organiskt införlivas eller samordnas med denna vårdorganisation. Det anförda gäller rehabiliteringsresurserna för olika åldersgrupper — för barnrehabilitering, rehabilitering av vuxna och för den geriatriska rehabiliteringen. Det gäller också rehabiliteringsresurserna för befolkningsgrupper inom skilda slag av verksamhet med därav följande krav på speciella åtgärder och anordningar — skolbarn och studerande, värnpliktiga, husmödrar och andra hemarbetande samt förvärvsarbetande av olika kategorier inom den statliga, kommunala och enskilda sektorn.

Av gammalt utgöres den grundläggande organisationen för den öppna hälso- och sjukvården av i första hand allmänpraktiserande läkare, främst tjänsteläkare, och distriktssköterskor eller motsvarande befattningshavare. Denna organisation, som successivt utbygges med även andra personalgrupper, får ofta den primära kontakten med rehabiliteringsproblemen och kan vid behov förmedla kontakt också med annan sakkunskap vid och utanför sjukhus och andra institutioner. Familjevårdsprincipen, som på senare tid alltmer kommit att göra sig gällande inom socialvården, har sedan länge hävdats också inom hälso- och sjukvården. Allmänpraktikern har här sin givna roll.

På grund av knappheten på läkare och annan vårdpersonal, rekryteringssvårigheterna framför allt i glesbygderna samt andra faktorer har familjeläkarinstitutionen tyvärr icke kunnat tillförliga förverkligas i vårt land, där i stället den till sjukhusen knutna vården kommit att spela en alltmer dominerande roll.

Vid sidan av den generella organisationen för såväl den öppna som den slutna hälso- och sjukvården, vilka alltmer utformas med sikte på att samverka och komplettera varandra, har särskilda vårdorganisationer vuxit fram för att tillgodose speciella behov. Inte minst har förhållandena i arbetslivet med där förekommande speciella hygieniska problem och risker



av skilda slag kommit att ställa krav på särskilda resurser såväl för hälsokontroll, vård och rehabilitering som för tillrättaläggandet av olika miljöförhållanden.

Som närmare utvecklats i subkommitténs utredning inriktades arbetshygien till en början främst på bekämpande av yrkesriskerna, d. v. s. olycksfall och yrkessjukdomar.

De hygieniska åtgärderna på arbetsplatsen fick emellertid senare en vidare målsättning och inriktas numera såväl på att förebygga yrkessjukdomar och olycksfall som på att skydda och bevara hälsa och arbetsförmåga samt att vid sjukdomar eller skada medverka till ett återställande så snabbt och effektivt som möjligt. LO och SAF antog gemensamt denna målsättning, när principerna för företagshälsovård utformades 1954. De stora företagen, som i många fall tidigare haft välorganiserad sjukvård, inriktade sig i samband med genomförandet av den allmänna sjukförsäkringen alltmer på förebyggande åtgärder. Den moderna företagshälsovården, som även inkluderar teknisk arbetshygien, bioteknologi, sjukvård och rehabilitering, utvecklades successivt för att anpassas till de olika arbetsplatsernas varierande behov. Allt flera företag, även icke industriella, började inrätta modern företagshälsovård.

Allt eftersom samhället byggt ut den allmänna sjukvården har behovet av att vid arbetsplatserna anordna egentlig sjukvård i viss utsträckning minskat. Man försöker nu alltmer såväl bedöma behovet av åtgärder på den enskilda arbetsplatsen som avväga hur långt man på den enskilda arbetsplatsen, vid statliga eller privata företag, bör gå i åtgärderna beträffande företagshälsovård och sjukvård och hur dessa åtgärder bäst skall samordnas med de allmänna resurserna för hälso-, sjukvård och rehabilitering. Härvid eftersträvas givetvis bl. a. effektivast möjliga utnyttjande av den knappa personaltillgången inom vårddyrkena.

Som CRB tidigare i flera sammanhang framhållit måste företagshälsovården komma att spela en viktig roll såväl för att förebygga rehabiliteringsbehov som när det gäller fullföljandet av rehabiliteringsprocessen i fråga om sjuka och handikappade. Den för CRB:s verksamhet centrala frågan är härvid i första hand samordningen mellan insatserna inom företagshälsovården och samhällets rehabiliteringsresurser i övrigt.

Som bakgrund till övervägandena härom hade det måhända varit önskvärt med en ingående presentation av företagshälsovården av i dag, dess resurser och planerna för dess utbyggnad, såväl inom den statliga och kommunala sektorn som inom det privata näringslivet. CRB:s subkommitté har i den inledande och sammanfattande delen av sin utredning angivit skälen till att i denna icke mera detaljerat redogjorts för dessa förhållanden. Bl. a. har subkommittén hänvisat till att en särskild statlig utredning f. n. pågår angående företagshälsovårdens ställning och utveckling i landet.

Ett för den framtida företagshälsovården och dess utformning viktigt do-



kument, som här icke bör förbigås, utgör den av ILO:s allmänna konferens år 1959 avgivna rekommendationen (nr 112) angående företagshälsovård (Occupational Health Services Recommendation, 1959). Med företagshälsovård betecknas i rekommendationen

en på eller i närheten av arbetsplatsen upprättad verksamhet, som har till syfte

- a) att skydda arbetstagarna mot varje hälsorisk, för vilken de kunna bli utsatta till följd av sitt arbete eller de förhållanden, under vilka detta utföres;
- b) att medverka till arbetstagarnas fysiska och psykiska anpassning, särskilt genom arbetets anpassning till arbetstagarna samt genom anvisning av arbetsuppgifter, för vilka de äro lämpade;
- c) att medverka till att för arbetstagarna skapa och vidmakthålla högsta möjliga grad av fysiskt och psykiskt välbefinnande.

CRB finner vad i rekommendationen anförts om företagshälsovårdens uppgifter, dess personal och utrustning samt vissa nödvändiga förutsättningar för uppgifternas fullgörande väl ägnat att ligga till grund för utformningen av företagshälsovården också i vårt land.

Som framhållits av andra lagutskottet i dess utlåtande nr 2 år 1960 i anledning av Kungl. Maj:ts proposition med anhållan om riksdagens yttrande angående bl. a. här ifrågavarande rekommendation är rekommendationens förteckning över de uppgifter, som bör ankomma på företagshälsovården, mycket detaljerad. Hänsyn tages sålunda till de senaste rönen på företagshälsovårdens område och vidare anges hur dess tjänster bör samordnas med andra avdelningar av företaget. Bland de principer som klart kommit till uttryck i rekommendationen nämnes särskilt, att företagshälsovården bör vara av huvudsakligen förebyggande natur, att den icke bör medföra utgifter för arbetstagarna samt att den icke bör handha kontrollen av borto- varo på grund av sjukdom.

Som också framhållits i andra lagutskottets utlåtande anges bland villkoren för att företagshälsovården skall kunna vederbörligen fullgöra sina uppgifter bl. a. att läkaren intar en helt oberoende ställning, såväl yrkesmässigt som moraliskt, i förhållande till både arbetsgivare och arbetstagare.

