



**National Library  
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

Ref 30U  
1968 A



Statens  
offentliga  
utredningar

**1968:44**

Social-  
departementet

# Företags- hälsovård

SOU

Betänkande avgivet av Företagshälsovårds-  
utredningen  
Stockholm 1968

# Statens offentliga utredningar 1968

## Kronologisk förteckning

---

1. Ekonomisystem för försvaret. Esselte. Fö.
2. Ekonomisystem för försvaret. Bihang. Esselte. Fö.
3. Kreditmarknadens struktur och funktionssätt. Esselte. Fi.
4. Handläggningen av säkerhetsfrågor. Isaac Marcus. Ju.
5. Industrins struktur och konkurrensförhållanden. Esselte. Fi.
6. Strukturutveckling och konkurrens inom handeln. Esselte. Fi.
7. Ågande och inflytande inom det privata näringslivet. Esselte. Fi.
8. Skogsbrukets planlägningsfrågor. Svenska Reproduktions AB. Jo.
9. Virkesbalanser 1967. Esselte. Jo.
10. Säkerhetspolitik och försvarsutgifter. Esselte. Fö.
11. 1958 års utredning kyrka-stat. XI. Svenska kyrkan och staten. Esselte. U.
12. Förvaltningen av kyrklig jord m.m. Berlingska Boktryckeriet. Lund. U.
13. Fritidsfisket. Esselte. Jo.
14. Skolboksleveranser. Svenska Reproduktions AB. U.
15. Musikutbildning i Sverige. Esselte. U.
16. Rennärigen i Sverige. Esselte. Jo.
17. Allmänna vägar. Svenska Reproduktions AB. K.
18. Parkering. Esselte. K.
19. Trafikmålsutredningar. Beckman. Ju.
20. Upphandling av byggnader. Del I. Formerna. Esselte. Fi.
21. Pensionstillskott m.m. Esselte. S.
22. Jordhävdslag. Esselte. Jo.
23. Bilregistrering. Berlingska Boktryckeriet. Lund. K.
24. Avstämning av 1965 års långtidsutredning. Esselte. Fi.
25. Studieprognos och studieframgång. Svenska Reproduktions AB. U.
26. Ändrade avskrivningsregler för rörelse- och hyresfastigheter. Beckman. Fi.
27. Förvaltningslag. Esselte. Ju.
28. Intersexuellas könstillhörighet. Esselte. Ju.
29. Statistikbehov och statistikproduktion för regionala utredningar. AB Kopia. I.
30. Bostadsbyggandets planering och kreditförsörjning. Esselte. I.
31. 1965 års allmänna fastighetstaxering. AB Kopia. Fi.
32. Fastighetstaxeringens regler och organisation. Esselte. Fi.
33. Lokal trafikservice. Svenska Reproduktions AB. K.
34. Transportforskningens organisation. Beckman. K.
35. Storlandstingets författning. Svenska Reproduktions AB. K.
36. Läromedel för specialundervisning. Svenska Reproduktions AB. U.
37. Konfliktdirektiv. Esselte. I.
38. Boendeservice 1. Esselte. I.
39. Eldistributionens rationalisering. Beckman. Fi.
40. Verkställighet av utländska domar. Esselte. Ju.
41. Utsökningsrätt VII. Beckman. Ju.
42. Förslag till predikotexter ur Gamla Testamentet för kyrkoårets sön- och helgdagar. Esselte. U.
43. Upphandling av stora bostadsprojekt. Esselte. I.
44. Företagshälsövård. Esselte. S.



Statens offentliga utredningar  
1968:44  
Socialdepartementet

# Företags- hälsovård

Betänkande av Företagshälsovårdsutredningen  
Stockholm 1968



# Till Konungen

## *Överlämnande av utredning ang. företags- hälsovård*

Kungl. Maj:t beslöt den 4 mars 1960 att den av Internationella arbetsorganisationens allmänna konferens år 1959 antagna rekommendationen (nr 112) 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.

För utförande av det erhållna uppdraget har arbetarskyddsstyrelsen bildat en utredningsgrupp med representanter för nuvarande socialstyrelsen, arbetsmedicinska institutet, Svenska arbetsgivareföreningen, Landsorganisationen i Sverige, Tjänstemännens centralorganisation och Sveriges läkarförbund.

Sedan uppdraget nu slutförts får arbetarskyddsstyrelsen överlämna utredningsgruppens betänkande »Företagshälsovård». Utredningsgruppen biträder enhälligt betänkandet.

UNDERDÅNIGST

*Otto Westling*

*Hilding Starland*

*Rolf Wedler*

*/Carl E. Serlén*

Stockholm den 31 augusti 1968



# Innehåll

Kapitel 1. <i>Utredningsuppdraget</i> . . . . .	7	Kapitel 7. <i>Utformning och innehåll</i> . . . . .	41
Kapitel 2. <i>ILO-rekommendationen och den svenska arbetarskyddslagstiftningen</i> . . . . .	9	Allmänna synpunkter . . . . .	41
Kapitel 3. <i>Utvecklingen av arbetarskydd – företagshälsovård</i> . . . . .	12	Kontakter och samverkan med andra funktioner inom företaget. Samråd mellan arbetsgivare och arbetstägare . . . . .	41
Medverkan genom skyddsombud . . . . .	13	Motiv för företagsintegrerad verksamhet och utåtriktat samarbete . . . . .	42
Samarbete genom skydds- (säkerhets-) kommittéer . . . . .	13	Företagshälsovårdens tekniska och medicinska del . . . . .	43
Anställning av skydds- (säkerhets-) ingenjörer . . . . .	14	Anpassning till varierande behov på skilda arbetsplatser . . . . .	43
Överenskommelse om samverkan rörande arbetarskydd mellan arbetsmarknadens parter . . . . .	16	Kapitel 8. <i>Arbetsområden</i> . . . . .	45
Utvecklingen av företagshälsovård . . . . .	18	Förebyggande av arbetsolycksfall . . . . .	45
Överenskommelse om samverkan rörande företagshälsovård mellan arbetsmarknadens parter . . . . .	22	Förebyggande av yrkessjukdomar och andra hälsorisker i arbetet . . . . .	46
Kapitel 4. <i>Arbetsmedicin i tidigare utredningar</i> . . . . .	23	Ergonomi . . . . .	46
Kapitel 5. <i>Företagshälsovård utomlands</i> . . . . .	28	Teknisk arbetshygien . . . . .	47
Americas förenta stater . . . . .	28	Bedömning av arbetskrav (arbetsanalyser) . . . . .	48
Bulgarien . . . . .	29	Anställningsundersökning och placering i arbetet . . . . .	48
Danmark . . . . .	31	Hälsokontroller . . . . .	49
Finland . . . . .	31	Sjukvård . . . . .	50
Frankrike . . . . .	32	Rehabilitering . . . . .	55
Jugoslavien . . . . .	32	Kapitel 9. <i>Organisationsformer</i> . . . . .	60
Nederländerna . . . . .	33	Inbyggd företagshälsovård . . . . .	60
Norge . . . . .	34	Inbyggd företagshälsovård med deltidсанställd företagsläkare . . . . .	61
Sovjetunionen . . . . .	35	Företagshälsovårdscentraler . . . . .	61
Storbritannien . . . . .	35	Branschknuten företagshälsovård med regionala centraler och rörliga enheter . . . . .	63
Kapitel 6. <i>Målsättning</i> . . . . .	38		



Andra organisationsformer för företagshälsovård . . . . .	63	Bilaga 1. Rekommendation (nr 112) angående företagshälsovård. . . . .	107
<b>Kapitel 10. Skyddsingenjör – arbetsuppgifter och utbildning . . . . .</b>	<b>67</b>	Bilaga 2. Överenskommelse om riktlinjer för företagshälsovård samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på företagshälsovårdens område . . . . .	111
Arbetsuppgifter . . . . .	67	Bilaga 3. Förslag till utbildningsprogram för skyddsingenjörer och företagsläkare . . . . .	117
Utbildning . . . . .	69		
Utbildning av biträdande skyddsingenjör . . . . .	71		
Utbildning av annan teknisk personal . . . . .	71		
<b>Kapitel 11. Företagsläkare – arbetsuppgifter och utbildning . . . . .</b>	<b>73</b>		
Arbetsuppgifter . . . . .	73		
Utbildning . . . . .	74		
Specialitet i arbetsmedicin . . . . .	78		
Övergången till ny företagsläkarutbildning . . . . .	79		
Erforderliga resurser för den utökade undervisningen . . . . .	80		
<b>Kapitel 12. Företagssköterska – arbetsuppgifter och utbildning . . . . .</b>	<b>82</b>		
Arbetsuppgifter . . . . .	82		
Medverkan av distriktssköterska i företagshälsovården . . . . .	83		
Utbildning . . . . .	83		
Förläggning och administration av den särskilda utbildningen i företagshälsovård . . . . .	85		
Rekrytering och utbildning av företagssköterskor under en övergångstid . . . . .	86		
<b>Kapitel 13. Företagshälsovårdens personalbehov . . . . .</b>	<b>88</b>		
Personalbehov vid industrin . . . . .	91		
Personalbehov vid utbyggnad av företagshälsovårdscentraler . . . . .	91		
Utbyggnadstakt och utbildningsresurser . . . . .	92		
<b>Kapitel 14. Ersättning från försäkringskassa . . . . .</b>	<b>94</b>		
<b>Kapitel 15. Samrådsorgan . . . . .</b>	<b>97</b>		
<b>Kapitel 16. Sammanfattning och förslag . . . . .</b>	<b>100</b>		
Sammanfattning . . . . .	100		
Överväganden och förslag . . . . .	105		

Internationella arbetsorganisationen (ILO) antog genom sitt beslutande organ den 24 juni 1959 en rekommendation (nr 112) angående företagshälsovård (Occupational Health Services Recommendation, 1959). Rekommendationstexten i svensk översättning är intagen i bil. 1.

I proposition nr 22 år 1960 underställde Kungl. Maj:t riksdagen för yttrande bland annat denna rekommendation. Departementschefen anförde härvid, att vissa föreskrifter fanns i den svenska arbetarskyddslagstiftningen, som berörde frågor som omfattades av rekommendationen, men att beträffande flertalet av de i rekommendationen förekommande anvisningarna saknades motsvarighet i svensk lagstiftning. Möjligen borde – såsom Svenska arbetsgivareföreningen uttalat – företagshälsovården utvecklas fritt under samverkan mellan arbetsmarknadens parter. Detta hindrade dock 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 också borde överväga i vad mån rekommendationens principer borde komma till uttryck i styrelsens anvisningar. Departementschefen föreslog att rekommendationen skulle för angivna ändamål överlämnas till arbetarskyddsstyrelsen. Styrelsens prövning av frågorna borde ske i samråd med medicinalstyrelsen och arbetsmarknadens parter.

Sedan riksdagen anslutit sig till departementschefens uttalande, beslöt Kungl. Maj:t den 4 mars 1960 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.

På grund av andra angelägna och resurskrävande arbetsuppgifter för arbetarskyddsstyrelsen, däribland vissa utredningar, måste emellertid detta uppdrag anstå någon tid. Sedan dåvarande medicinalstyrelsen, Svenska arbetsgivareföreningen och Landsorganisationen i Sverige på arbetarskyddsstyrelsens begäran utsett representanter i en utredning, hölls under senare delen av 1963 och 1964 sammanträden för allmän diskussion om företagshälsovårdsproblemet och om planläggning av utredningsarbetet. Sedan särskilda medel ställts till förfogande och medicinsk expert och sekreterare anstälts, har utredningsarbetet fr. o. m. 1965 bedrivits kontinuerligt.

På arbetarskyddsstyrelsens begäran – efter samråd med medicinalstyrelsens, Arbetsgivareföreningens och Landsorganisationens representanter – har även arbetsmedicinska institutet, Sveriges läkarförbund och Tjänstemännens centralorganisation utsett representanter att delta i utredningen. Likaledes har på begäran Svenska landstingsförbundet utsett två representanter att delta i utred-



## ILO-rekommendationen och den svenska arbetarskyddslagstiftningen

ILO-rekommendationen nr 112 definierar företagshälsovård som en på eller i närheten av arbetsplatsen upprättad verksamhet, vilken 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.

Utredningen har för sin del uppfattat definitionen så, att företagshälsovården omfattar alla ett företags aktiviteter inom den förebyggande arbetarskyddsverksamheten och den förebyggande hälsovården. Företagshälsovården består enligt detta betraktelsesätt av en teknisk och en medicinsk del, som kompletterar och griper in i varandra.

Arbetsgivarnas allmänna skyldigheter under det gäller företagshälsovården – såsom vi definierar denna – fastslås i 7 § arbetarskyddslagen, där det stadgas att arbetsgivare är pliktig att, under särskilt beaktande av vad i lagen sägs eller med stöd av denna föreskrives, iakttaga allt som med hänsyn till arbetets natur och de förhållanden, under vilka arbetet bedrivs, samt arbetstagarnas ålder, yrkesvana och övriga förutsätt-

ningar för arbetet skäligen kan erfordras för att förebygga att hos honom sysselsatta arbetstagare ådrager sig ohälsa i följd av arbetet eller drabbas av olycksfall däri.

Denna mycket allmänt hållna föreskrift kompletteras med mer eller mindre detaljerade bestämmelser i arbetarskyddslagen, arbetarskyddskungörelsen och andra med stöd av lagen utfärdade författningar.

Författningsbestämmelser med anknytning enbart eller huvudsakligen till den medicinska delen av företagshälsovården förekommer endast i begränsad omfattning. Dit kan räknas 10 § arbetarskyddslagen, som ger grundläggande bestämmelser i syfte att förebygga ohälsa, nämligen om luftutrymme, luftväxling och luftföroreningar, belysning, uppvärmning och fuktighetsgrad, buller och vibrationer samt arbetsställningar. Kompletterande föreskrifter ges i 19–27 och 30 §§ arbetarskyddskungörelsen. Vidare finns i 13 § lagen och 47 § kungörelsen bestämmelser om första hjälpen vid olycks- och sjukdomsfall. Föreskrifter om läkarkontroll av minderåriga arbetstagare finns dels i 4 kapitlet arbetarskyddslagen, dels i kungörelsen den 6 maj 1949, nr 213, om läkarundersökning och läkarbesiktning av minderåriga arbetstagare. Vidare bör i detta sammanhang omnämnas kungörelsen den 6 maj 1949, nr 211, om läkarundersökning och läkarbesiktning till förebyggande av vissa yrkessjukdomar. Det kan anmärkas, att läkarkontrollen enligt de två sist nämnda

kungörelserna skall utföras av särskilt förordnade läkare. Hinder föreligger icke att sådant förordnande ges till en hos ifrågasvarande företag anställd läkare.