CRB vill härutöver särskilt understryka vad i rekommendationen anförts om att företagshälsovården jämväl bör upprätthålla kontakt med tjänster och organ utanför företaget, vilka befattar sig med frågor rörande arbetarnas hälsa, säkerhet, omskolning, rehabilitering, omplacering och välfärd.

I rekommendationen anges också att läkare, som anförtros ledningen av företagshälsovården, såvitt möjligt bör äga specialutbildning härför samt bör beredas tillfälle att vidareutbilda sig på detta och angränsande områden. Likaså anges att den till företagshälsovården knutna sjukvårdspersonalen bör äga av vederbörande myndighet föreskrivna kvalifikationer.

Vidare uttalas i rekommendationen att företagshälsovården bör äga fritt



tillträde till företagets samtliga arbetsplatser och underställda anläggningar samt få tillgång till upplysningar rörande de arbetsprocesser och arbetsmetoder, som kommer till användning eller som man planerar att använda. Företagshälsovården bör även äga befogenhet att utföra eller hos godkända tekniska organ begära utförande av besiktningar och undersökningar rörande hälsorisker, som kan hota arbetstagarna.

I anslutning härtill anges även att varje till företagshälsovården knuten person bör åläggas tystnadsplikt med avseende på såväl medicinska som tekniska upplysningar, vilka i samband med fullgörandet av deras ovan angivna uppgifter och verksamhet må komma till deras kännedom. Undantag härifrån må endast förekomma i den mån detta uttryckligen föreskrivits genom lagstiftning.

I rekommendationen framhålles att alla arbetstagare och deras organisationer böra lämna sin fulla medverkan till förverkligandet av företagshälsovårdens mål.

Vidare anföres att där den nationella lagstiftningen icke annorledes föreskriver och i avsaknad av överenskommelse mellan berörda parter kostnaderna för företagshälsovårdens organisation och verksamhet bör bestridas av arbetsgivaren.

Slutligen förordas i rekommendationen att i den nationella lagstiftningen föreskrives vilken myndighet som skall vara ansvarig för övervakningen av företagshälsovårdens organisation och verksamhet.

I fråga om denna rekommendation, vilken antagits av ILO-konferensen, uttalade departementschefen i proposition nr 22 1960 att bestämmelser angående företagshälsovård i stort sett saknas i den svenska arbetarskyddslagstiftningen. Vissa föreskrifter finns visserligen i 1949 års arbetarskyddslag och den därtill anslutna arbetarskyddskungörelsen samt i ett par andra kungörelser samma år men flertalet av de i rekommendationen förekommande anvisningarna saknar motsvarighet i svensk lagstiftning. Möjligen borde, såsom arbetsgivareföreningen ansett, företagshälsovården utvecklas fritt under samråd mellan arbetsmarknadens parter. Detta hindrade givetvis inte, att lagstiftningen i ett eller annat avseende kunde behöva kompletteras till följd av rekommendationen. Frågan huruvida så borde ske syntes i första hand böra prövas av arbetarskyddsstyrelsen, som jämväl borde överväga i vad mån rekommendationens principer borde komma till uttryck i styrelsens anvisningar. Under hänvisning härtill förordade departementschefen att rekommendationen för angivna ändamål överlämnades till arbetarskyddsstyrelsen. I likhet med delegationen för det socialpolitiska samarbetet fann han, att en sådan prövning lämpligen borde äga rum i samråd med medicinalstyrelsen och arbetsmarknadens parter. I skrivelse nr 65 den 19 februari 1960 anslöt sig riksdagen till departementschefens uttalande.

I enlighet härmed beslöt Kungl. Maj:t den 4 mars 1960 på framställning av chefen för socialdepartementet bl. a. att rekommendationen angående



företagshälsovård skulle överlämnas till arbetarskyddsstyrelsen för prövning av frågan om och i vad mån rekommendationens principer borde komma till uttryck i lagstiftning eller i särskilda av styrelsen utfärdade anvisningar.

Det är denna utredning som CRB:s subkommitté åsyftar, då den som motiv till sin relativt knapphändig redovisning av företagshälsovården och dess problem hänvisar till att en särskild statlig utredning rörande dessa frågor f. n. pågår.

I sitt betänkande Yrkesmedicinska sjukhusenheter, behov och organisation (SOU 1963:46, sid. 11) konstaterar utredningen angående yrkesmedicinens organisation m. m. att i skilda sammanhang framhållits såsom önskvärt, att man i samband med utbyggandet av industrihälsovården och annan arbetsplatsernas hälsovård närmare klarlägger, hur uppgifterna bör fördelas och samarbete ske mellan tjänsteläkare, yrkesinspektionens läkare och de direkt av företagen anställda läkarna.

Utredningen fortsätter:

Tillsynen av de större arbetsplatserna tillkommer yrkesinspektionen och av de mindre den kommunala tillsynen och länsläkaren. Bl. a. med anledning härav har regionvårdsutredningen i sitt betänkande i fråga om den yrkesmedicinska organisationen bl. a. uttalat, att yrkesmedicinen på grund av sitt behov av intim kontakt med omgivningshygienens målsmän, arbetsplatserna och industriläkarna icke kunde centraliseras till regionplanet, utan att den linje vore den riktiga, som utvecklingen redan anvisat, nämligen en anknytning till ett centralisarett med för verksamheten nödvändiga serviceorgan.

I anslutning härtill erinrar utredningen om ILO:s rekommendationer 1959 angående företagshälsovård samt Kungl. Maj:ts uppdrag till arbetarskyddsstyrelsen att i samråd med medicinalstyrelsen och arbetsmarknadens parter överväga, hur dessa rekommendationer skulle anpassas till svenska förhållanden.

Utredningen av förutsättningarna för en samordning av de yrkesmedicinska organen i stockholmsområdet m. m. kommer också in på arbetsplatsernas hälsovård i sitt betänkande. Institutet för arbetshygien och arbetsfysiologi (SOU 1965:24).

I betänkandet konstateras (sid. 47) bl. a. följande:

Näringslivets utveckling har i viktiga avseenden medfört ökade krav på den mänskliga arbetskraften. Nya risker tillkommer i samband med införandet av nya produktionsmetoder och användandet av nya ämnen. Rationaliseringsåtgärder och automation medför nya medicinska, psykologiska och sociologiska problem. Individerna ställer ökade krav på en sund arbetsmiljö, vilket i många fall medför en radikal omprövning av tidigare erkända normer. Allt detta medför krav på en företrädesvis till arbetsplatserna förlagd övervakande, profylaktisk och optimerande verksamhet. Detta kräver i sin tur utvecklings- och forskningsarbete vilket i och för sig kan utföras av ett flertal existerande universitetsinstitutioner för teknik, hygien, medicin och samhällsvetenskapliga discipliner. Dessa institutio-



ner har emellertid andra, mera näraliggande uppgifter, varför detta arbete främst måste ankomma på de expertinstitutioner för yrkeshygien, yrkesmedicin och arbetsfysiologi som nu finns i stockholmsområdet och i Lund och som förutses tillkomma vid regionsjukhusen.

Med hänsyn till de ovan redovisade utvecklingstendenserna har arbetsmarknadsparterna krävt väsentligt vidgade insatser inom yrkeshygien, yrkesmedicin och arbetsfysiologi. Med beaktande av dessa krav har Kungl. Maj:t bl. a. givit arbetarskyddsstyrelsen i uppdrag att tillsammans med medicinalstyrelsen och arbetsmarknadsparterna utforma riktlinjer för företagshälsovårdens vidare utveckling.

Enligt vad CRB inhämtat har arbetarskyddsstyrelsens utredning om företagshälsovården, vilken ledes av chefen för ifrågavarande myndighet, planer på att verkställa en omfattande kartläggning såväl av företagshälsovården och annan liknande inom stat och kommun bedriven verksamhet i Sverige som av de internationella erfarenheter, vilka föreligger rörande denna form av vård. Utredningen avser att därefter förutsättningslöst och utan hänsyn till nuvarande verksamhetsformer pröva de behov, som sammanhänger med säkerhet och hälsa på arbetsplatserna och i arbetslivet för övrigt samt att utarbeta modeller för alternativa lösningar. Enligt denna plan torde arbetarskyddsstyrelsens utredning komma att bli mycket omfattande och komma att behandla alla väsentligare frågeställningar rörande företagshälsovården, däri inbegripet formerna för rehabiliteringsinsatserna inom denna vård.

I avvaktan på resultatet av berörda, mera långsiktiga utredning har CRB dock funnit det angeläget att redan nu, i nära anslutning till sina tidigare betänkanden rörande samordning av rehabiliteringsverksamheten, framlägga några synpunkter och förslag, som kan vara av praktisk betydelse i samband med statsmakternas behandling av förslagen i berörda betänkanden och vissa delar av 1960 års arbetsmarknadsutrednings betänkande Arbetsmarknadspolitik, varöver CRB avgivit remissutlåtande.

Påtagligt är att företagshälsovården och därmed sammanhängande problem bl. a. i vad avser rehabiliteringen f. n. har stor aktualitet. Bl. a. har under våren 1965 en särskild arbetsgrupp, i vilken medicinsk sakkunskap från arbetsmarknadsparterna är representerad, tillsatts av Stockholms fackliga centralorganisation (FCO) och Folksams hälsoråd, med uppgift att särskilt ägna sig åt frågan om hur behovet av företagshälsovård skall tillgodoses för de små och medelstora företagen. Betydande brister härvidlag hade konstaterats i en av FCO och Folksams utredningsavdelning 1964 gemensamt gjord intervjuundersökning bland klubbar och verkstadslag, anslutna till Metallindustriarbetareförbundet, avd. 1. Resultaten av undersökningen har lett till att bl. a. från FCO-håll framförts tanken på upprättande av särskilda sjuk- och hälsovårdscentra under en gemensam huvudman i de stora industriområdena i Stor-Stockholm, varvid eventuellt en samverkan med



Stockholms stads nya organisation för personalhälsovården kunde övervägas. Försöksverksamhet på området har föreslagits.

Vid en konferens i anslutning till berörda intervjuundersökning konstaterade dr Erik Bolinder att stockholmsförhållandena är ganska lika dem i det övriga landet. Företag med över 1 000 anställda har i allmänhet en välordnad hälsovård. Förekomsten av företagshälsovård minskar avsevärt, ju längre ner i företagsstorlek man kommer. Vid konferensen framhölls också att utvecklingen mot en ändamålsenlig rehabiliteringsorganisation i Sverige måste gå hand i hand med en upprustad och utvidgad företagshälsovård.

Läget i dag innebär att företagshälsovården och motsvarande aktiviteter inom den statliga och kommunala sektorn endast täcker en relativt ringa del av arbetslivet och att även där sådan vård anordnats denna ännu — med vissa undantag — befinner sig på ett relativt outvecklat stadium med såväl kvalitativt som kvantitativt förhållandevis begränsade resurser.

CRB:s subkommitté, som avsiktligt i stort sett begränsat sin utredning till att avse det enskilda näringslivet, främst industrin, framhåller för sin del (se ovan sid. 17) att om man kunde organisera företagshälsovård för alla företag, anslutna till Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), med ned till 100 anställda, skulle 75 procent av antalet anställda täckas av en dylik hälsovård. Kunde företagshälsovård organiseras för alla till föreningen anslutna företag med ända ned till 10 anställda, skulle 85 procent av antalet anställda täckas. Det anförda skulle, enligt vad CRB inhämtat, innebära att i förra fallet cirka 910 000 och i andra fallet drygt en miljon anställda skulle omfattas av företagshälsovården inom till SAF anslutna företag. Företagshälsovård förekommer även inom en del av de företag, som ej är anslutna till SAF, bl. a. inom olika former av kooperativ verksamhet.

Inom den offentliga sektorn med cirka 600 000 anställda, har på senare tid — som också påpekats av subkommittén — vissa initiativ tagits till en förbättrad personalhälsovård med starka rehabiliteringsinslag. På det statliga området kan sålunda särskilt uppmärksammas den sedan 1963 som försöksverksamhet inrättade statens personalvårdsnämnd, vilken tills vidare har till uppgift att tjänstgöra som centralt organ för personalvårdsarbetet i Stockholm vid andra myndigheter än de affärsdrivande verken. Dess arbete skall inriktas på att genom rådgivning till enskilda anställda och genom andra positiva åtgärder minska anpassningssvårigheterna till arbetsplats, arbetsbefäl och arbetskamrater. Även rådgivning i privata angelägenheter bör om så erfordras kunna ifrågakomma. Genom en kombination av dylika åtgärder med medicinsk rådgivning anser man att trivseln på arbetsplatsen skall kunna förbättras och frånvarofrekvensen härigenom minskas.

Personalvårdsnämnden har vidare som en av sina uppgifter att utveckla personalvårdsverksamheten på grundval av de erfarenheter som framkommer. Nämnden bör härutöver utreda och lämna förslag rörande inriktning-



en och organisationen av den statliga personalvårdsverksamheten i dess helhet. Personalvårdsnämnden bör uppehålla kontakt med de statsanställdas huvudorganisationer för diskussioner rörande principiella frågor av denna art. Verksamheten har hittills berört cirka 50 myndigheter med ungefär 9 000 anställda. Till nämnden har knutits bl. a. läkare, en sjuksköterska och personalkonsulenter.

Inom den kommunala sektorn har — som subkommittén nämnt — det program för personalhälsovård, som är under genomförande i Stockholms stad särskilt intresse med hänsyn såväl till sin uppläggning som sin omfattning. Detta program och denna organisation bör kunna tjäna som modell för andra kommunala myndigheter, hos vilka man på flera håll under senare år kan notera ett ökat intresse för modern personalhälsovård. Programmet innebär att staden uppdelas i ett antal personalläkardistrikt. Inom varje distrikt skall det finnas läkarmottagningar, till vilka de anställda har möjlighet att vända sig vid behov av vård vid olycks- och sjukdomsfall. Dessa personalläkare skall inte bara syssla med sjukvård; de skall också syssla med förebyggande hälsovård och rehabilitering. Vidare skapas en central personalklinik, där den viktigaste avdelningen blir hälsokontrollen. Till personalkliniken knytes medicinska konsulter, ögonläkare och andra specialister. Till personalkliniken knytes också en hörselmättningsavdelning, enär det visat sig att hörselskadorna har en väsentligt större frekvens än vad man tidigare trott. Till den centrala kliniken knytes en bioteknologisk expertgrupp samt en avdelning för personalrådgivning, utrustad för psykiatri och mentalhygien.