Med avseende på den tekniska delen av företagshälsovården innehåller arbetarskyddslagstiftningen ett stort antal bestämmelser. Det får emellertid anses falla utanför detta betänkandes ram att närmare ingå på dessa.

Enligt 39 § arbetarskyddslagen skall arbetsgivare och hos honom sysselsatta arbetstagare under arbetsgivarens ledning i samverkan bedriva ett på lämpligt sätt organiserat skyddsarbete för att åstadkomma sunda och säkra arbetsförhållanden på arbetsplatsen. Bortsett från bestämmelserna om skyddskommitté och skyddsombud har lagstiftaren emellertid överlämnat åt den enskilde arbetsgivaren att bestämma om skyddsarbetets organisation.

Frågan berörs i 62 § arbetarskyddskungörelsen, där det stadgas att arbetsgivare, som ej själv helt leder skyddsarbetet på arbetsstället, skall uppdraga åt en eller flera personer (skyddsinspektör, personalkonsulent eller annan hos arbetsgivaren anställd) att i hans ställe i större eller mindre utsträckning handlägga frågor rörande arbetets sundhet och säkerhet. Bestämmelsen innebär ej någon skyldighet för arbetsgivaren att anställa särskild person för skyddsarbetet och inte heller att arbetsgivaren genom att anställa sådan person kan undandra sig ansvaret för nämnda arbete eller den ledning av arbetet som förutsättes åvila arbetsgivaren enligt 39 § arbetarskyddslagen. Någon föreskrift om kompetensen hos skyddsinspektör osv. ges ej.

I anslutning härtill erinras om att arbetarskyddsverkets organisationsutredning hade att överväga bl. a. frågan huruvida det var möjligt och lämpligt att bygga ut arbetarskyddslagstiftningen med föreskrift att företag av viss storlek eller med viss tillverkning skulle vara skyldigt att ha särskild personal anställd enbart för säkerhetsuppgifterna. Utredningen föreslog i sitt betänkande (SOU 1959: 9), att i 39 § arbetarskyddslagen infördes en bestämmelse, varigenom arbets-

givare rekommenderas att på arbetsställe, där för effektivt bedrivande av skyddsarbetet så kan anses erforderligt, anställa skyddstjänsteman med huvudsaklig uppgift att i arbetsgivarens ställe utöva den omedelbara ledningen av skyddsarbetet. Fastän förslaget i allmänhet tillstyrkts eller lämnats utan erinran fann föredragande departementschefen (prop. 1963: 126), att det då inte förelåg något mera påtagligt behov av den föreslagna lagbestämmelsen. Med hänsyn till den gynnsamma utveckling som pågick beträffande det lokala skyddsarbetet kunde enligt departementschefens mening förväntas, att arbetsgivarna utan särskilt stadgande skulle visa förståelse för värdet av en utökad skyddstjänstemannainstitution. Vad sålunda anförts föranledde ingen erinran från riksdagens sida.

Ordet företagshälsovård förekommer icke i arbetarskyddslagstiftningen. I 47 § arbetarskyddskungörelsen föreskrives, att på arbetsställe skall uppdragas åt lämplig person att ombesörja förvaring och utlämning av förbandsmateriel och annan utrustning, som erfordras för att lämna den första hjälpen vid olycks- eller sjukdomsfall. Vid arbetsställe, där ett större antal arbetstagare sysselsättes eller där eljest särskilda omständigheter påkallar det, skall i nödig utsträckning finnas personal, som äger för ändamålet erforderlig sjukvårdskunnighet. Om förhållandena föranleder därtill, skall vid större arbetsställe finnas lämpligt inrättat och utrustat förbands- eller sjukrum, där första hjälpen vid olycks- eller sjukdomsfall kan lämnas. Det kan nämnas att arbetarskyddsstyrelsen icke utfärdat några anvisningar rörande tillämpningen av nu återgivna bestämmelser.

I rekommendationens artikel 25 uttalas, att den nationella lagstiftningen bör föreskriva vilken myndighet som skall vara ansvarig för övervakning av företagshälsovårdens organisation och verksamhet.

Tillsyn över efterlevnaden av den svenska arbetarskyddslagstiftningen utövas enligt 47 § arbetarskyddslagen av arbetarskyddsstyrelsen samt under dess överinseende och ledning av yrkesinspektionens befattnings-

havare, vissa specialinspektörer samt kommunala tillsynsmän. Arbetarskyddsstyrelsen är alltså central förvaltningsmyndighet för ärenden om arbetarskydd. I denna egenskap åligger det styrelsen särskilt att verka för främjande av arbetarskyddet och vidta de åtgärder som är påkallade i skyddstekniskt, yrkeshygieniskt, yrkesmedicinskt och socialt hänseende för att utveckla och förbättra detta skydd. Styrelsens skyldigheter och rättigheter i detta avseende är i samma mån riktade mot den medicinska som mot den tekniska delen av företagshälsovården.

När det gäller den medicinska delen av företagshälsovården har socialstyrelsen skyldighet och befogenhet att utöva tillsyn över personal och utrustning. Socialstyrelsen har i princip rätt att övervaka och bedöma medicinalpersonalens medicinska handlande. Några speciella föreskrifter om inspektion av den medicinska verksamheten vid företagen finnes för närvarande icke.

### 3 Utvecklingen av arbetarskydd — företagshälsovård

för detta förhållande. Enligt denna utvärdering har den lokala skyddsverksamheten utvecklats i enlighet med den lokala skyddsverksamheten i de andra länderna.

I ång 1940-talet var det vanligt att företag hade en egen hälsovård. Detta var ofta enbart en hälsovård för de anställda i företaget. Detta var ofta enbart en hälsovård för de anställda i företaget.

Sedan lång tid tillbaka har inom många företag i vårt land ett organiserat samarbete ägt rum mellan arbetsgivare och arbetstagare i syfte att främja säkerheten och sundheten i arbetet. Det var till en början huvudsakligen inriktat på åtgärder, som avsåg att förhindra olycksfall i arbetet, men har senare kommit att mer och mer omfatta även åtgärder till förebyggande av hälsoskador till följd av arbetet och arbetsförhållandena. Efterhand som samarbetet utvecklades och fick en mera fast form, gavs det benämningen *lokal säkerhetstjänst* men har senare vanligen kallats *lokal skyddsverksamhet* eller *lokal arbetarskyddsverksamhet*. I den mån man inom denna verksamhet ägnat uppmärksamhet åt förebyggande åtgärder mot ohälsa i arbetet, har den blivit av viss hälsovårdande natur och därigenom fått en anknytning till företagshälsovården. För denna medicinskt betonade verksamhet, som i början främst var av sjukvårdande natur, anlätades under en lång tid vanligen någon tjänsteläkare på orten. Så småningom kom särskilda läkare att anställas vid företagen. Deras arbete var till en början mera självständigt men kom med tiden att bedrivas i nära samarbete med den organiserade lokala skyddsverksamheten inom företagen. Senare har vid många större företag den hälsovårdande verksamheten, den s. k. *industrihälsovården*, organisatoriskt sammanförts med den egentliga lokala skyddsverksamheten.

Den lokala skyddsverksamheten har utvecklats i enlighet med den lokala skyddsverksamheten i de andra länderna. Detta har varit en viktig faktor till denna utveckling. Detta har varit en viktig faktor till denna utveckling.

I sitt första skede kan den medicinska verksamheten sägas ha utgjort en påbyggnad eller komplettering till den lokala, mera tekniskt-hygieniskt betonade skyddsverksamheten. Allteftersom verksamheten utvecklats och lett till ökade arbetsuppgifter har den vid många företag organisatoriskt knutits till den lokala skyddsverksamheten eller byggts upp till en fristående del vid sidan om denna. Avgörande härför har givetvis varit företagets storlek samt omfattningen av de medicinska och tekniska arbetsuppgifterna. Den ursprungliga lokala skyddsverksamheten har således — åtminstone vid åtskilliga större företag — kommit att mer och mer bestå av en teknisk del och en medicinsk del. Mot den tekniska delen i företagshälsovården får därvid närmast anses svara den lokala skyddsverksamheten såsom den hittills vanligen bedrivits. Hur denna verksamhet under olika samarbetsformer från val av skyddsombud till bildande av skyddskommittéer och anställande av skyddsingenjörer växt fram och utvecklats ges i det följande en kort redogörelse för.

En starkt bidragande faktor till denna utveckling är det organiserade samarbete, som sedan 1940-talet bedrivits mellan arbetsmarknadens parter, Svenska arbetsgivarförbundet och Landsorganisationen. För detta lämnas en kort redogörelse på sidan 16.

Det samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare inom företag som ovan berörts kan räkna sin tillkomst ända från 1906, då såvitt känt är ett första steg togs till val bland arbetare av ombud för medverkan i säkerhetstjänsten. Detta ledde till att man under de närmaste åren började ge sitt erkännande åt ombudsinstitutionen på arbetsplatserna. I lagstiftningen infördes ett stadgande om medverkan i skyddsarbetet genom ombud från arbetarnas sida första gången i 1912 års lag om arbetarskydd. Det angavs, att om arbetarna på ett arbetsställe inom sig utsett ett eller flera ombud att till vederbörande inspektionsförrättare framföra arbetarnas önskemål beträffande arbetets säkerhet och sundhet, ålåg det inspektionsförrättaren att vid besök på arbetsstället lämna ombuden tillfälle att fullgöra sitt uppdrag.

Ett stöd åt främjandet av den lokala säkerhetstjänsten och dess organisation kom senare att ges genom en av Internationella arbetskonferensen år 1929 antagen rekommendation (nr 31) angående förebyggande av olycksfall i arbete. I denna angavs vissa riktlinjer för samarbetet mellan intresserade parter och särskilt mellan arbetsgivare och arbetare. Genom tillkomsten härav kom ett ökat intresse att ägnas åt samarbetet på arbetsplatserna. År 1931 företogs även en ändring i 1912 års arbetarskyddslag av innehåll, att på arbetsställe där industriellt arbete, byggnads- eller transportarbete bedrevs i så stor omfattning, att där sysselsattes i regel minst tio arbetare, borde det bland arbetarna utses ett eller flera skyddsombud att företräda dem i frågor rörande arbetets säkerhet och sundhet. Det tillades, att skyddsombud kunde utses även på annat arbetsställe. Tillkomsten av denna bestämmelse ledde till att skyddsombud utsågs vid allt fler arbetsställen. Som exempel kan nämnas att antalet arbetsställen med ombud, som år 1920 uppgick till 335, år 1935 ökat till 1 872.

Frågan om en effektivisering av den lokala säkerhetstjänsten och skyddsombudsinstitutionen togs senare upp till diskussion av

1937 års arbetarskyddskommitté. Den underströk framför allt betydelsen av arbetarnas medansvar vid skyddslagstiftningens genomförande och vikten av samarbete mellan arbetsgivaren och arbetarna på arbetsplatsen. Kommittén föreslog bl. a. att alla arbetsställen, där lagen ägde tillämpning, borde förpliktas utse skyddsombud och att sådant ombud inte fick hindras att fullgöra sitt uppdrag. Den lagändring som i anledning härav företogs 1938 gick ut på att skyddsombud borde utses bland arbetarna vid alla arbetsställen, där industriellt arbete, byggnads-, skogsavverknings-, kolnings- eller transportarbete stadigvarande bedrevs. Resultatet härav blev att antalet arbetsställen med skyddsombud kraftigt ökade och uppgick år 1940 till i runt tal 4 000. Såsom framgår av efterföljande tabell (sid. 14), har detta antal numera ökat väsentligt.

#### *Samarbete genom skydds- (säkerhets-) kommittéer*

En annan, sedan länge prövad form för samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare inom företag är tillsättandet av en särskild kommitté, under en första tid kallad säkerhetskommitté. Någon säker uppgift om när den första säkerhetskommittén bildades i vårt land synes ej vara möjlig att få. Det kan dock utläsas i den s. k. arbetsfredskommitténs rapporter år 1929–1930, att sådana kommittéer fanns redan på 1920-talet. Dessa kommittéer torde i allmänhet ha tillkommit på parternas eget initiativ på arbetsstället eller efter anvisningar av yrkesinspektör. Med tiden väcktes alltmer intresset för samarbete genom säkerhetskommittéer och härtill bidrog även den förut omnämnda internationellt antagna rekommendationen, i vilken bl. a. förordades upprättande av säkerhetskommittéer inom företagen.

Den första bestämmelsen om skyddskommittéer tillkom 1938 genom ett tillägg i 1912 års lag om arbetarskydd. Det stadgades, att på större arbetsställe bör, där så lämpligen kan ske, bildas en av skyddsombud samt en eller flera företrädare för arbetsledningen



sammansatt säkerhetskommitté, som har att verka för säkerhet och sundhet i arbetet. År 1940 fanns ca 300 sådana kommittéer. Detta antal har senare ökat avsevärt (tabell 1 nedan).

#### *Anställning av skydds- (säkerhets-) ingenjörer*

Av de uppgifter som lämnats i arbetsfredskommitténs rapporter synes framgå, att man i slutet av 1920-talet vid något industriföretag hade uppdragit åt en ingenjör att – vid sidan av sitt ordinarie arbete – vara säkerhetsingenjör. Först omkring 1930 har särskild säkerhetsingenjör anställts vid några företag. Även beträffande denna arbetsform inom skyddsverksamheten torde den förut omnämnda internationella rekommendationen ha inverkat. I denna föreslogs nämligen bl. a. att arbetsledningen vid olika företag skulle tillsätta en s. k. säkerhetsinspektör, som skulle samarbeta med de bland arbetarna utsedda skyddsombuden i syfte att skapa ökad säkerhet i arbetet, instruera nyanställda och väcka arbetarnas intresse för medverkan i skyddsarbetet. En annan av arbetsfredskommittén omnämnd form för samarbete mellan arbetsledning och anställda var anställandet av personalkonsulenter vid företagen med uppdrag att handha frågor om trevnad i arbetet, personalens hälsovård och sjukvård m. m. Omkring 1930 fanns personalkonsulenter anställda vid ett 20-tal större företag.

Företagsledningens medverkan i skyddsarbetet genom anställande av skyddsingenjörer har, som ovan berörts, kommit till uttryck i 1949 års arbetarskyddskungörelse (62 §).

I vilken omfattning skyddsingenjörer anställts för det lokala skyddsarbetet framgår av nedanstående tabell 1. Även om benämningen skyddsingenjör här användes, finns det emellertid för närvarande flera skyddstjänstemän, som ej har sådan teknisk utbildning utan tidigare har varit huvudskyddsombud eller haft anställning som arbetsledare, personalkonsulent, brandchef e. d.

Uppgifterna i tabellen avser även vissa arbetsställen som på grund av arbetets växlande natur icke registreras hos yrkesinspektionen, t. ex. byggnadsverksamhet och stuve-riarbete.

Hur antalet skyddsombud, skyddsingenjörer och skyddskommittéer fördelas på olika yrkesgrupper framgår av tabell 2.

Bland de 81 423 arbetsställen som år 1967 var registrerade hos den *kommunala tillsynen*, dvs. sådana med i regel färre än tio arbetstagare och utan maskinella hjälpmedel, ångpanna e. d., fanns skyddsombud vid 1 750 arbetsställen. Vid dessa arbetsställen finns ej skyddsingenjör eller skyddskommitté.

Hos *specialinspektionerna* fanns år 1967 registrerade 6 332 arbetsställen, som omfattar skogsbruk, landtrafik, gruvdrift, framställning och förvaring av explosiva och särskilt brandfarliga varor och vissa andra

*Tabell 1. Antal arbetsställen med skyddsombud, skyddsingenjör och skyddskommitté (enl. yrkesinspektörernas årsberättelser).*

År	Antal registr. arbetsställen	Antal arbetstagare vid dessa	Antal arbetsställen med		
			skyddsombud	skyddsingenjör	skyddskommitté
1950	76 270	1 191 724	18 148	481	1 288
1960	78 939	1 444 525	26 985	656	2 332
1961	75 904	1 446 019	26 796	700	2 147
1962	75 375	1 523 097	27 550	717	2 284
1963	75 156	1 572 935	27 653	748	2 469
1964	74 961	1 633 030	25 577	774	2 655
1965	75 699	1 735 021	27 104	800	2 792
1966	74 275	1 786 944	27 164	818	2 782
1967	74 800	1 835 624	28 694	892	2 858

Tabell 2. Antal arbetsställen med skyddsombud, skyddsingenjör och skyddskommitté år 1967 fördelade efter yrkesgrupp (enl. yrkesinspektörernas årsberättelser).

Yrkesgrupp	Antal registr. arbetsställen	Antal arbetstagare vid dessa	Antal arbetsställen med		
			skyddsombud	skyddsingenjör	skyddskommitté
Malmbrytn. och metallindustri	15 433	553 765	5 174	298	892
Jord- och stenindustri	3 499	55 381	1 187	37	109
Skogshandling och träindustri	9 823	97 932	2 407	29	136
Pappers- och grafisk industri	2 069	116 482	939	62	208
Jordbruk	10 043	31 113	2 557	—	1
Livsmedelsindustri	4 212	78 104	1 414	31	154
Textil- och beklädnadsindustri	2 256	90 118	962	20	203
Läder-, hår- och gummiindustri	1 508	37 535	463	14	68
Kemisk-teknisk industri	1 221	52 714	478	49	107
Byggn.verksamhet, utom husbyggn.	2 781	53 321	1 103	98	176
Kraft-, belysn.-, vattenverk m. m.	1 646	20 150	626	74	96
Handel och varulager	6 196	133 366	1 783	14	81
Stuveri	244	8 195	121	2	14
Land- och sjötransport i övrigt	1 556	63 792	688	9	91
Hotell- och restaurangrörelse	2 103	53 685	806	1	112
Annan yrkesrörelse	10 210	389 971	2 367	40	297
Summa	74 800	1 835 624	23 075 <sup>1</sup>	778 <sup>1</sup>	2 745 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Härtill kommer vid jämförelse med föregående tabell 5 619 skyddsombud, 114 skyddsingenjörer och 113 skyddskommittéer vid icke stadigvarande och på grund därav ej registrerade arbetsställen

verksamheter. Vid 4 425 av dessa arbetsställen fanns skyddsombud, vid 180 skyddsingenjör och vid 440 arbetsställen skyddskommitté.

Av ovan angivna uppgifter framgår sålunda, att vid 1967 års slut fanns totalt inom det lokala skyddsarbetet verksamma skyddsombud vid 34 869 arbetsställen, skyddsingenjörer vid 1 072 och skyddskommittéer vid 3 298 arbetsställen. Då det vid många arbetsställen finns flera skyddsombud – i genomsnitt 2 à 3 per arbetsställe – uppgår det sammanlagda antalet skyddsombud till inemot 75 000. Beträffande skyddsingenjörer torde enligt tillgängliga uppgifter endast ca 1/3 av dem vara heltidsanställda. Ett stort antal av de deltidsanställda sysselsattes, utöver arbetarskyddsuppgifterna, med frågor om bl. a. brandskydd, verkskydd och utbildning.

Det har för utredningen befunnits vara av visst intresse att få en uppfattning om hur många arbetsställen det är inom resp. yrkesgrupp som har skyddsingenjör/skyddstjänsteman och hur många arbetstagare som vid dessa arbetsställen berörs av denna arbetsform av den lokala skyddsverksamheten.

Utredningen har därför i mars 1968 genom yrkesinspektörerna inhämtat närmare uppgifter i detta avseende. Uppgifterna har sammanställts i tabell 3. Av denna framgår för varje yrkesgrupp dels antalet arbetsställen med skyddsingenjör och antalet där anställda arbetstagare, dels antalet skyddsingenjörer med heltids- och deltidssysselsättning inom dessa företag. Antalet arbetstagare uppgår enligt tabellen till ca 500 000, dvs. mindre än 1/3 av det totala antal arbetstagare som anges i tabell 2 och som upptas i yrkesinspektörernas register över arbetsställen. Såsom framgår av tabell 3 är de flesta skyddsingenjörerna anställda inom verksamheter, där yrkesskaderiskerna är mera framträdande, såsom malmbrytning och metallindustri, pappers- och grafisk industri, kemisk-teknisk industri och byggnadsverksamhet. En jämförelse mellan uppgifterna om antalet skyddsingenjörer i tabellerna 2 och 3 visar emellertid skiljaktigheter såväl inom resp. yrkesgrupp som totalt. Det torde förklaras av bl. a. att uppgifterna i tabell 2 är något äldre än de i tabell 3 angivna och att vissa arbetsställen på grund av rationaliseringar och strukturförändringar på senare tid ned-

Tabell 3. Antal arbetsställen med skyddsingenjör/skyddstjänsteman, fördelade på yrkesgrupp samt antal sysselsatta arbetstagare (enl. uppgifter 1968 från yrkesinspektörerna).

Yrkesgrupp	Antal registr. arbetsställen	Ung. antal arbets-tagare vid dessa	Antal skyddsing./skyddstj.män		
			heltid	deltid	summa
Malmbrytn. och metallindustri	311	281 000	111	203	314
Jord- och stenindustri	41	17 400	15	26	41
Skogshantering o. träindustri	24	15 700	4	18	22
Pappers- o. grafisk industri	73	51 300	25	50	75
Jordbruk o. livsmedelsindustri	40	14 700	7	33	40
Textil- o. beklädnadsindustri	15	8 000	2	13	15
Läder-, hår- o. gummiindustri	14	11 800	3	11	14
Kemisk-teknisk industri	58	19 900	15	43	58
Byggn.verksamhet, utom husbyggn.	80	23 200	26	55	81
Kraft-, belysn.-, vattenverk m. m.	18	3 000	7	11	18
Handel och varulager	12	2 000	1	11	12
Stuveri, land- o. sjötransport i övrigt	23	22 700	8	15	23
Hotell- o. restaurangrörelse	1	60	—	1	1
Annan yrkesrörelse	44	26 000	5	41	46
Summa	754	496 760	229	531	760

lagts eller sammanförts med andra företag i branschen.

Såsom tidigare framhållits finns det vid flera företag skyddstjänstemän, som ej har ingenjörsutbildning. Av de i tabell 3 redovisade 760 skyddstjänstemännen har, såsom framgår av tabell 4, 634 ingenjörsutbildning, medan 126 skyddstjänstemän har annan utbildning. I tabell 4 anges även hur skyddstjänstemännen fördelas på arbetsställen med olika antal arbetstagare och på heltid och deltid. Av de deltidsanställda skyddstjänstemännen kommer de flesta på arbetsställen med mindre än 500 arbetstagare.

#### Överenskommelser om samverkan rörande arbetarskydd mellan arbetsmarknadens parter

Ett värdefullt stöd åt den lokala skyddsverksamheten lämnas sedan 1940-talet av arbetsmarknadens huvudorganisationer, Svenska arbetsgivareföreningen och Landsorganisationen, genom överenskommelser om allmänna regler för den lokala arbetarskyddsverksamheten och om förbundssamverkan.

Sedan SAF och LO år 1938 antagit huvudavtalet, stod arbetarskyddets effektivisering genom ett bättre organiserat samarbete

Tabell 4. Antal skyddsingenjörer/skyddstjänstemän med och utan ingenjörsutbildning fördelade på arbetsställen med nedan angivna antal arbetstagare och anställda på hel- resp. deltid (enl. uppgifter 1968 från yrkesinspektörerna).

Arbetsställe med arbetstagare	Antal skyddsingenjörer/skyddstjänstemän					
	med ingenjörsutbildning			utan ingenjörsutbildning		
	heltid	deltid	summa	heltid	deltid	summa
under 100	4	65	69	—	6	6
100—199	19	105	124	2	16	18
200—499	33	166	199	6	27	33
500—999	53	77	130	10	26	36
1 000—	83	29	112	19	14	33
Summa	192	442	634	37	89	126

mellan arbetsgivare och arbetare inom företagen främst på parternas program. För detta ändamål tillsattes en kommitté, som antog namnet Arbetsmarknadens organisationers skyddskommitté. Kommitténs uppdrag avsåg närmast det lokala säkerhetsarbetets organisation, men man behandlade också summariskt andra avsnitt av skyddsarbetet såsom kursverksamhet, psykologiska olycksfallsfaktorer, skyddsföreskrifter och propaganda. Man redovisade även behovet av »en central instans» med uppgift att verka för främjande av säkerhetstjänsten och arbetarskyddet över huvud. Utredningen resulterade i att SAF och LO år 1942 antog »Allmänna regler för den lokala säkerhetstjänstens organisation» och som »central instans» tillsattes en gemensam nämnd kallad Arbetarskyddsnämnden.

År 1942 förekom både skyddsombud och säkerhetskommittéer vid åtskilliga företag, varför man redan hade erfarenhet av en organiserad samverkan mellan arbetsgivare och arbetare på arbetarskyddets område. Genom den centrala överenskommelsen skapades emellertid en helt ny grundval för att på frivillig väg snabbt få en enhetlig organisation av skyddsverksamheten och ge en konkret utformning av dess innehåll.

Under det första skedet av Arbetarskyddsnämndens verksamhet gällde det att få reglerna tillämpade inom SAF- och LO-förbundens gemensamma områden. Nämnden var då främst ett kontakt- och propagandaorgan, och det var också fallet under de första åren efter 1945, då nämndens kansli upprättades.

När arbetarskyddslagen år 1948 antogs av riksdagen var läget i stort sett att reglerna tillämpades fullt ut inom industrin, dvs. skyddsombud (i regel valda av en facklig lokal organisation) fanns vid i det närmaste alla företag med 10 arbetare, säkerhetskommitté hade tillsatts, då antalet arbetare uppgick till 100, och formerna för skyddsverksamheten var allmänt kända och tillämpade. Under tiden från 1942 verkade LO för att liknande regler skulle antas även utanför SAF:s och LO:s gemensamma område och LO-förbund träffade överenskommelse med

centrala organ för kooperativa, kommunala och statliga företag om regler för skyddsverksamhetens organisation inom deras verksamhetsområden.

Liksom SAF och LO vid de första reglernas tillkomst kunde hämta erfarenheter från och bygga på den skyddsverksamhet, som redan då fanns etablerad vid vissa arbetsställen, kunde även lagstiftarna direkt ta fasta på det samarbete som redan upprättats vid tiden för arbetarskyddslagens tillkomst. Man gick dock längre och föreskrev i lagen att skyddsombud skall finnas vid arbetsställen med minst 5 arbetstagare och att skyddskommitté skall finnas då antalet arbetstagare uppgår till minst 50.

Efter tillkomsten av 1949 års arbetarskyddslag kunde 1942 års överenskommelse inte behållas i dess ursprungliga form. Arbetsmarknadskommittén uppdrog åt en kommitté att utreda frågan och bl. a., huruvida det fanns skäl ha en särskild överenskommelse, sedan det mesta av reglernas innehåll införts i arbetarskyddslagen och arbetarskyddskungörelsen. Lagen och reglerna fick ett slags växelverkan på varandra.

Man fann det vara nödvändigt både att bibehålla en överenskommelse om skyddsverksamhetens organisation och att träffa ett avtal om Arbetarskyddsnämnden. SAF och LO träffade därför år 1951 överenskommelse om nya regler för den lokala skyddsverksamhetens organisation i anslutning till lagstiftningens bestämmelser på området. Motiveringen var bl. a. att man ansåg möjligheten att enbart genom lagstiftningen ernå en önskvärd effektivisering av det lokala skyddsarbetet vara begränsad och att »den frivilliga överenskommelsen måste anses innebära fördelar med avseende på den praktiska genomförbarheten av föreskrifterna och framför allt vara ägnad att tillvinna skyddsarbetet intresse från parternas sida samt befordra dessas självverksamhet och ansvarskänsla». Samtidigt träffades ett formligt avtal om arbetarskyddsnämnd. Från ungefär denna tidpunkt började Arbetarskyddsnämnden och dess kansli att i ökande utsträckning ägna sig åt utbildningsfrågorna på arbetarskyddets område. Behovet av service ökade

även.

Sedan början av 1950-talet har arbetslivet genomgått en snabb förändring såväl tekniskt som ekonomiskt och socialt. På arbetarskyddets område har givetvis utvecklingen också fortgått, och det nuvarande skedet kännetecknas av att arbetarskyddsverksamheten vidgas och fördjupas. För att främja utvecklingen av arbetarskyddet tillsatte SAF och LO år 1964 en kommitté med uppgift att behandla vissa frågor rörande arbetarskydd och företagshälsovård.