På distriktsmottagningarna skall finnas läkare, sjuksköterska och läkarsekreterare samt sjukgymnast. Sjukgymnasterna skall också vara verksamma i rehabiliteringsverksamheten genom att gå ut på arbetsplatserna, studera arbetsställningar och på annat sätt medverka i den förebyggande verksamheten.

Den nya organisationen kommer att engagera 125 personer, varav de flesta på deltid. Detta beräknas kosta 2,5 miljoner kronor om året.

Den organisation för personalhälsovård, som här skisserats, är avsedd att betjäna de cirka 40 000 kommunalanställda i Stockholm, för vilka den sammanlagda lönekostnaden per år utgör cirka 800 miljoner kronor. Sjukfrånvaron för dessa uppgår till 769 000 arbetsdagar per år, vilket motsvarar en kostnad mellan 70 och 80 miljoner kronor. Den angivna kostnaden för den nya personalhälsovården representerar sålunda en förhållandevis ringa del av den totala personalkostnaden.

Som framgår av det föregående pågår en livlig försöks- och utbyggnadsverksamhet i fråga om hälsovården inom arbetslivet. Det framgår emellertid även klart att denna vård ännu knappast någonstades funnit sin slutliga form samt att möjligheterna att tillgodose behovet av sådan vård för hela



den förvärvsarbetande befolkningen, vilken enligt beräkningar av arbetsmarknadsstyrelsens prognosutredning (Information i prognosfrågor, 1964: 12, stencil) under perioden 1965—1980 i stort sett skulle hålla sig på en nivå mellan 3,7—3,8 miljoner, ännu icke kan överblickas.

Det är emellertid, icke minst för den framtida rehabiliteringsverksamheten, i hög grad angeläget att man så snart som möjligt skapar sig en konkret föreställning om efter vilka linjer och i vilken takt den fortsatta utbyggnaden bör ske inom ramen för de resurser som står till förfogande för den samlade hälso- och sjukvårdsorganisationen och i samordning med övriga vård- och behandlingsformer inom landstings- och storstadsområdena. Då såväl den allmänna rehabiliteringsorganisationen som företagshälsovården ännu befinner sig på ett relativt tidigt utvecklingsstadium med starkt begränsade resurser, torde förutsättningarna för en ändamålsenlig samordning sannolikt vara större i dag än på ett senare utvecklingsstadium.

### *Kommentarer till subkommitténs utredning*

CRB vill till en början än en gång understryka subkommitténs i inledningen till dess utredning gjorda uttalande att man icke syftat till eller med den begränsade tid som stått till förfogande haft möjlighet att framlägga en i alla stycken genomarbetad utredning utan presenterat sina synpunkter och förslag mot bakgrund av ett relativt begränsat grundmaterial. Detta förfarande måste — som också tidigare påpekats — anses motiverat med hänsyn till pågående, i det föregående nämnda utredningar inom förevarande ämnesområde. Det kan också erinras om att ett för här berörda frågor värdefullt material nyligen publicerats i form av en skrift — Företagshälsovård och arbetshygien (Tidens förlag 1965) — i vilken flertalet av subkommitténs medlemmar medverkat. För ett fördjupat studium av problematiken om företagshälsovården inkluderande rehabiliteringsfrågorna i näringslivet hänvisas bl. a. till den omfattande litteraturförteckning, som återfinns i nämnda skrift.

Som framhålles av subkommittén har företagshälsovården i föreliggande betänkande intresse främst när det gäller dess mera renodlade rehabiliteringsaspekter. Kommittén säger sig härvid ha huvudsakligen ägnat sig åt rehabiliteringsfrågorna sedda dels ur företagets, dels ur samhällets synvinkel. I annat sammanhang anges att ytterligare undersökningar rörande behovet av företagshälsovård och vilka åtgärder som bör ges prioritet bör bedömas från företagsledningens, de anställdas och företagsläkarens synpunkter. CRB delar uppfattningen att problematiken bör ses från samtliga här nämnda synpunkter liksom även från samhällets synpunkt. Trots den angivna begränsningen bör åtskilliga slutsatser av stor betydelse kunna dragas av det material, som subkommittén presenterat, främst de tre refererade undersökningarna av dr Erik Bolinder, dr C. A. Heijbel och dr Alf Lundgren



samt den av subkommittén gjorda enkätundersökningen i 16 företag. CRB vill emellertid i detta sammanhang understryka angelägenheten av att ytterligare undersökningar av ifrågavarande problematik kommer till stånd samt att dessa får en sådan utformning att de i än högre grad möjliggör exakta och objektivt grundade slutsatser.

Då enligt vad som inhämtats av CRB inom den av arbetsmarknadsstyrelsen 1963 inrättade automationskommittén överväges en kartläggning under hösten 1965 av omfattningen av den partiella arbetskraften inom olika typer av företag, branscher etc. finner beredningen det angeläget att uppgiftslämnarnas, d. v. s. företagens, "subjektiva" bedömning av i undersökningen berörda förhållanden kompletteras med de anställdas och icke minst den "partiella arbetskraftens" synpunkter och bedömningar.

CRB konstaterar med tillfredsställelse att subkommitténs medlemmar, vilka representerar en betydande erfarenhet och sakkunskap i fråga om förhållandena inom näringslivet och de krav som där ställs på arbetskraften, i inledningen till sin utredning efter sina undersökningar och studiebesök bl. a. vid de samhälleliga rehabiliteringsorganen kommit till den slutsatsen "att det finns många möjliga aktiviteter såväl inom företagen som inom samhällets rehabiliteringsorgan som i betydlig grad kan underlätta möjligheterna att på ett smidigt och företagsekonomiskt välmotiverat sätt bereda sysselsättning åt de betingat arbetsföra".

Subkommittén har funnit att de åtgärder det här kan bli fråga om först och främst är beroende av vilka resurser som satsats på personalvårdande och personaluppföljande åtgärder såväl inom företagen som inom samhällssektorn. Dessutom är de beroende av i vilken grad man kan få företag och samhällets organ att samarbeta på ett smidigt och personligt sätt utan bundenhet av alltför stelbenta förordningar och reglementen. Kravet på möjligheter för personliga initiativ och lokala variationsmöjligheter synes vara starkt inför en mycket skiftande och dynamiskt industriell situation.

Subkommitténs erfarenheter och uttalanden i ovan återgivna delar utgör en bekräftelse av vad CRB redan i tidigare sammanhang hävdat, nämligen att en rehabiliteringsverksamhet syftande till produktiv sysselsättning av dem, som överhuvud taget kan ifrågakomma härtill, fordrar ett helhjärtat engagemang från näringslivets sida i nära samverkan med de allmänna rehabiliteringsresurserna.

Vad det gäller är sålunda att på allt sätt befordra en sådan ömsesidig samverkan mellan näringslivet och samhällets rehabiliteringsorganisation inom respektive landstings- och storstadsområden.