Kommitténs arbete resulterade i att man i maj 1967 antog en överenskommelse om bl. a. nya allmänna regler för den lokala arbetarskyddsverksamheten och en överenskommelse om arbetarskyddsnämnd och om förbundssamverkan och lokalt samråd på arbetarskyddets område och vidare ett uttalande beträffande utbildning av skyddsombud.

Beträffande 1967 års regler för den lokala arbetarskyddsverksamheten kan allmänt sägas att de utgör en revidering av 1951 års regler, varvid man strävat efter att ge reglerna en flexibilitet, som medger en företagsanpassning av samarbetet inom arbetarskyddet.

De av SAF och LO antagna reglerna för den lokala skyddsverksamheten har onekligen påverkat arbetarskyddets utveckling vid arbetsställena och bidragit till att ge stadga och kontinuitet åt skyddsverksamheten. Arbetarskyddsnämnden har i första hand varit ett serviceorgan, som medverkat till att i samarbete med förbunden och andra intressenter organisera kampanjer och stimulera till kursverksamhet.

#### *Utvecklingen av företagshälsovård*

Såsom i det föregående antytts har inom eller vid sidan om den lokala huvudsakligen tekniska skyddsverksamheten bedrivits viss hälsovårdande verksamhet. Till denna verksamhet inom företagen kan även räknas den medicinska kontroll, som föreskrivits genom lagstiftning och avsett den vid företagen sysselsatta minderåriga arbetskraften samt arbetstagare i vissa särskilt hälsofarliga sysselsättningar. Hur denna kontroll byggs upp

och givits en alltmer vidgad omfattning framgår av följande redogörelse.

*Läkarkontroll av minderåriga.* Som en första åtgärd i hälsovårdande syfte och med anknytning till företag kan anses vara införandet i 1881 års minderårigförordning av förbud mot att vid fabrik, hantverk eller annan hantering använda minderårig under 18 år till arbete, om han på grund av sjuklighet eller kroppslig svaghet kunde anses komma att lida men av arbetet, samt en föreskrift om att näringsidkare skulle ha intyg, som styrkte de minderårigas kroppsbeskaffenhet och tillstånd vid antagandet. Genom den därefter tillkomna 1900 års lag angående minderårigas och kvinnors användande till arbete i industriellt yrke föreskrevs en ökad kontroll av minderåriga arbetstagares hälsotillstånd i det att de skulle, förutom läkarundersökning före anställningen, undergå även årlig läkarbesiktning. Därjämte föreskrevs skyldighet för läkare som verkställde besiktningen att ange, om den minderåriga fortfarande fick användas till arbetet.

En ytterligare ökad läkarkontroll av minderåriga i arbete tillkom genom 1912 års lag om arbetarskydd. I lagen, som var tillämplig på varje verksamhet som kunde betecknas som rörelse, föreskrevs läkarundersökning av minderåriga dels före antagandet och dels årligen, i de fall de användes till arbete i sådan industriell verksamhet som drevs i fabriksmässig omfattning, dvs. att i arbetet i regel användes minst tio arbetstagare eller minst fem arbetstagare jämte viss drivkraft. I minderårigs intygsbok skulle finnas läkarintyg, som utvisade, att den minderåriga icke företedde sjuklighet, svaghet eller bristande kroppsutveckling eller, om så skulle vara fallet, att han icke kunde anses lida men av den sysselsättning som han användes till. Vid den årliga besiktningen skulle besiktningsläkaren i intygsboken anteckna den minderåriges hälsotillstånd och kroppsutveckling och ev. villkor för eller förbud mot fortsatt arbete. I en särskild kungörelse angavs närmare vad läkarundersökningarna och -besiktningarna skulle omfatta. Denna läkarkontroll av minderåriga utvidgades senare genom en lagändring 1931 till att avse allt

sådant industriellt och därmed likställt arbete, där det i regel sysselsattes minst tio arbetstagare.

Genom en lagändring 1938 utsträcktes läkarkontrollen av minderåriga att gälla allt industriellt arbete, oavsett antalet arbetstagare vid arbetsstället. För byggnads- och transportarbete gällde dock alltså den tidigare begränsningen till tio arbetstagare.

Genom tillkomsten av gällande 1949 års arbetarskyddslag har bestämmelserna om läkarundersökning av minderåriga före anställande i arbete och läkarbesiktning under anställningen utsträckts att i princip omfatta alla minderåriga, oavsett företagets storlek och arbetets art. Numera gäller sålunda att alla minderåriga arbetstagare omfattas av obligatorisk läkarkontroll. Det står också i överensstämmelse med innehållet i de av Internationella arbetsorganisationen år 1946 antagna konventionerna om läkarundersökning av barn och minderåriga för utvärdering av deras lämplighet för industriellt resp. icke industriellt arbete. Se vidare sid. 9.

*Läkarkontroll av vuxna arbetstagare.* Någon allmän läkarkontroll av vuxna arbetstagare finns icke föreskriven i arbetarskyddslagen. Dock har i fråga om vissa slag av arbete sådan kontroll föreskrivits, nämligen för arbetstagare som sysselsättes i arbeten av särskilt hälsofarlig art. Det skedde första gången genom en år 1938 utfärdad kungörelse angående läkarundersökning och läkarbesiktning till förebyggande av vissa yrkesjukdomar. Den gällde för arbete, som innebar synnerlig fara för uppkomst av blyförgiftning eller stendammlunga (silikos). År 1949 infördes dylik läkarkontroll även för arbetstagare, som utsattes för synnerlig fara för bensolförgiftning. Denna medicinska kontroll har senare ytterligare utvidgats dels år 1963 avseende även andra yrkessjukdomar av typen dammlunga än stendammlunga och dels år 1966 avseende kadmium- och kvicksilverförgiftning och tryckfalls-sjuka. Se även sid. 9. Det må här också tilläggas, att för arbetstagare som sysselsättes med målningsarbete med blyfärg kan arbetarskyddsstyrelsen i visst fall enligt en särskild kungörelse föreskriva om läkarunder-

sökning.

*Första hjälp vid olycks- eller sjukdomsfall.* I företagshälsovården får anses ingå även organiserandet av första hjälpen vid olycks- och sjukdomsfall. Bestämmelser här om tillkom i 1912 års lag om arbetarskydd och det föreskrevs, att till lämnande av den första hjälpen vid olycksfall skulle finnas vidtagna sådana anordningar, som kunde anses erforderliga med hänsyn till arbetets beskaffenhet. Genom en lagändring år 1931 tillades att anordningar skulle finnas även för första hjälp vid sjukdomsfall. Om nu gällande bestämmelser om första hjälpen, se sid. 10.

För att få en uppfattning om förekomsten och arten av den medicinska verksamhet som bedrivs inom företagen i vårt land, har utredningen tagit del av och bearbetat vissa av de uppgifter, som erhållits genom den sociala utredning som yrkesinspektionens socialinspektörer verkställt under åren 1963–1965 vid ca 1 700 arbetsställen med minst 100 anställda. Denna utredning, som skett huvudsakligen genom intervjuer, har dock icke omfattat byggnadsindustri, gruvindustri, skogsbruk, landtrafik eller sjöfart och ej heller kommunal och statlig verksamhet eller militära anläggningar. Från intervjumaterialet har dessutom undantagits företag inom näringsgrenarna »hälso- och sjukvård». Det för företagshälsovårdsutredningen bearbetade materialet avser alltså huvudsakligen industrin, vilket framgår av tabell 5. Utredningen är medveten om denna begränsning av materialet men anser det dock ha så stor representativitet att det förtjänar att redovisas här.

Tabell 5. Av den sociala utredningen omfattade företag efter näringsgren

Näringsgren	Företag		Anställda	
	Antal	%	Antal	%
Industri	1 289	82,7	609 468	87,7
Parti- och detaljhandel	160	10,3	42 833	6,2
Restauranger och hotell	36	2,3	9 586	1,4
Övrig verksamhet	74	4,7	33 290	4,7
Summa	1 559	100,0	695 177	100,0

Av det bearbetade materialet framgår, att företagshälsovården är till sin karaktär relativt likartad hos företagen. Omfattningen av den hälsovårdande verksamheten och avvägningen mellan dess olika aktiviteter visar dock betydande variationer beroende på företagets storlek, behov och intressen.

Det framgår vidare av materialet, att de viktigaste aktiviteterna utgörs av hälsoundersökningar, bedömning av arbetsförmåga från medicinsk synpunkt, rådgivning beträffande arbetsplacering, övervakning av yrkesrisker och hygieniska förhållanden, ergonomisk verksamhet, rehabilitering samt hälsouppläsning och hälsorådgivning till de anställda. Påtagligt är att på många företag sjukvård ofta ingår i eller anknyter till företagshälsovårdens program. Endast en mindre del av företagen tillämpar den i andra länder vanliga principen att begränsa sjukvården till första hjälpen vid olycksfall och akuta insjuknanden samt behandling av bagatellåkommor.

Vid enstaka större företag har den medicinska delen av företagshälsovården organisatoriskt sammanförts med arbetarskyddet eller den lokala skyddsverksamheten. Det är dock vanligare, att skyddsverksamheten handläggs av en fristående avdelning i nära samarbete med den medicinska. Man återfinner i mindre omfattning även andra organisationsformer av medicinsk verksamhet. De upptar vissa av de i företagshälsovården

ingående aktiviteterna men är mer begränsade till omfattning och syfte. Vissa företag har i stället för att anställa egen läkare och bygga upp en medicinsk verksamhet knuten till företagets egen organisation etablerat regelmässiga kontakter med läkare utanför arbetsplatsen (»läkarkontakt»). En sådan kontakt innebär en överenskommelse med läkaren, att han skall utföra vissa tjänster för företaget, såsom anställningsundersökningar, hälsokontroller eller sjukvård. Företaget kan därtill ha anställt en på arbetsplatsen stationerad företagssköterska som samarbetar med läkaren. Av utredningen framgår vidare att ett mindre antal företag har sjuksköterska anställd men i övrigt har varken egen läkare eller regelmässig läkarkontakt.

Det kan av utredningsmaterialet helt allmänt konstateras, att även på arbetsplatser med mer eller mindre utbyggd medicinsk företagshälsovård ofta en konstruktiv samverkan på det ergonomiska och arbetshygieniska området saknas.

För större arbetsplatser finner man, att företagshälsovård bedrivs under ledning av vid företaget anställd läkare. Det får ses mot bakgrunden av bl. a. de betydande personalproblem, som den moderna storindustrin med sina höga effektivitetskrav har, såsom hög frånvaro, stor personalomsättning och andra anpassningsproblem, och som bl. a. betingas av ständigt förändrade arbetsformer. Som ett led i den personalvårdande

Tabell 6. Arbetsställen med företagshälsovård av olika arbetsformer (enligt uppgifter från ovan nämnda sociala utredning).

Antal arb.tagare		Totala antalet arb.st.	Företagshälsovården vid nedan angivna antal arbetsställen bedrivs enligt							
			A		B		C		D	
			arb.st.	%	arb.st.	%	arb.st.	%	arb.st.	%
100—	200	628	25	3,9	3	0,5	6	1,0	71	11,3
201—	500	598	82	13,7	12	2,0	12	2,0	57	9,5
501—	1 000	200	56	28,0	17	8,5	12	6,0	23	11,5
1 001—		133	105	78,9	6	4,5	5	3,8	6	4,5

A. Arbetsställen med företagshälsovård och anställd läkare.

B. Arbetsställen med företagshälsovård och anställd företagssköterska samt regelbunden »läkarkontakt».

C. Arbetsställen med företagshälsovård och anställd företagssköterska men utan regelbunden »läkarkontakt».

D. Arbetsställen med regelbunden »läkarkontakt» men utan egen läkare och företagssköterska.

verksamheten har man därför funnit det naturligt att till sig knyta medicinsk expertis. De stora företagen har också i allmänhet praktiska och ekonomiska förutsättningar att arrangera en verksamhet med läkare och sjuksköterskor och utrusta lämpliga lokaler härför. Såsom framgår av tabell 6 har närmare fyra femtedelar av de i tabell 5 redovisade arbetsplatserna med mer än 1 000 anställda en företagshälsovård ordnad på detta sätt. Även om den är kvalitativt och kvantitativt olika, överensstämmer den i allmänhet nära med gällande rekommendationer av SAF och LO och med den i ILO-rekommendationen angivna.

Vid en företagsstorlek mellan 501 och 1 000 anställda är som synes av tabellen förhållandet annorlunda. Endast drygt en fjärdedel av dessa arbetsplatser har egen läkare och verksamheten är mera heterogen och begränsad. Sålunda saknas sjuksköterska på 10 av dessa 56 företag med läkare. Av företagen ägnar sig endast 19 åt någon form av ergonomisk verksamhet. Den hälsovårdande verksamheten domineras av anställningsundersökningar, hälsokontroller och sjukvård jämte uppföljning av vissa hälsorisker. I enstaka fall bedrivs endast en företagsanpassad sjukvård. I många fall åter finner man även på företag av denna storleksordning en väldisponerad verksamhet, som väl tillgodoser företagshälsovårdens syften. Inget talar emot att företag i denna storleksgrupp ger underlag och förutsättningar att etablera företagshälsovård efter samma mönster som större företag.

I storleksgruppen 201–500 anställda har 82 företag eller ca 13,7 % företagsläkare. Huvudparten bedriver sin verksamhet i egen regi men flera utnyttjar läkare från större företag inom samma koncern. De flesta har hel- eller deltidsanställd sjuksköterska vid sidan om korttidsanställd läkare. Trots de svårigheter som är förknippade med att skaffa läkare och sköterska samt ordna lokaler för ett så pass begränsat underlag av arbetstagare återfinns i denna grupp liksom i företag mellan 100 och 200 anställda några exempel på intressanta och väl genomförda lösningar.

Inom gruppen ingår tio företag i någon av de gruppverksamheter, som flera företag driver gemensamt, s. k. företagshälsovårdscentraler. Antalet företag i dessa varierar mellan tre och sju och företagens storleksordning mellan 100 och 1 500 anställda. Erfarenheterna är goda och med det begränsade antal företag, som ingår i varje grupp, har det visat sig möjligt att organisatoriskt nå god företagsanknytning. För närvarande finns eller är under planering ett tjugotal företagshälsovårdscentraler.

Såsom framgår av tabell 6 har företagshälsovård organiserats även på annat sätt. Ett fåtal företag har sålunda knutit en sjuksköterska till företaget och i stället för att anställa läkare etablerat någon form av regelbunden läkarkontakt. Denna arbetsform är vanligast företrädd vid arbetsplatser med mellan 501 och 1 000 anställda eller enligt kolumn B 8,5 % av företagen. Företagssköterskornas tjänstgöringstid varierar starkt från företag till företag (kortast  $\frac{3}{4}$  veckotimme, längst 12 veckotimmar per 100 anställda). Verksamhetens innehåll är mycket växlande. I vissa fall är den begränsad till enklare sjuk- och olycksfallsvård, i andra fall åter arbetar företagssköterskan mer eller mindre systematiskt med förebyggande verksamhet och ägnar sig också åt arbetsförhållandena. I bästa fall medger denna arbetsform med företagsanknuten sjuksköterska och läkarkontakt ett gott samarbete på det företagshälsovårdande området. Det finns emellertid också exempel, där företagets läkarkontakt ligger helt vid sidan om företagssköterskans arbete.

På ett mindre antal arbetsplatser bedrivs ifrågavarande verksamhet av en hel- eller deltidsanställd företagssköterska och helt utan stöd av regelbundna läkarkontakter. Även denna form är mest företrädd i företag av storleksordningen 501–1 000 anställda (enligt kolumn C i tabell 6 vid ca 6 % av företagen). Den förekommer anmärkningsvärt nog också på några enstaka mycket stora företag, i ett fall med mer än 2 000 anställda. Företagssköterskornas tjänstgöringstid är även här synnerligen växlande (från  $\frac{1}{2}$  till 20 veckotimmar per 100 an-



Tabell 7. Aktiviteter och kombinationer därav vid företag med enbart »läkarkontakt».

Aktiviteter	Antal företag med				S:a
	100— 200	201— 500	501— 1 000	1 001— anställda	
Anställningsundersökningar	2	6	2	2	12
Hälsokontroller	8	4	5	—	17
Sjukvård	8	7	1	—	16
Anställningsundersökningar + hälsokontroller	7	10	6	2	25
Anställningsundersökningar + sjukvård	28	14	5	—	47
Hälsokontroller + sjukvård	1	2	—	—	3
Anställningsundersökningar + hälsokontroller + sjukvård	17	14	4	2	37
Summa	71	57	23	6	157

ställda). Nio av företagssköterskorna har genomgått industrisköterskekurs.

I de flesta fall sysslar företagssköterskor utan läkarkontakt med i förhållande till sin utbildning rätt okvalificerat arbete (»samaritvård»). I vissa fall laborerar de med en ganska mångskiftande och till synes mindre väl genomtänkt verksamhet, oftast helt fristående från övrig personalvård inom företaget.

Av det antal företag, som enligt tabell 5 ingår i det bearbetade materialet, är det ca 10 % med 100–1 000 anställda som har träffat överenskommelse med en i regel på orten verksam läkare om vissa fortlöpande tjänster (se kolumn D, tabell 6). Sådan överenskommelse gäller uteslutande anställningsundersökningar, hälsokontroller och sjukvård. I tabell 7 anges i vilken omfattning det skett och om vilka aktiviteter överenskommelse träffats.

Om läkaren över huvud taget besöker arbetsplatsen, sker detta mycket sporadiskt och vid sidan om de uppgifter, för vilka han kontrakterats. Däremot finner man ofta, att han har kontakt med personalavdelning eller arbetsledning beträffande frågor om placering och av anpassningskaraktär, som aktualiserats vid undersökningarna. Hälsokontrollerna består i många fall av »riktade» undersökningar på personal med speciella yrkesrisker i sitt arbete. I flertalet fall rör det sig emellertid om »allmänna» hälsokontroller, vilka som enstaka eller återkommande undersökningar erbjödes alla företagens anställda eller vissa åldersgrupper.

#### *Överenskommelse om samverkan rörande företagshälsovård mellan arbetsmarknadens parter*

För företagshälsovårdens uppbyggnad och utveckling under senare tid har givetvis de grundläggande principer för utövandet av denna form av hälsovård som SAF och LO enats om vid ett sammanträde 1954 (med Arbetsmarknadskommittén) varit av stor betydelse. Företagshälsovården har härigenom erhållit en mera bestämd form och förankring till företaget, och dess arbetsuppgifter har blivit bättre preciserade. Det har också inneburit, att den kommit att framstå som en utvidgad form av arbetarskyddet.

Senare har SAF och LO givit ytterligare stöd åt företagshälsovården genom den i maj 1967 träffade överenskommelsen om riktlinjer för företagshälsovård samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på företagshälsovårdens område (bil. 2).

För utformningen och genomförandet av den framtida företagshälsovården torde denna organiserade samverkan mellan parterna såväl centralt som lokalt komma att bli av lika stor betydelse som den samverkan som sedan länge ägt rum på arbetarskyddets område.

Med de snabba framstegen på de medicinska och sociala områdena under början av 1900-talet följde allt större krav på socialhygieniska åtgärder från samhällets sida. År 1936 tillkallades sakkunniga för att utreda frågan om inrättandet av ett statens socialhygieniska institut jämte andra i samband därmed stående frågor.

I det betänkande som de sakkunniga avgav (SOU 1937: 31) framhölls, att vårt land praktiskt taget saknade möjligheter för en rationell handläggning av de många och betydelsefulla uppgifter, som yrkeshygienen i detta ords mest vidsträckt mening innefattade. Det förelåg därför stort praktiskt behov av ett särskilt organ för att klarlägga och bekämpa inom arbetslivet förekommande speciella sjukdomar och hälsoskador. Stora svårigheter hade dittills mött att inom rimlig tid erhålla tillfredsställande sakkunniga utredningar, när fråga uppkommit om ändring eller komplettering av hithörande lagstiftning. Över huvud taget syntes man vara berättigad göra gällande, att den medicinska behandlingen av vad som hörde till yrkeshygienen icke befann sig i nivå med utvecklingen i övrigt. Detta motiverade, att staten genom ett särskilt organ åtog sig vissa uppgifter på hithörande område.

I enlighet härmed föreslog utredningen, att ett statens institut för folkhälsan borde inrättas. På det blivande institutets yrkeshygieniska avdelning skulle ankomma att planlägga och utföra undersökningar röran-

de yrkessjukdomar och yrkesskador av olika slag. Även psykiska skador till följd av arbetet, trötthetsproblem inom olika yrken och överansträngning på grund av olämpliga kroppsställningar skulle handläggas där. Till avdelningens uppgifter skulle också höra att bedriva yrkeshygienisk forskning samt utarbeta anvisningar och andra allmänna eller speciella skyddsföreskrifter av medicinskt yrkeshygienisk karaktär, under anpassning till olika industriernas särförhållanden. Som ett viktigt led i avdelningens arbete skulle också ingå att upprätthålla kontakt med den kliniska verksamheten inom landet i vad angick yrkessjukdomar och hälsoskador i samband med arbetet.

I proposition till 1938 års riksdag (nr 139) föreslog föredragande departementschefen att ett statens institut för folkhälsan inrättades, i allt väsentligt enligt de riktlinjer utredningen föreslagit. Riksdagen beslöt i enlighet härmed.

Frågan om de statliga insatserna på det yrkeshygieniska området behandlades sedermera vid den översyn av folkhälsoinstitutets arbetsuppgifter och organisation, som utfördes av särskilda år 1950 tillkallade sakkunniga. I sitt betänkande (SOU 1957: 6) konstaterade utredningen, att under institutets verksamhetstid industrin hade undergått en snabb teknisk utveckling, som bl. a. medfört att de yrkeshygieniska problemen kommit att beröra tekniskt mera komplicerade förhållanden än tidigare. Detta utgjorde en mo-

tivering för de önskemål som framkommit från industrin om att verksamheten vid institutet borde ges en mera tekniskt betonad inriktning.

Vid övervägande av en utbyggnad av den statliga yrkeshygieniska verksamheten borde enligt utredningen i första hand arten och omfattningen av de statliga insatserna bedömas. Dessa syntes utredningen böra allmänt taget lösas i anslutning till arbetarskyddslagets principiella linje, att ansvaret för yrkeshygienen, som utgjorde en del av arbetarskyddet vid företagen, i första hand var arbetsgivarens. Utredningen utgick i enlighet härmed från att de yrkeshygieniska insatserna från statens sida principiellt borde begränsas till, förutom kontrollverksamhet, vissa uppgifter vilka av olika skäl borde regelmässigt åvila statliga organ. För institutets del kunde dessa sägas vara att tillhandahålla resurser för företrädesvis kvalificerade praktiskt-vetenskapliga undersökningar på begäran av myndigheter och enskilda, att utveckla metoder och hjälpmedel för det yrkeshygieniska arbetet vid vissa kliniker och laboratorier samt vid näringslivets yrkeshygieniska organ och att utbilda personal härför ävensom att meddela upplysning och rådgivning i yrkeshygieniska frågor.

För att effektivisera institutets yrkeshygieniska verksamhet, särskilt beträffande möjligheterna att lösa kvalificerade frågor av teknisk natur, föreslog utredningen att avdelningen förstärktes med vissa tjänster. Utredningen föreslog dessutom att ytterligare en yrkeshygienisk avdelning skulle inrättas. Denna ansåg utredningen böra förläggas till Göteborg med hänsyn till den starka koncentrationen av varvs-, textil-, sten- och konserverindustrierna där och fiskerinäringens stora omfattning på Västkusten. Det kunde förväntas att avdelningen skulle få nära förbindelse med dessa delar av näringslivet och på ett naturligt sätt i viss mån komma att specialiseras på där förekommande yrkeshygieniska problem. Till denna avdelning borde även anslutas en central för industrihälsovård, vars arbetsfält icke borde vara geografiskt bestämt utan bestå av ett antal frivilligt anslutna företag av växlande stor-

lek och art.

I proposition nr 83 till 1958 års riksdag föreslog föredragande departementschefen en förstärkning av de personella resurserna för den yrkeshygieniska avdelningen i Solna. Med inrättandet av den föreslagna avdelningen i Göteborg ansåg departementschefen böra anstå bl. a. med hänsyn till den i vissa remissyttranden framförda uppfattningen om olämpligheten av att splittra den yrkeshygieniska verksamheten på flera enheter.

År 1961 tillsattes en utredning för att bedöma vård- och konsultationsbehovet inom landet för sjukdomstillstånd med yrkesmedicinsk prägel samt det behov av yrkesmedicinska sjukhusenheter som kunde föreligga på riks-, region- eller länsplanet jämte organisationen av sådana enheter. I det betänkande, som utredningen avgav år 1963 »Yrkesmedicinska sjukhusenheter – behov och organisation» (SOU 1963: 46), utgick man ifrån, att de dagliga praktiska problemen inom industrihälsovårdens område – skyddstjänst, hälsovård, sjukvård och rehabilitering – skulle omhänderas av de på heltid eller deltid anställda industriläkarna, av tjänsteläkare eller andra läkare i öppen vård och att de yrkesmedicinska sjukhusavdelningarna skulle fungera som serviceorgan för dessa.

Utredningen konstaterade, att det förelåg ett stort behov av sådana enheter för diagnostik av verkliga eller misstänkta yrkesjukdomar, för konsultationer och utredningar med anledning av befarad arbetsbetingad ohälsa, för utvecklings- och forskningsarbete inom området samt för undervisning, utbildning och information för yrkesmedicinskt arbete och att behovet på dessa områden skulle komma att öka. Utredningen ansåg, att det icke fanns någon institution, som ensam kunde fylla nämnda funktioner.

Utredningen ansåg vidare, att yrkesmedicinsk verksamhet i princip borde anknytas till varje centrallasarett men konstaterade samtidigt, att underlaget för rekrytering av personal för sådan verksamhet var för knapp för att tillgodose behovet härav. Utredning-

en föreslog därför, att ett begränsat antal välutrustade yrkesmedicinska enheter inrättades på regionplanet. Inom stockholmsområdet borde ökad kapacitet kunna ernås genom att ett organisatoriskt samarbete mellan de där redan befintliga expertinstitutionerna snarast prövades, nämligen yrkeshygieniska avdelningen vid statens institut för folkhälsan, arbetsfysiologiska institutet och de yrkesmedicinska avdelningarna vid Karolinska sjukhuset och Södersjukhuset. Beträffande yrkesmedicinska kliniken i Lund förordade utredningen en förstärkning av resurserna för utrednings-, utvecklings- och forskningsarbete. Beträffande Göteborg fann utredningen det synnerligen angeläget att man utan tidsutdräkt tillskapade en funktionsduglig yrkesmedicinsk enhet.

I statsverkspropositionen till 1964 års riksdag framhöll föredragande departementschefen, att det framlagda utredningsförslaget syntes väl ägnat att läggas till grund för en i första hand för regionplanet avsedd utbyggnad av yrkesmedicinen. Departementschefen anslöt sig också till utredningens förslag att genom ett organiserat samarbete mellan de i Stockholm belägna expertinstitutionerna få en kapacitetsökning, då det gällde att tillgodose kraven på effektiv service inom samtliga de funktioner, som utredningen angett i arbetsprogrammet för yrkesmedicinska avdelningar.

År 1961 tillsatte statens medicinska forskningsråd en kommitté för utredning angående medicinsk yrkesforskning. I utredningen ingick även representanter för statens tekniska forskningsråd och jordbrukets forskningsråd.

I det betänkande »Aktuell arbetsforskning – resurser och önskemål», som kommittén avgav år 1963 konstaterades bl. a., att det inom åtskilliga områden av näringslivet förelåg ett uttalat behov av fördjupade kunskaper på arbetsforskningens område. Åtskilliga arbetshygieniska och arbetsmedicinska undersökningar var således starkt efterfrågade liksom man avvaktade lösandet av ett flertal arbetsfysiologiska frågor. Även arbetspsykologiska problem hade hög aktualitet. Med näringslivets utveckling hade man även att

räkna med ständigt nytillkommande riskmoment och ökade krav på kontroll, vilket i sin tur medförde krav på ökad kunskap om anpassningen mellan miljö och individ.