I detta sammanhang kan erinras om följande uttalande i 1960 års arbetsmarknadsutrednings betänkande Arbetsmarknadspolitik (SOU 1965:9, sid. 233):

Konstaterade arbetshinder är inte alltid att betrakta som kroniska. Tvärtom kan man räkna med att en effektiv social, medicinsk eller yrkesmässig rehabilitering



ofta kan leda till en sådan förbättring av arbetsförmågan att den arbetshindrade kan återföras till arbetslivet. Uppgiften att återföra handikappade till arbete i öppna marknaden är emellertid svår och tidskrävande. Då prognosen i många fall dessutom är osäker, kan det för en redan överbelastad arbetsförmedling ligga nära till hands att välja den enklare utvägen att hänvisa svårplacerade till en av samhället bekostad sysselsättning. Inte blott av humanitära utan även av ekonomiska skäl är det emellertid nödvändigt att sorgfälligt pröva alla möjligheter för dessa personer att återgå till arbete i öppna marknaden.

Subkommitténs undersökningar och erfarenheter synes i första hand hänföra sig till industriell verksamhet. CRB vill med anledning härav betona det kända förhållandet att servicenäringar etc. av olika slag är på väg att vinna allt större omfattning och betydelse. Det synes också sannolikt att inom denna sektor kan finnas arbetsuppgifter som i ännu högre grad än uppgifterna inom åtskilliga former av industriellt arbete är lämpliga för handikappade. Vad här anförts jävar sålunda icke den positiva inställning till de handikappades möjligheter i arbetslivet, som under vissa förutsättningar hävdats av subkommittén. Det understryker emellertid betydelsen av att även andra delar av arbetslivet, inklusive den allmänna sektorn, mera än som kunnat ske i den föreliggande utredningen beaktas vid undersökningar och överväganden rörande åtgärder för att främja de handikappades sysselsättning i den öppna marknaden.

Med utgångspunkt från CRB:s definition av målsättningen för den allmänna rehabiliteringsverksamheten konstaterar subkommittén — under rubriken Samspelet mellan rehabiliteringsåtgärderna inom och utom företagen — att när det gäller rehabiliteringsaktiviteter inom företagets ram i begreppet rehabilitering torde böra inlemmas alla åtgärder, som syftar till restaurering av en förlorad anpassning mellan individ och arbete.

CRB kan helt ansluta sig till denna tolkning, varvid förutsättes att i dessa åtgärder även ingår erforderliga kontakter för att inkoppla den allmänna rehabiliteringsorganisationens resurser i den mån så kan vara påkallat.

I sin redogörelse för industrihälsovårdens utveckling understryker subkommittén nödvändigheten av att ständigt mot varandra väga individens förutsättningar och förhållanden mot förhållandena i arbetsmiljön och de krav arbetet ställer. Denna individuella vägning av förmåga mot krav är ju det essentiella i begreppet arbetsprövning i den mening CRB lägger i detta ord. Denna prövning av förmåga mot krav som en dynamisk process får givetvis när det gäller handikappade eller andra problemfall inte inskränka sig till att avse enbart individ och arbetsmiljö utan måste i många fall utvidgas till att avse även andra förhållanden av betydelse för individens anpassning och möjligheter att fungera — bostads- och hemförhållanden, kommunikationer mellan hem och arbete, sociala relationer etc.

När det gäller provanställning eller nyanställning av handikappade —



eller "betingat" respektive "begränsat" arbetsföra, om man föredrar någon av dessa inom subkommittén använda termerna — förutsätter CRB att en stor del av rehabiliteringsprocessen redan fullbordats inom eller utanför sjukvårdens rehabiliteringsorganisation samt att steget ut i den öppna arbetsmarknaden utgör själva slutfasen i denna process.

Desto viktigare är det då att just i detta led av processen — den slutliga arbetsprövningen i reell miljö — tidigare gjorda iakttagelser och rekommendationer blir beaktade och följs upp så långt detta låter sig göra. I annat fall riskeras att resultatet av såväl för samhället som den enskilde dyrbara och krävande rehabiliteringsansträngningar äventyras.

Som framgår av subkommitténs utredning har man inom företagen hittills främst uppmärksammat rehabiliteringsproblemen i vad gäller hur man på ett tillfredsställande sätt skall ordna en produktiv sysselsättning för tillgodogörandet av arbetskraften hos "betingat arbetsföra" bland de redan anställda. Företagens engagemang i rehabiliteringsverksamheten kan emellertid icke begränsas till denna kategori.

En sådan restriktivitet har ju icke heller ifrågasatts; tvärtom har understrukits att särskilt de större företagen är starkt medvetna om sitt sysselsättningsansvar liksom också deras intresse för anställande av även direkta rehabiliteringsfall under vissa betingelser. Härvid har framhållits att företagen anser sig ha rätt att påräkna effektiv hjälp ifråga om de handikappade eller "betingat arbetsföra" genom konsultationer hos och remisser till samhällets rehabiliteringsinstanser.

En sådan ömsesidig samverkan utgör i själva verket den mest effektiva garantin för realistiska arbetsplaceringar, då den möjliggör utnyttjande av den sakkunskap som finns inom den allmänna rehabiliteringsorganisationen i kombination med en prövning i reell arbetsmiljö, vilken endast undantagsvis helt kan erhållas enbart i en specialkonstruerad test- och prövningssituation. En förutsättning för ett fullt utnyttjande av den reella arbetsmiljön för sådan prövning är givetvis att denna verksamhet handhas av läkare, arbetsledare och annan personal med erforderliga insikter i föreliggande problem och med en gemensam referensram och gemensamma målsättningar.

I fråga om alla de undersökningar och erfarenheter rörande företagshälsovård, som subkommittén redovisat, gäller att de hänför sig till den västliga delen av världen. Några motsvarande redogörelser för skilda former av företagshälsovård i öststaterna har sålunda icke lämnats. Ifråga om de norska förhållandena anser CRB det vara av intresse, som en komplettering av vad som anföres i utredningen, att nämna att företagshälsovården i detta land synes ha nått en större omfattning och blivit föremål för en mera ingående reglering än i de övriga nordiska länderna. De norska företagsläkarnas verksamhet är baserad på detaljerade direktiv från Bedriftslegerådet, som består



av en representant från vardera av Landsorganisasjonen i Norge, Norsk Arbeidsgiverforening och Den norske laegeforening. Tillsättande av bedriftslege sker i Norge i allmänhet efter annonsering av tjänsterna med meritvärdering av ett råd, underställt Helsedirektøren, d. v. s. chefen för den norska medicinalstyrelsen. Företaget får sedan välja mellan de tre på förslaget uppförda kandidaterna. I Sverige är praxis vid tillsättande av industriläkare att en meritvärderingsnämnd, utsedd av Svenska industriläkarförbundet, till vederbörande arbetsgivare anger vilka sökande som är behöriga samt uppför fem sökande på förslag. Denna praxis tillämpas i de flesta fall och meritvärderingen grundar sig på normer stadfästa av Svenska industriläkarförbundet 1958 samt med ändringar och tillägg beslutade 1962.