I en projektkatalog redovisade kommittén de forskningsprojekt, som befanns särskilt angelägna. Dessa omfattade bl. a. olika arbetsmedicinska problem, såsom effekten på människan av retande gaser, organiska lösningsmedel, metaller och metallföreningar, bekämpningsmedel, plaster, damm och hudretande ämnen. Bland de arbetsfysiologiska projekten fästes uppmärksamheten på bl. a. behovet av utredningar av yrkesbetingade smärttillstånd i de övre extremiteterna och av vibrationsskador samt inom det arbetspsykologiska och psykiatriska området på frågor om arbetsanpassning, anställningsproblem, trötthets- och stressfaktorer. Sammanlagt redovisade utredningen ett fyrtiotal större projekt.

Utredningen konstaterade också, att ett flertal vetenskapligt arbetande institutioner var sysselsatta med arbetsforskning. För endast tre av dem var emellertid forskning och utredningsarbete inom detta område en huvuduppgift, nämligen yrkeshygieniska avdelningen vid statens institut för folkhälsan, arbetsfysiologiska institutet samt yrkesmedicinska centralen vid Karolinska sjukhuset. För att till arbetsforskningen anvisade medel skulle få en så rationell användning som möjligt var det angeläget, att det skapades ett organ för samordning och planering, hos vilket pågående arbetsforskning kontinuerligt registrerades och till vilket skulle knytas erforderlig expertis för att yttra sig om angelägenheten av forskningsprojekt m. m. Detta organ förutsattes hålla intensiv kontakt med näringslivet och föreslogs bestå av en nämnd med två representanter vardera för statens medicinska och tekniska forskningsråd samt vardera en representant för jordbrukets forskningsråd och statens råd för samhällsforskning. I enlighet med utredningens förslag inrättades 1964 Forskningsrådets nämnd för arbetsvetenskap, där de medicinska, tekniska, samhällsvetenskapliga forskningsråden jämte jordbrukets forskningsråd är representerade. 1968 har viss

ändring i nämndens sammansättning skett.

För att utreda förutsättningarna för en samordning av de yrkesmedicinska organen inom stockholmsområdet m. m. enligt vad förenämnda utredning om yrkesmedicinska sjukhusenheter (SOU 1963: 46) föreslagit tillsatte chefen för socialdepartementet i januari 1964 en särskild utredning. Åt denna uppdrogs sedermera att även utreda frågan om den yrkeshygieniska avdelningens vid statens institut för folkhälsan ställning och organisation.

I det betänkande som utredningen avgav, »Institutet för arbetshygien och arbetsfysiologi» (SOU 1965: 24), framhölls att det aktuella läget och den förutsedda utvecklingen inom näringslivet krävde kraftfulla insatser från samhällets sida främst inom undervisningens och utbildningens men även inom utvecklingens och forskningens områden samtidigt som kravet på en utbyggd yrkeshygienisk, yrkesmedicinsk och arbetsfysiologisk serviceverksamhet kvarstod. Med hänsyn till utvecklingens krav ansåg utredningen det emellertid vara mest ändamålsenligt att i första hand förstärka och samordna resurserna för utbildning och utveckling med en viss begränsning tillsvidare av serviceverksamheten.

Genom samordning och förstärkning av resurserna i stockholmsområdet till en central institution syntes man enligt utredningen bäst kunna tillgodogöra sig den där tillgängliga expertisen. Utredningen bedömde det dock möjligt att genom koncentrerade insatser på utvecklings- och utbildningsområdena successivt kunna nå en ökad servicekapacitet dels hos den centrala instansen, dels vid yrkesmedicinska sjukhusenheter. Även sedan en sådan ökad servicekapacitet erhållits fanns det anledning räkna med ett fortsatt behov av en central institution för utredningar av principiell natur, för konsultationsverksamhet omfattande hela landet och för samordning av de arbetsmedicinska verksamhetsformerna. Ansvarsområdet för rutinbetonad serviceverksamhet borde då i huvudsak kunna inskränkas till stockholmsregionen.

Utredningen konstaterade, att yrkeshygie-

niska avdelningen vid folkhälsoinstitutet under lång tid saknat resurser för att lösa en stor del av de problem som varit av intresse för arbetsmarknadsparterna. Vid arbetsfysiologiska institutet hade forskningsarbetet i viss utsträckning kommit i bakgrunden. Bl. a. med hänsyn härtill föreslog utredningen, att yrkeshygieniska avdelningen vid statens institut för folkhälsan bröts ur institutet och sammanfördes med yrkesmedicinska centralen och yrkesdermatologiska kliniken vid Karolinska sjukhuset samt arbetsfysiologiska institutet under gemensam ledning. Därigenom ansåg utredningen, att förutsättningar skulle skapas för en rationell och med hänsyn till näringslivets behov anpassad organisation i form av ett fristående statligt institut för arbetshygien och arbetsfysiologi.

Vid en sådan institution skulle uppgifterna företrädesvis vara att undersöka arbetskrav och individens prestationsförmåga samt sådana faktorer som inverkan som arbetsteknik, utrustning och miljö samt att utföra undersökningar av för yrkessjukdomsrisker utsatta individer och personalgrupper för att utvärdera avvikelser från det normala hälsotillståndet. Institutet borde också verkställa tekniskt yrkeshygieniska arbetsplatsundersökningar och fungera som dokumentations-, informations- och konsultationsorgan för myndigheter, institutioner, företag och enskilda, då det gällde yrkeshygieniska, yrkesmedicinska, yrkes- toxikologiska och arbetsfysiologiska problem. Experimentellt utrednings-, utvecklings- och forskningsarbete samt utbildning av tekniker, läkare och annan personal var andra väsentliga arbetsuppgifter för ett sådant institut. För att institutet skulle kunna lösa dessa uppgifter framhöll utredningen, att ett nära samarbete måste ske med berörda myndigheter och arbetsmarknadens parter samt med arbetsteknik, administrativ och beteendevetenskaplig expertis.

I proposition nr 62 till 1966 års riksdag föreslog föredragande departementschefen, att ett särskilt institut, arbetsmedicinska institutet, inrättades fr. o. m. den 1 juli 1966 med i huvudsak de arbetsuppgifter som utredningen angett. Departementschefen un-

derströk samtidigt angelägenheten av att ett nära samarbete kom till stånd mellan institutet samt organen inom arbetarskydd och rehabilitering. Riksdagen anslöt sig till vad departementschefen sålunda anförde.

Beträffande de spörsmål som sammanhänger med rehabilitering må nämnas, att Centrala rehabiliteringsberedningen (CRB) år 1963 tillsatte en subkommitté med företrädare för bl. a. arbetsmarknadens parter för att utreda sambandet mellan rehabilitering och företagshälsovård samt hur samordningen skulle ske mellan företagens rehabilitering och statlig och kommunal verksamhet på detta område. I den redogörelse som kommittén lämnade till CRB och som denna redovisat i betänkandet »Samordnad rehabilitering» (SOU 1965: 57) framhölls bl. a., att det visat sig inom företagen ofta föreligga interna svårigheter i fråga om sysselsättning av åldrande och handikappad personal och att rationalisering och teknisk utveckling tenderade att fördjupa denna företagsinterna problematik. Många företag hade gjort stora ansträngningar för att bemästra detta såväl genom mer allmänt verkande bioteknologiska program och inventering av arbetsplatser lämpade för betingat arbetsföra som genom personaluppföljning inkluderande anpassningskorrigerande åtgärder och skyddad verksamhet. Möjligheterna till och effekten av sådana initiativ var emellertid i hög grad beroende av tillgängliga personaladministrativa resurser, främst en väl fungerande företagshälsovård. Samhället borde stimulera företagens rehabiliteringsåtgärder genom olika former av stödåtgärder.

CRB förklarade, i anledning av kommitténs redogörelse, att den i stort anslöt sig till dess synpunkter. Dessa utgjorde en bekräftelse på vad CRB i tidigare sammanhang hävdade, nämligen att en rehabiliteringsverksamhet syftande till produktiv sysselsättning av dem, som över huvud taget kunde ifrågakomma härtill, fordrade ett helhjärtat engagemang från näringslivets sida i nära samverkan med de allmänna rehabiliteringsresurserna.

Kommittén utgick i sin redogörelse från förhållandena inom industrin. I anledning

härav framhöll CRB, att det syntes sannolikt, att det inom andra verksamheter, såsom servicenäringar av olika slag, vilka var på väg att vinna allt större omfattning och betydelse, kunde finnas arbetsuppgifter som i ännu högre grad än uppgifterna inom åtskilliga former av industriellt arbete var lämpliga för handikappade. Detta jävade icke den positiva inställning till de handikappades möjligheter i arbetslivet, som kommittén hävdade. Det underströk emellertid betydelsen av att även andra delar av arbetslivet, inklusive den allmänna sektorn, mera än som kunnat ske i den föreliggande utredningen beaktades vid undersökningar och överväganden rörande åtgärder för att främja de handikappades sysselsättning i öppna marknaden.

CRB förutsatte, att arbetarskyddsstyrelsen i sin utredning om företagshälsovården tog upp rehabiliteringsfrågorna till prövning.

Utredningen har härefter av socialdepartementet överlämnats till bl. a. arbetarskyddsstyrelsen för kännedom.

Målsättningen och arbetsuppgifterna för företagshälsovård i olika länder, som har vuxit fram efter många års erfarenheter, överensstämmer i stor utsträckning med ILO-rekommendationen nr 112 av år 1959. En av de väsentligaste skillnaderna mellan olika länder torde ligga inom sjukvårdens område, där man i vissa länder begränsar verksamheten inom företagshälsovården till att endast omfatta första hjälp, varifrån det sedan finns alla övergångsformer fram till full sjukvård inklusive specialistvård av anställda och även av familjemedlemmar. En annan skillnad, som kan konstateras i olika länder, är utvecklingen av de tekniska förebyggande åtgärderna, av teknisk yrkeshygien och ergonomi. Den tekniska yrkeshygien torde vara mest utvecklad i USA och befinner sig i de flesta länder i Väst-Europa endast i begynnelsen av sin utveckling. Beträffande ergonomi har under de senaste tio åren intresset ökat starkt i åtskilliga europeiska länder medan praktisk ergonomisk verksamhet i mycket ringa utsträckning finns inom företagshälsovården i USA:s industrier.

Verksamhetens omfattning varierar mellan olika länder, men man kan konstatera att storindustriernas anställda i stort sett är täckta av företagshälsovård, medan påtagliga organisatoriska svårigheter föreligger att lösa företagshälsovården för de mycket små företagen.

Bakgrunden till företagshälsovården varierar också i olika länder. I några länder,

t. ex. Storbritannien och Förenta staterna, är den helt baserad på frivillighet, medan den i andra, t. ex. Norge och Sverige, är baserad på en överenskommelse mellan arbetsgivares och anställdas organisationer. En lagstiftning med begränsat tillämpningsområde finns t. ex. i Nederländerna, medan en fullt utbildad lagstiftning om obligatorisk hälsovård på alla arbetsplatser förekommer t. ex. i Bulgarien, Frankrike, Tjeckoslovakien och Sovjetunionen.

Några exempel på erfarenheterna från olika länder som representerar olika »typfall» skall här lämnas.

#### *Amerikas förenta stater*

I Amerikas förenta stater har för åtskilliga år sedan enstaka stora företag organiserat företagshälsovård, ursprungligen för att tillgodose olycksfallsvård samt förebygga yrkesrisker. Företagshälsovården är i Förenta staterna helt frivillig.

Yrkesinspektionen är välutvecklad i vissa stater, mindre utvecklad i andra. De federala myndigheterna stöder arbetsmedicinen, främst genom att organisera forskning och ge forskningsstöd åt speciella problem.

Målsättningen för företagshälsovården i Förenta staterna har formulerats:

1. att skydda de anställda mot hälsorisker i arbetet,
2. att underlätta en lämplig placering genom hälsoundersökningar och bedömning av arbetskraven,

3. att organisera en effektiv vård och rehabilitering av yrkesskador,

4. att stimulera individens personliga vård om sin hälsa.

Verksamheten inom företagshälsovården omfattar övervakning av arbetsmiljön, hälsoundersökningar vid nyanställning samt regelbundet som hjälpmedel till lämplig placering, genomförande av vaccinationsprogram, hälsoupplýsning och hälsoinformation, diagnos och behandling av yrkesskador och yrkessjukdomar; medan icke yrkesbetingade sjukdomar som behöver upprepad behandling hänvisas till familjeläkarna. Den tekniska industrihygienen är välutvecklad och erkänd som teknisk specialitet.

Ergonomins praktiska tillämpning är ännu relativt litet utvecklad i Förenta staternas industrier och endast enstaka företag har särskild personal för ergonomi inom sin företagshälsovårdsavdelning.

Företagshälsovård förekommer främst inom de stora industrierna och industrikoncernerna. På några få platser har man försökt att skapa hälsocentraler för grupper av små och medelstora företag, men denna verksamhet har icke utvecklats nämnvärt under de senaste tio åren.

Kostnaderna för företagshälsovården bestrids helt av arbetsgivarna.

Industriläkare och tekniska yrkeshygieniker utbildas vid ett 10-tal universitet med 1–3-åriga kurser. Vid ett 10-tal universitet finns arbetsmedicinska institut eller avdelningar för forskning, service och undervisning. Dessutom har den federala regeringen en institution i Cincinnati, väsentligen för forskning.

Utvecklingen inriktas främst på att upptäcka och bekämpa nya yrkesrisker i samband med nya produktionsmetoder. Forskning och praktisk tillämpning av mentalhälsovård på arbetsplatser börjar öka i omfattning.

### *Bulgarien*

Totalt finns i Bulgarien för närvarande 1,8 millioner industriarbetare. Hela befolkningen är 8 millioner, varav 1 million finns i

huvudstaden Sofia. Bulgarien har sedan 1946 industrialiserats i stor omfattning och behov av företagshälsovård har successivt vuxit fram.

Hälsovården för befolkningen inklusive industriarbetarna övervakas genom ett tiotal regionala institut för hälsovård och epidemiologi med ett tiotal avdelningar bl. a. för toxikologi, dammbekämpning, omgivningshygien. Ett institut skall täcka maximalt 1 million, i genomsnitt 800 000 invånare. För sjukvård finns regionala sjukhus och i periferin dessutom sjukstugor, ofta 2-läkarstationer. I många industriområden har dessutom organiserats särskilda »arbetarsjukhus», där sjukvård för industriarbetare och familjer tillgodoses. I stora industrier förekommer särskilt organiserad företagshälsovård och sjukvård.

Ett arbetsmedicinskt institut för hela landet finns i huvudstaden Sofia. Man planerar att med stöd av Förenta Nationerna sammanföra åtta olika institut inom hälsovårdens område, bl. a. arbetsmedicinska institutet, till ett centralinstitut för folkhälsan.

Det nuvarande arbetsmedicinska institutet har för närvarande ca 15 olika sektioner och ca 350 anställda. När det kommer att infogas i det centrala folkhälsoinstitutet, räknar man med att rationalisera verksamheten och att endast 6–8 olika avdelningar skall finnas efter sammanslagning av ett antal av sektionerna till några större enheter. Verksamheten inom institutet, som är av mycket hög kvalitet, omfattar forskning, undervisning och service, varvid den senare torde uppgå till 20–25 % av verksamheten.

Företagshälsovården är reglerad i lagstiftning. Den är obligatorisk, antingen den sker genom företagets egen försorg, såsom i stora företag, eller genom de regionala hygieninstituterna och sjukhusen.

Yrkesinspektionen, som liksom i flera andra östeuropeiska länder sorterar under fackföreningsrörelsen, övervakar arbetsförhållandena ur arbetarskyddssynpunkt. Ministerrådet har dessutom en arbetarskyddskommitté, som övervakar framför allt arbetarskydd och förebyggande av olycksfall.

Företagshälsovården omfattar liksom i



andra östeuropeiska länder såväl hälsovård som fullt utbyggd sjukvård. Man genomför nyanställningsundersökningar samt regelbundna hälsoundersökningar av vissa grupper av anställda, särskilt dem som är utsatta för vissa yrkesrisker. Skyddsingenjörer, som sysslar med de tekniskt förebyggande åtgärderna, särskilt olycksfallsförebyggande åtgärder, finns i stora industriföretag. På senare år har ett mycket stort intresse för ergonomi utvecklats, framför allt bland tekniker och psykologer, varvid man särskilt ägnat sig åt utformningen av maskin-människa-systemet. En viss praktisk tillämpning av ergonomi ute på arbetsplatserna torde även ha genomförts.

Sjukvård och rehabilitering lämnas såväl till anställda som till familjemedlemmar. Vid stora företag finns fullt utbyggd sjukvård. T. ex. vid ett stålverk med 22 000 anställda fanns en central läkarstation med totalt 36 läkare och ett sjukhus med 40 sängar och 3 ambulanser. 16 av dessa läkare var stationerade på 1-2-läkarstationer ute på olika produktionsavdelningar. Till produktionen hörde också 12 skyddsingenjörer. Ehuru dessa inte hörde till samma organisation som hälso- och sjukvården, skedde ett intimt samarbete mellan skyddsingenjörer och läkare.

Beträffande förekomsten av företagshälsovård var endast storindustrierna täckta av egen företagshälsovård, organiserad vid arbetsplatsen. De näringsgrenar som härvid är aktuella är gruvor, järn- och stålindustri, kemisk industri. Inom byggnadsverksamheten och lantbruket finns inga särskilda företagshälsovårdsorganisationer utan här täcks arbetarnas behov av hälso- och sjukvård av den perifera organisationen för hälso- och sjukvård på samma sätt som för befolkningen i övrigt.

Relationen industriläkare – antal anställda är flexibel för att motsvara det varierande behovet på olika företag. Inom den kemiska industrin brukar man använda sig av en läkare per 500 anställda, för gruvor och metallindustri en läkare per 1 000 anställda. Inom övriga företag har man ofta relationen en läkare per 1 000–3 000 anställda och genomsnittligt torde man i regel ha en indu-

striläkare per 1 200–1 500 anställda. I industriföretag har man i regel en sköterska per 500 anställda, om skiftarbete förekommer måste det finnas en sköterska så snart det finns mer än 100 anställda. Relationen mellan industriläkare och sköterskor är i genomsnitt sådan, att per 100 industriläkare har man 180 industrisköterskor.

Nyanställningsundersökningarna är obligatoriska. Om yrkesrisker kan förekomma, sker de regelbundna undersökningarna 1–4 gånger per år enligt lagstiftning. Kroniska sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdomar, reumatiska sjukdomar, sjukdomar i rörelseapparatens hänvisas i regel till särskilda s. k. dispensärmottagningar inom företagshälsovården, dit de anställda kallas för regelbundna undersökningar. Vid en företagshälsovård med dylik mottagning kontrollerades 15 % av arbetarna vid sådana dispensärmottagningar och undersöktes därvid två gånger per år.

Totalt finns i Bulgarien 2 500 industriläkare, varav ca 1 000 arbetar på »arbetarsjukhusen» och de övriga i industrin.

Industriläkarna får för närvarande sex månaders utbildning vid arbetsmedicinska institutet i Sofia. Därefter förekommer fortbildningskurser om några veckor till en månad. För skyddsingenjörer finns för närvarande inte någon helgjuten utbildning utan man har i stället »problemkurser» om 1–2 månader i sänder, där man vid varje kurs tar upp ett huvudproblem, t. ex. ventilation. Genom att skyddsingenjörerna går igenom flera dylika problemkurser får de så småningom en allsidig utbildning.

Företagshälsovården och arbetarsjukhusen betalas helt av industrierna utom läkarlönerna. Industriläkarna avlönas av staten för att de på detta sätt skall kunna vara helt oberoende av det företag i vilket de arbetar.

Beträffande den framtida utvecklingen torde det väsentliga vara det stora 4-åriga FN-projektet med start 1.7.1968 med syfte att bygga upp och organisera ett centralinstitut för folkhälsan med åtta olika institut, i vilket det nuvarande arbetsmedicinska institutet skall ingå.

FN:s ekonomiska bidrag avser dels att

tillgodose ett behov av konsulter, dels bekosta utbildning av stipendiater samt utrustning. Det kommer att motsvaras av en insats av den bulgariska regeringen om fem gånger större belopp, framför allt avseende byggnadskostnader och arvode till personal. Man planerar att vid det nya institutet organisera utbildning av industriläkare om 6 månader och för skyddsingenjörer om 8 månader samt att dessutom ordna vidareutbildningskurser om 1–3 månaders längd på olika områden, såsom yrkessjukdomar, toxikologiska problem i lantbruket, industriventilation, ergonomi, arbetspsykologi.

### Danmark

Företagshälsovården är *helt* baserad på frivillighet. Enligt de normer som ligger till grund för anställning av företagsläkare skall denne fungera som företagets rådgivare i medicinska frågor. Han skall bedöma personalens hälsotillstånd och därav betingade arbetsförmåga i samband med anställning, omplacering och befordran samt vid långvarig och upprepad sjukfrånvaro. Han skall vidare företa sådana undersökningar som är motiverade med hänsyn till eventuella yrkesrisker.

Sjukvård på arbetsplatser omfattar endast första hjälpen vid olycksfall och akuta insjuknanden. De anställdas sjukdomsförhållanden följer och bedömer företagsläkaren med hjälp av läkarintyg från arbetstagarens sjukvårdsläkare.

Av Danmarks 95 företag med över 500 anställda, har ca 80 företagsläkare, som i allmänhet tjänstgör endast ett fåtal timmar per vecka och har sin huvudsakliga verksamhet förlagd till annan öppen sjukvård. Det finns hittills ingen läkare som uteslutande arbetar inom företagshälsovården.

### Finland

Företagshälsovården är i Finland baserad på frivillighet. Liksom i Sverige har den utvecklats ur en sedan länge till arbetsplat-

serna knuten sjukvård. Sedan Industrimedicenska föreningen – en sammanslutning bestående av industriläkare, industrisköterskor, skyddsingenjörer, personalchefer, arbetspsykologer etc. med uppgift bland annat att främja utvecklingen av hälsovård i arbetslivet – 1946 framlagt ett program för industrihälsovården, har medicinskt förebyggande verksamhet införts på många arbetsplatser. Alltjämt domineras dock industriläkarnas arbete av sjukvård. På större arbetsplatser finnes ofta skyddsingenjörer, som till övervägande del sysslar med tekniskt arbetarskydd.

Sammanlagt ca en tredjedel av landets arbetstagare eller ca 350 000 personer har tillgång till någon form av hälso- och sjukvård i anslutning till arbetet. Huvudparten av dessa är anställda inom industrin. Verksamheten utövas av ca 500 läkare och 400 sjuksköterskor. Av läkarna är ett 30-tal heltidsanställda. De övriga har i allmänhet sin huvudsakliga verksamhet förlagd till annan öppen vård. Sjuksköterskorna, av vilka flertalet är heltidsanställda, är i allmänhet vidareutbildade för öppen hälso- och sjukvård och har bland annat fått viss teoretisk och praktisk undervisning i arbetsmedicin.

Det existerar inga enhetliga riktlinjer eller överenskommelser om hur kostnaderna för företagshälsovården skall bestridas. I allmänhet ansvarar arbetsgivarna för den förebyggande verksamheten medan arbetstagarna ofta själva bekostar sjukvården. Sjukkasorna kan bidra med upp till 40 % av arbetsgivarnas ekonomiska utlägg för verksamheten.

Den finska arbetarskyddslagen innehåller bestämmelser om obligatoriska medicinska kontroller av arbetare exponerade för vissa yrkesrisker. Enligt dessa bestämmelser skall sådana arbetstagare undersökas redan de första månaderna av sin anställning och därefter kontrolleras regelbundet med intervall växlande mellan 3 månader och 3 år beroende på art och omfattning av yrkesriskerna. Ca 20 000 arbetstagare står under sådan kontroll.

Institutet för arbetshygien, som bildades för ca 20 år sedan, har varit av mycket stor

betydelse för utvecklingen av arbetsmedicinen i Finland. Institutet, som har särskilda avdelningar för medicin, fysiologi, psykologi, teknisk hygien och toxikologi-biokemi, utövar en omfattande forsknings- och utbildningsverksamhet. Där ges bl. a. en 4-årig utbildning för specialitet i arbetsmedicin och hittills har ca 15 läkare förvärvat sådan specialistkompetens. Man tillhandahåller också en väl utbyggd service åt arbetslivet. Till institutet är knuten en hälsovårdscentral, som betjänar ca 200 mindre arbetsplatser med sammanlagt ungefär 20 000 arbetstgare.

### *Frankrike*

I Frankrike fanns tidigare en frivillig industrihälsovård. Lagstiftning om obligatorisk företagshälsovård infördes 1946, främst med motivering att företagshälsovården för de små och medelstora företagen eljest inte hade kunnat lösas.

Företagshälsovården i Frankrike, som successivt genomförts enligt lagstiftningen 1946, är väsentligen förebyggande till sin karaktär och syftar att förebygga all avvikelse från normalt hälsotillstånd som kan bero på arbetsförhållandena, att kontrollera och övervaka arbetsförhållanden ur hälsosynpunkt och att övervaka de anställdas hälsa genom regelbundna hälsoundersökningar.

Verksamheten omfattar hälsoundersökningar av nyanställda, årliga hälsoundersökningar av alla anställda och dessutom av vissa grupper, som utsätts för yrkesrisker, hälsoundersökningar av vissa grupper vid återvändandet till arbetet efter sjukfrånvaro och övervakning av arbetsmiljön, såväl ur allmän hälsosynpunkt som för att förebygga olycksfall och yrkessjukdomar. Den franska företagshälsovårdens organisation och lagstiftning har studerats med största intresse av åtskilliga europeiska länder. Någon allmän sammanfattning av situationen finns inte, men en viss översikt över verksamhetens 20-åriga erfarenhet publicerades 1966 vid den arbetsmedicinska årskonferensen. Den tekniska yrkeshygienen förefaller inte att vara särskilt utvecklad. Ett stort intresse för ergo-

nomins praktiska tillämpning har vuxit fram på senare år, och de franska kolgruvorna har t. ex. en särskild forskningscentral för ergonomi i gruvarbete. Storindustrin har i stort sett en väl utvecklad företagshälsovård.

Små och medelstora företag har enligt lagstiftning slagit sig samman till hälsocentraler. När det gäller de mycket små företagen inskränker sig företagshälsovården i regel till hälsoundersökningar. Hälsocentralerna är väsentligen byggda på regional bas utom för byggnadsindustrin, som har skapat branschhälsocentraler, varav den för byggnadsindustrin i Paris har stått modell för motsvarande organisationer i andra länder.

Personalbehovet för läkare och sköterskor är specificerat med hänsyn till antalet anställda och också med viss hänsyn till förekomsten av yrkesrisker. Grundregeln är att industriläkaren skall ägna 1 timme per månad åt 30 anställda, vilken tid ökas efter omständigheterna.

Utbildningen av industriläkare omfattar ett läsår och sker för närvarande vid 11 universitet i Frankrike.

Kostnaderna bestrides helt av arbetsgivarna. Utvecklingen går närmast ut på att intensifiera och effektivisera företagshälsovården för små och medelstora företag. Åtskilliga universitetsinstitutioner för arbetsmedicin finns, där forskning, service och undervisning bedrivs. Vartannat år anordnas arbetsmedicinska konferenser, varvid programmet fastställs två år i förväg. Härvid får man allsidig belysning av två eller tre arbetsmedicinska frågor.

### *Jugoslavien*

Jugoslavien har obligatorisk företagshälsovård, som syftar till att skydda och bevara de anställdas hälsa och kontrollera deras arbetsförmåga och arbetsmiljö. Företagshälsovården har här kombinerat det förebyggande arbetet med diagnostik och behandling, i stora enheter är även psykologisk verksamhet inkluderad. Utbildningen för industriläkare är 1-årig och sker främst vid instituten i Zagreb och Belgrad. Kostnaderna bestrides helt av företagen.

## Nederländerna

I slutet av 1800-talet organiserades en yrkesinspektion, som senare fick även medicinsk personal och för närvarande har en heltidsanställd överläkare samt en heltidsanställd läkare i varje av de tio distrikten.

1928 inrättades den första industrihälsovården i Nederländerna vid Philips industrier och 1942 startade den första grupphälso-centralen för företagshälsovård. Sedan har företagshälsovården successivt utvecklats. 1959 antogs en lag om obligatorisk företags-hälsovård i företag med mer än 750 anställda, eller med vissa hälsorisker i arbete, vilken lag trädde i kraft 1963.