I den norska Bedriftslegeordning, som utgivits av Bedriftslegerådet, betonas att bedriftslegen skall vara företagets objektive sakkunnige i frågor, som rör hälsa och hygien, och därför måste ha en fri och oavhängig ställning i förhållande till arbetsgivare och anställda arbetare och funktionärer. Han bör därför administrativt sortera under företagets högsta ledning.

I de följande avsnitten av sin utredning uppehåller sig subkommittén närmare vid de förut nämnda tre undersökningarna av den företagsinterna problematiken i fråga om sysselsättning av begränsat arbetsföra, samt subkommitténs enkätundersökning 1964—1965 i rehabiliteringsfrågor vid 16 företag, vilken utgjort det kanske viktigaste nya ledet i dess utredning. Mot bakgrund av dessa undersökningar diskuteras bl. a. rehabiliteringsbehovet ur olika aspekter, företagets inställning till externt rehabiliteringsklientel, samarbetet mellan rehabiliteringsklinik, arbetsvård, sjukvård och företag, rationaliseringen och dess konsekvenser i rehabiliteringshänseende samt samarbetet mellan olika företag och mellan företagen och samhället.

Bland de många synpunkter och iakttagelser av intresse, som i anslutning härtill redovisas, vill CRB här stanna vid att fästa uppmärksamheten på de mycket positiva uttalandena om de rehabiliteringsresultat, som i många fall uppnås genom de initiativ i fråga om rehabilitering av de s. k. 90-dagarsfallen som togs i försäkringskassornas samarbetsdelegationer. Detta understryker värdet av att erforderliga kontakter på tidigast möjliga stadium kommer till stånd mellan de olika instanser och organ, som i olika avseenden bär ansvar för rehabiliteringsverksamheten.

Vad som i utredningen anförs om den fortgående rationaliseringen och automatiseringen inom arbetslivet, och den inskränkning av möjligheterna till lämplig sysselsättning, som denna kan innebära för en stor del av arbetskraften, öppnar allvarliga perspektiv, men praktisk erfarenhet utvisar att en långsiktig planering inom personalvården, en effektiv personalhälsovård m. m. torde kunna lösa problemen och förebygga de angivna olägenheterna. Uppenbart är att den pågående utvecklingen i dessa hänseenden



kommer att ställa växande krav på samhällets och näringslivets rehabiliteringsinsatser.

### Förslag

CRB har i flera sammanhang framhållit att, för att rehabiliteringen för den enskilde skall te sig som en kontinuerlig process förande till ett meningsfullt mål, krävs en samordning av hela rehabiliteringsverksamheten såväl ur behandlingssynpunkt som i administrativt och ekonomiskt hänseende.

Inte minst när det gäller hälsovården i arbetslivet bör enligt CRB:s mening beaktas att rehabiliteringsvården i samhället måste fungera som en helhet, till vilken alla handikappade vilken kategori de än tillhör har tillträde, samt att hela rehabiliteringsprocessen bör stå under en fortlöpande medicinsk ledning och kontroll, som i lämpliga former bör utgå från de rehabiliteringscentra i medicinska avseenden, som de allmänna rehabiliteringsklinikerna är avsedda att bli.

Av beredningen har vidare starkt framhållits de allmänna försäkringskassornas allt viktigare roll i samarbetet i rehabiliteringsfrågor på länsplanet. Härvid har CRB bl. a. berört de överväganden om rehabiliteringsbidrag från den allmänna försäkringen, som kan ankomma på 1961 års sjukförsäkringsutredning.

För en samordning av rehabiliteringsorganisationens olika delar har CRB även ansett en översyn och komplettering av bestämmelserna om statsbidrag vara erforderlig. I detta sammanhang bör även rehabiliteringsinsatserna inom näringslivet beaktas.

Subkommittén har för sin del sammanfattat sina i utredningen redovisade erfarenheter och synpunkter i en rad att-satser. De synpunkter och förslag, som sålunda framlagts, ansluter sig i stort sett nära till de av CRB förordade allmänna riktlinjerna för rehabiliteringsverksamheten. Subkommittén har lagt fram vissa förslag beträffande statsbidragen till skyddade verkstäder samt sjukpenning respektive pension vid partiellt nedsatt arbetsförmåga. Beredningen, som ansluter sig till syftet med berörda förslag, har icke ansett sig böra närmare ingå på dessa frågor utan föreslår att vad subkommittén anfört beaktas i samband med pågående utredningsarbete inom de berörda områdena.

Avslutningsvis vill CRB understryka angelägenheten av att utbyggnaden av hälsovården inom arbetslivet får ingå som ett led i planeringen av hälso- och sjukvårdsorganisationen i landstingsområden och storstäder så att bästa möjliga utnyttjande och integration kan ske av de samlade resurserna. CRB vill här särskilt framhålla att härvid måste beaktas nödvändigheten av en nära samordning av rehabiliteringsinsatserna inom näringslivet och det allmännas resurser för medicinsk, social och yrkesmässig rehabilitering.



CRB förutsätter att arbetarskyddsstyrelsen i sin förutsättningslösa utredning i anledning av 1959 års ILO-rekommendation om företagshälsovården tar upp dessa problem till allsidig prövning. Beredningen vill därvid understryka betydelsen av att utbildningen av personal — läkare, sjuksköterskor m. fl. — för hälsovården i arbetslivet bl. a. i vad avser rehabiliteringsuppgifterna blir föremål för närmare överväganden och förslag.

CRB hemställer att de av subkommittén framlagda förslagen — i avvaktan på kommande mera omfattande utredningar av hithörande frågor — upptages till övervägande som ett led i strävandena att effektivisera samarbetet mellan de allmänna rehabiliteringsinsatserna och insatserna inom näringslivet.

Beredningen finner även angeläget att ytterligare försöksverksamhet för att tillgodose behovet av hälsovård inom arbetslivet med inriktning bl. a. på rehabiliteringsfrågorna snarast kommer till stånd inom områden, för vilka särskilda svårigheter visat sig föreligga att skapa någon form av företags- eller personalhälsovård, exempelvis jordbruk, skogsbruk och företag av mindre storlek, i syfte att vinna ökade erfarenheter som underlag för den fortsatta utbyggnaden.

## B I L A G A

### Subkommitténs frågeformulär rörande rehabiliterings- verksamheten i 16 företag

Företagets namn:

Bransch:

Antal anställda:

Därav manliga tjänstemän:      Kvinnliga tjänstemän:

Manliga kollektivanställda:      Kvinnliga kollektivanställda:

Om uppgifter finns om åldersfördelning äro vi tacksamma för dessa data.

Rekryteringsbehov och tillgång på arbetskraft?

Företagshälsovårdens omfattning:

Antal industriläkare:      Antal veckotimmar för hälsovård:

Övrig personal på hälsovårdsavdelningen. Antal och totalt timantal per vecka:

#### **Konstaterade problem vad gäller begränsat arbetsföra:**

##### *1) Nyrekrytering:*

Finns några data som belyser hur fördelningen är bland nyanställningsundersökningarna mellan normalfall och betingat arbetsföra?

Hur stor procent avstyrkes av medicinska skäl för anställning?

Vilka begränsningar utgöra de mest avgörande hindren för anställning?

Kommentarer

I vilken utsträckning förekommer nyrekrytering från arbetsvården eller annan rehabiliteringsinstitution?

I vilken mån är läkaren inkopplad i förhandsdiskussioner med arbetsvård eller rehabiliteringsklinik vid nyanställning av dylikt klientel?

##### *Personaluppföljning:*

Finns något system för uppföljning av de anställdas arbetsanpassning?

Antal anställda som bedöms som svårplacerade eller svårsysselsatta?

Kan något sägas om orsak — kön — åldersfördelning i denna kategori?

Finns inom företaget någon genomdiskuterad policy angående ansvarstagandet för anställda som genom sjukdom, åldrande m. m. ej går att finna meningsfull sysselsättning för?

##### *Rehabilitering:*

Har man inom företaget några rehabiliteringsaktiviteter?

- Har bioteknologiska aktiviteter medfört större möjligheter att ha betingat arbetsföra i produktionen?
- Har någon systematisk kartläggning av arbetsplatser gjorts för att underlätta placeringen av betingat arbetsföra?
- Har några särskilda arbetsplatser reserverats för betingat arbetsföra?



- d) Har man inom företaget en särskild verkstad för rehabiliteringsklienter?
- e) Förefinns i rehabiliteringshänseende något organiserat samarbete med arbetsvård, lasarets- eller rehabiliteringsavdelning?
- f) Förefinns några avtal med sjukförsäkring eller annan försäkringsinrättning om ekonomiska stödåtgärder till företaget för rehabiliteringsaktiviteter? Möjligheter till 50 % sjukskrivning under arbete eller 50 % förtidspension?

**Rationalisering:**

Har en fortgående rationalisering medfört personalreduktion? I så fall, har detta medfört permitteringar eller anställningsstopp eller andra konsekvenser i nyanställningspolitiken?

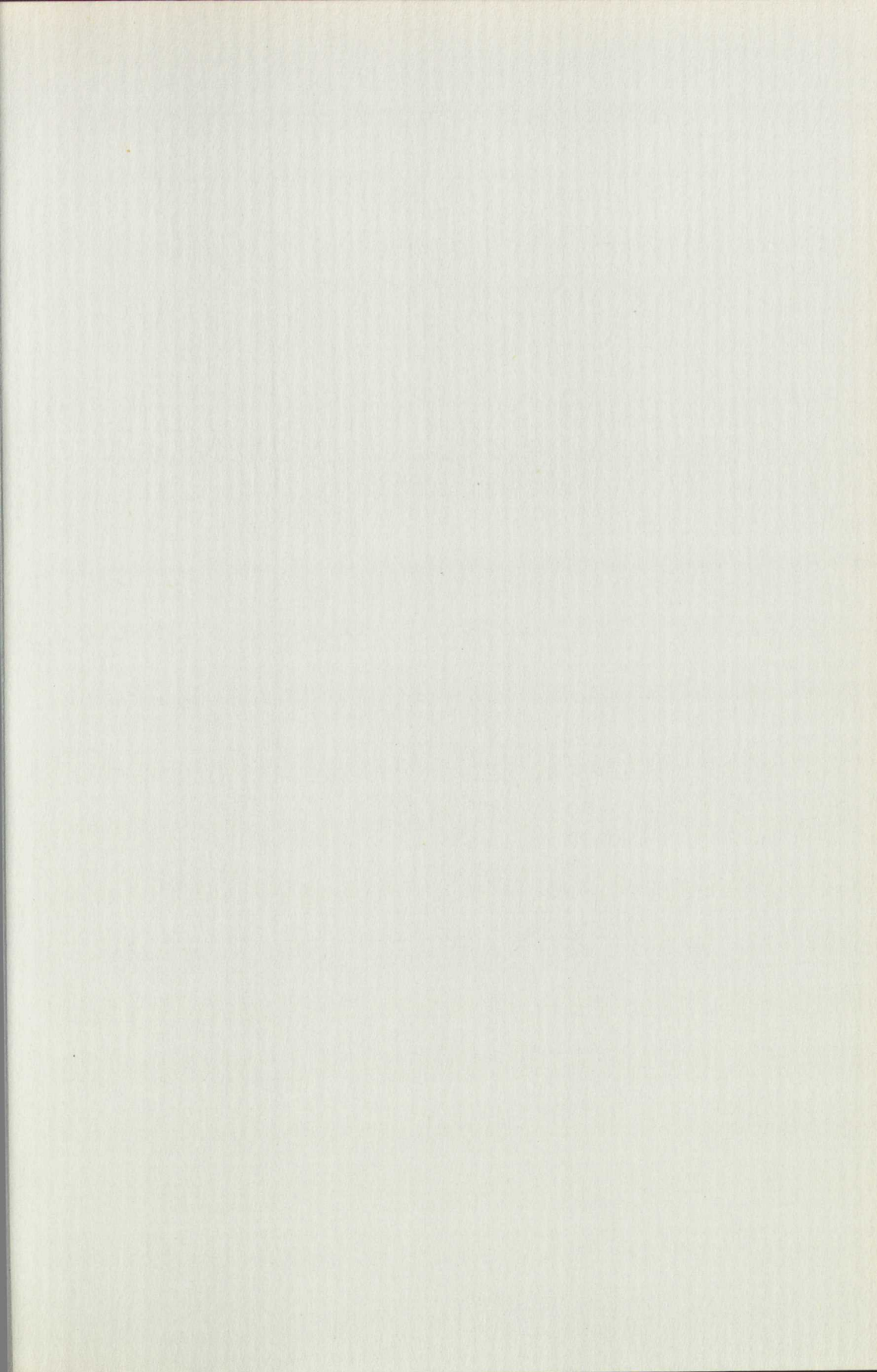
Har rationaliseringen medfört att vissa typer av arbetsuppgifter försvunnit?

Har rationaliseringen medfört att svårigheterna vad gäller grupper av betingat arbetsföra blivit större och mer svårbemästrade?

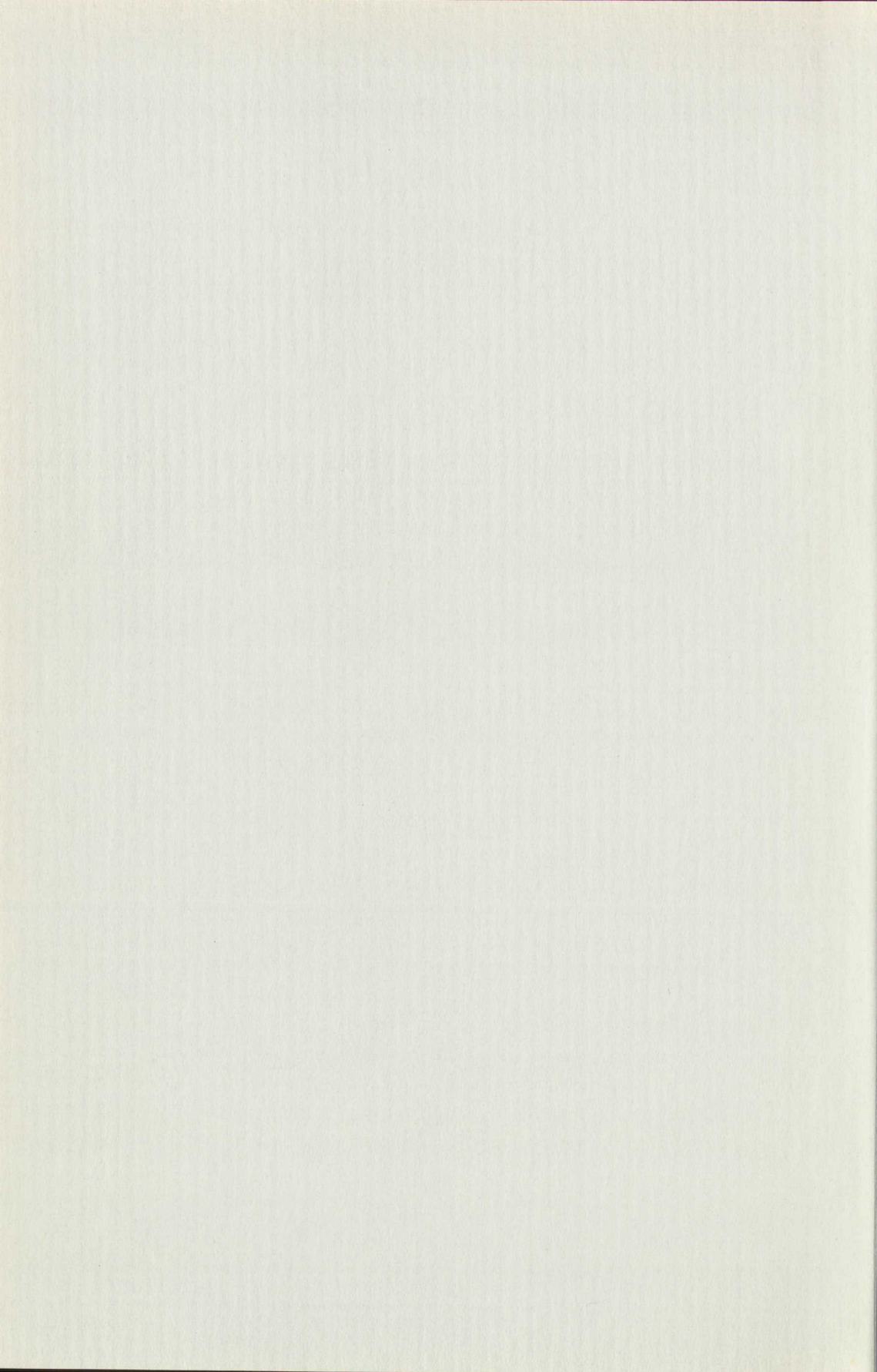
**Ytterligare synpunkter och kommentarer:**



2 1 FEB 1966







## NORDISK UDREDNINGSSERIE (NU) 1965

1. Transportekonomisk forskning i Norden.
3. Enkelte mellomriksveger mellom Norge og Sverige.
6. Utbildning av sjukhusadministratörer i Norden.



# STATENS

## OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965

### Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

#### Justitiedepartementet

Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 1. Allmänna uttalanden samt 1 och 2 kap. i förslaget till regeringsform. [2] Del 2. Kap. 3, 4 och 5 i förslaget till regeringsform. [3] Del 4. Kap. 7, 8, 9 och 10 i förslaget till regeringsform samt övergångsbestämmelserna. [34] Del 5. Förslaget till riksdagsordning. [37]

Rättegångshjälp. [13]

Godtrosvärv av lösöre. [14]

Fastställande av faderskapet till barn utom äkten-skap. [17]

Fartygs befälhavare. Gemensamt haveri och dispasch. Ansvarsbestämmelser m. m. [18]

Dagstidningarnas ekonomiska villkor. [22]

Ändringar i ensittarlagen m. m. [26]

Pensionsstiftelser II. [41]

Författningsfrågan och det kommunala sambandet. [54]

#### Utrikesdepartementet

Sveriges sjöterritorium. [1]

#### Försvarsdepartementet

Soldathemsverksamheten. [52]

#### Socialdepartementet

Tandvårdsförsäkring. [4]

Institutet för arbetshygien och arbetsfysiologi. [24]

Hälsa- och socialvårdens centrala administration. [49]

Mentalsjukhusens personalorganisation. Del II. Mål-sättning och utformning. [50]

Barn på anstalt. [55]

Samordnad rehabilitering. Del 3. Rehabiliteringsin-satser i näringslivet. [57]

#### Kommunikationsdepartementet

Skånes och Hallands vattenförsörjning. [8]

Friluftslivet i Sverige. Del II. Friluftslivet i sam-hällsplaneringen. [19]

1960 års radioutredning. 1. Radions och televisionens framtid i Sverige I. Bakgrund och förutsättningar, programfrågor. Organisations- och finansierings-frågor. [20] 2. Radions och televisionens framtid i Sverige II. Bildnings- och undervisningsverksam-het. Forskningsfrågor. [21]

Vägmärken. [33]

Nykterhet i trafik. [35]

Körkortet och trafikutbildningen. [42]

Statens trafikverk. [43]

Radiolag. [46]

Statens vägverk. [47]

Arbets- och arbetsinspektion för vägtrafiken. [48]

#### Finansdepartementet

Måttenheter. [5]

Uppbördsfrågor. [23]

Nytt skattesystem. Remissyttranden. [28]

#### Ecklesiastikdepartementet

Antikvitetskollegiet. [10]

1963 års universitets- och högskolekommitté 1. Ut-byggnaden av universitet och högskolor. Lokalise-ring och kostnader I. [11] 2. Utbyggnaden av uni-versitet och högskolor. Lokalisering och kostna-der II. Specialutredningar. [12]

De svenska utlandsförsamlingarnas ekonomi. [15]

1960 års lärarutbildningssakkunniga III. 1. Studie-planer för lärarutbildning. [25] 2. Lärarutbildning-en IV: 1. [29] 3. Lärarutbildningen IV: 2. [30] 4. Specialundersökningar om lärarutbildning V. [31]

Fackutbildning i automatisk databehandling. [56]

#### Jordbruksdepartementet

Ny jordförvärvslag. [16]

1960 års jordbruksutredning. 1. De svenska jord-bruksprodukternas distributions- och marginalför-hållanden. [27]

Stöd åt hästavlen. [44]

#### Handelsdepartementet

Sveriges släktnamn 1965. [36]

Beredskap mot oljeskador. [45]

#### Inrikesdepartementet

Kommunalrättskommittén VI. Om den kommunala självstyrelsens ökala förankring. [6] VII. Kommu-nala bolag. [40]

Praktik- och feriearbetsförmedling. [7]

Arbetsmarknadspolitik. [9]

Höjd bostadsstandard. [32]

Affärstidsutredningen. 1. Affärstiderna. Del I. Motiv- och lagförslag. [38] 2. Affärstiderna. Del II. Kon-sumentundersökning. [39]

Gemensamma bostadsförmedlingar. [51]

Polisutbildningen. [58]