Verksamheten inom företagshälsovården omfattar hälsoundersökningar av nyanställda, av personal som återvänder till arbetet efter 4-6 veckors sjukfrånvaro och av vissa personalgrupper, såsom dem som är utsatta för vissa yrkesrisker, äldre, vissa yrkesgrupper med särskilt pressande arbete osv. Sjukvården begränsas till första hjälp och vård av bagatellskador och sjukdomsfall. Utvecklingen av den tekniska delen av verksamheten, teknisk yrkeshygien, är mycket begränsad och någon tradition med skyddsingenjörer finns för närvarande knappast. I begränsad omfattning utföres yrkeshygienisk kartläggning av arbetsmiljön av industrisköterskor, som specialutbildats för detta ändamål. I svårare fall vänder man sig för undersökningar till arbetsmedicinska institutet i Leyden eller Amsterdam. Intresset för ergonomins praktiska tillämpning är stort och praktisk arbetsfysiologi har i stor omfattning inkluderats i företagshälsovården.

Företagshälsovården har främst utvecklats inom industrin men man avser nu att systematiskt utveckla den till andra delar av näringslivet. Det förefaller som om lagens krav på obligatorisk företagshälsovård i företag med mer än 750 anställda nu är uppfyllda. På åtskilliga platser har även mindre företag anslutit sig till hälsocentralerna. Det torde dock ännu vara relativt sällsynt, att företag med mindre än 200 anställda har företagshälsovård. Gränsen 750 har valts mot bakgrunden av en enkät, som utvisade att de

flesta företag i denna storleksordning hade företagshälsovård tidigare och lagstiftningen bekräftade således i stort sett redan föreliggande situation. För närvarande finns ungefär 30 hälsocentraler för grupper och företag.

Beträffande personalbehovet beräknar man som normalt 1 läkare per 3 000 anställda. Påtagligt är att industrisköterskor eller manliga assistenter används för enklare mätningar av teknisk yrkeshygienisk natur och av industrisköterskorna är en stor del män. Vid företagshälsovårdscentralen i Rotterdam hamn användes uteslutande manliga sjukvårdsutbildade assistenter och där ansågs kvinnliga industrisköterskor olämpliga.

Utbildningen av industriläkare sker under 3 år, varav det första året utgöres av en allmän socialmedicinsk kurs på 4 månader, som sedan följes av den egentliga industriläkarkursen på 8 månader, där man har 1 månads teoretisk undervisning och återstoden av tiden en kombinerad praktisk och teoretisk utbildning. Därefter följer 2 års tjänstgöring som industriläkare under ledning av någon särskilt förordnad läkare.

För industrisköterskor finns ingen organiserad utbildning utan endast kortare fortbildningskonferenser eller kurser har anordnats.

För att ha en överblick över företagshälsovården finns en central kommitté under ordförandeskap av arbetarskyddsstyrelsens överläkare. Till denna kommitté hänskjutes även tvistefrågor.

Kostnaderna för företagshälsovården bestrides helt av arbetsgivarna och kostnaderna ligger omkring 50 kronor per årsanställd.

Beträffande utbyggnaden avser man att genom lagstiftning få en tillämpning av företagshälsovården även inom andra grenar av näringslivet än inom industrin. Några planer på att lagstiftningsmässigt utvidga företagshälsovården till mindre företag än 750 anställda finns för närvarande inte, men man räknar med att den genomförda lagstiftningen redan fått ett stort propagandavärde genom att arbetsgivarna sett fördelarna av företagshälsovården. Ungefär 1 million av landets 3,5 millioner anställda uppskattas vara

täckta av företagshälsovård. Inom denna verksamhet är för närvarande 310 heltidsanställda industriläkare sysselsatta. Man räknar knappast med att utöka antalet företagshälsovårdscentraler utöver de nuvarande 30 utan i stället bibehålla dessa men öka deras kapacitet. Denna utveckling torde väsentligen betingas av att de korta avstånden i Nederländerna inte gör en decentralisering nödvändig i större omfattning.

I Nederländerna finns två arbetsmedicinska institutioner, avdelningen för arbetsmedicin vid institutet för förebyggande hälsovård i Leyden, där undervisningen av industriläkare sker, och det arbetsmedicinska institutet inom medicinska fakulteten vid Amsterdams universitet, där undervisning av medicine studerande bedrivs. Båda dessa institutioner, men framför allt institutionen i Leyden, utför serviceuppdrag åt industrin. En viss utbildning av industriläkare bedrivs även av universitetet i Nijmegen.

## Norge

Riktlinjer för den norska företagshälsovården återfinnes i den s. k. *bedriftslegeordningen*, som tillkom 1946 och är baserad på frivillig överenskommelse mellan norska läkarföreningen, arbetsgivareföreningen och landsorganisationen. De tre organisationerna har tillsammans bildat *bedriftslegerådet*, i vilket ingår en representant för vardera organisationen. Rådet förfogar över ett sekretariat. Dess viktigaste uppgifter är att sprida information om bedriftslegeordningen, arbeta för att denna utbreddes, ge praktisk vägledning vid inrättande av företagshälsovård och pröva att denna utövas efter angivna riktlinjer. Dessutom följer rådet utvecklingen och registrerar omfattningen av företagshälsovård i Norge.

Vid årsskiftet 1967-1968 var sådan verksamhet anordnad vid 1 707 privata och offentliga företag med tillsammans 308 840 anställda. Detta innebär att omfattningen sedan 1960 med avseende på antalet berörda

arbetstagare ökat med ca 35 %. Vid senaste årsskiftet var antalet verksamma företagsläkare 603. Den övervägande delen av dessa var deltidverksamma och ca 85 % hade en tjänstgöring av 6 timmar per vecka eller mindre.

Bedriftslegeordningen rekommenderar att företagshälsovården för små arbetsplatser anordnas som gruppverksamhet (»fellesbedriftslegeordning»). Sådana verksamheter har också kommit till stånd i begränsad omfattning.

Syftet med bedriftslegeordningen är enligt definitionen

»att bevara och höja de anställdas hälsotillstånd både fysiskt, mentalt och socialt samt att främja arbetshygienen.»

Den i bedriftslegeordningen ingående instruktionen ger företagsläkaren anvisningar om hur denne skall genomföra hälsoundersökningar av olika slag, utöva kontroll över yrkeshygienen, vara företagets medicinske rådgivare samt följa och registrera sjukfrånvaron.

*Hälsoundersökningar* skall göras på alla nyanställda. I anslutning härtill skall företagsläkaren avge utlåtande till företaget om den undersöktes lämplighet för avsedd arbetsuppgift. Genom återkommande hälsokontroller, vars frekvens bör anpassas till aktuella behov, skall företagsläkaren övervaka alla anställdas hälsotillstånd. Särskild uppmärksamhet bör han ägna arbetstagare vars arbete kan innebära hälsorisker samt åt dem som har allmänt nedsatt hälsotillstånd, andra arbetshinder eller hög sjukfrånvaro.

I bedriftslegeordningen sägs vidare, att företagsläkaren skall vara *företagets yrkeshygieniker* och hans verksamhet skall i detta avseende omfatta såväl individ som arbetsmiljö. Han skall också undersöka klagomål över otillfredsställande arbetshygieniska förhållanden och söka förebygga yrkessjukdomar, arbetsolycksfall och andra skadliga följder av arbetet. Det framhålls att den yrkeshygieniska verksamheten i första hand bör utövas genom ofta återkommande inspektioner av arbetsförhållandena, men eventuellt kompletteras också med objektiva

mätningar av olika miljöfaktorer. Särskild uppmärksamhet skall ägnas åt ergonomiska och arbetspsykologiska frågor, som kan återverka på arbetstagarnas trivsel och arbetsinsatser. Företagsläkaren skall medverka i skyddskommitténs arbete och i utbildningen av skyddsombud.

Beträffande *sjukvård* innehöll instruktionen ursprungligen anvisning enligt vilken behandling av sjukdom icke skulle förekomma på arbetsplatsen. Undantag medgavs endast för första hjälpen vid akuta insjuknanden, för yrkesskador som ej krävde bortavaro från arbetet samt – i begränsad omfattning – för bagatellåkommor. Efter en nyligen genomförd revision är instruktionen något mindre restriktiv. Sålunda kan företagsläkaren efter medgivande av den norska läkarföreningen utöva sjukvård på arbetsplatsen utanför den tid som anslagits för förebyggande verksamhet. Samtidigt poängteras dock att sjukvård aldrig får utövas i sådan grad att den inkräktar på det förebyggande arbetet eller återverkar på det fria läkarvalet.

Företagsläkaren är skyldig att årligen skriftligen rapportera verksamheten till företaget enligt ett av bedriftslegerådet utarbetat formulär.

Vid anställning av företagsläkare rekommenderar bedriftslegeordningen att tjänsten annonseras och ansökningarna tillställs rådet, som uppsätter förslag upptagande de tre mest meriterade av dem som bedömts kompetenta för tjänsten. Om annonsering icke sker skall bedriftslegerådets yttrande inhämtas om den eller de läkares kompetens, som företaget önskar anställda, innan uppgörelse om anställning träffas.

Det förstnämnda av dessa tillvägagångssätt tillämpas av alla offentliga företag och de flesta privata.

Bedriftslegeordningen rekommenderar att företagssköterska eller »bedriftsdiakon» anställs som medhjälpare åt företagsläkaren, i allmänhet på heltid för företag med minst 400 anställda. För övrigt anges som vägledning en tjänstgöringstid för företagsläkare om 1–2 veckotimmar per 100 anställda och för företagssköterskor eller bedriftsdiakoner om 3–8 timmar per 100 anställda.

## *Sovjetunionen*

I Sovjetunionen inrättades arbetsmedicinska institut på 1920-talet och utgående från deras verksamhet utvecklades snabbt såväl arbetsmedicinsk forskning som företagshälsovård.

Företagshälsovården är obligatorisk för alla arbetsplatser. På de stora företagen är den medicinska centralen ansvarig för:

1. behandlingen från bagatellskador till specialistvård,

2. förebyggande av olycksfall, yrkessjukdomar och icke yrkesbetingad sjukvård, som t. ex. infektionssjukdomar, tuberkulos och cancer,

3. hälsobefordrande åtgärder genom övervakning av arbetsmiljön och arbetsförhållandena,

4. hälsobefordrande åtgärder för den enskilde individen genom fysisk träning, pauser och raster, vistelse på personalhem och sanatorier osv.

I verksamheten ingår behandling av olycksfall och sjukdomar, hälsoundersökning av speciella grupper, regelbunden övervakning av arbetsmiljön, massvaccinationer ur förebyggande synpunkt, uppföljning av infektionsfall ur smittospridningssynpunkt, regelbundna inspektioner ur arbetarskyddssynpunkt och arbetshygienisk synpunkt t. ex. beträffande personalrestauranger, hälsoupplysning och hälsoinformation.

Företagshälsovården inkluderar här även behandling i stor omfattning. Tillgången på läkare, »fältskärer» och sköterskor är högre än vad standarden är i åtskilliga länder i Väst-Europa.

Kostnaderna bestrides helt av företagen.

Det finns 14 institut i USSR för arbetsmedicin, där forskning och utbildning bedrivs. Dessutom finns särskilda institut för fortbildning av läkare och ingenjörer.

## *Storbritannien*

Frivillig industrihälsovård och sjukvård har vuxit fram inom ett antal storindustrier, varibland främst kan nämnas den stora ke-

miska industrikoncernen ICI och bilindustrin t. ex. Austins och Vauxhalls fabriker.

När man bedömer företagshälsovården i detta land, måste man emellertid beakta, att yrkesinspektionens verksamhet har förhållandevis stor omfattning. Storbritannien har den äldsta yrkesinspektionen i världen, började tidigt även med läkarverksamhet inom yrkesinspektionen s. k. medical inspection och har dessutom skapat en omfattande organisation av besiktningssläkare för bl. a. minderåriga, s. k. appointed factory doctors.

När sjuk- och hälsovården nationaliserades och omorganiserades i början på 1950-talet medtogs i denna organisation icke företagshälsovården, som därigenom kom att »hänga i luften». En särskild kommitté studerade frågan (Dalekommittén) och regeringen följde kommitténs förslag (1951) och uppmanade arbetsgivarna att frivilligt anordna företagshälsovård, inklusive grupp-hälsocentraler. Brittiska arbetsgivareföreningen och landsorganisationen (TUC) har genom en gemensam kommitté utarbetat en rådgivande publikation om företagshälsovård 1964 för att stimulera utvecklingen på detta område.

I Storbritannien omfattar företagshälsovården första hjälp vid olycksfall och akuta sjukdomsfall, rådgivning angående förebyggande åtgärder beträffande arbetsförhållanden som kan påverka arbetarnas hälsa, rådgivning beträffande medicinska synpunkter på olycksfallsförebyggande, hälsoundersökningar av olika grupper, särskilt nyanställda samt hälsorådgivning.

Man fäster stort avseende vid hälsoupplysning och hälsorådgivning samt en effektiv första hjälp och man använder i stor utsträckning utbildade industrisköterskor inom verksamheten. I några enstaka stora företag har särskilda rehabiliteringsverkstäder organiserats.

Det har särskilt framhållits att företagshälsovården bör vara flexibelt anpassad till det enskilda företagets behov.

Den tekniska yrkeshygienen med skyddsenjörer, mätning av damm- och gaskoncentrationer etc., är utvecklad endast på ett fåtal platser. Intresset för ergonomins prak-

tiska tillämpning har ökat på senare år.

Företagshälsovård förekommer främst i storindustrin. På senare år har hälsocentraler för grupper av företag organiserats antingen regionalt, som t. ex. i Rochdale, baserade på praktiserande läkares verksamhet kring en hälsocentral, som i Harlow, eller med hälsocentralen förlagd i anslutning till ett sjukhus, som i London. Antalet dylika centraler uppgår för närvarande till 5. Enligt en nyligen utförd undersökning åtgår 85 % av läkare- och sköterskepersonalens tid inom hälsocentralerna för behandling, särskilt första hjälp och behandling av bagatellskador och lindriga sjukdomsfall. I hela landet finns för närvarande 250 heltidsanställda och 800 deltidanställda industriläkare. Kostnaderna för företagshälsovård betalas av arbetsgivarna.

Industriläkare kan få 1-årig utbildning med diploma of industrial health, som lämnas vid t. ex. universiteten i London och Manchester. En 1-årig kurs för industrisköterskor har sedan många år funnits i Manchester.

Beträffande den framtida utvecklingen kan framhållas, att ett visst intresse för utbyggnad av företagshälsovården finns och har tagit sig uttryck i ovan angivna publikation. Även arbetsministeriet har senast 1966 publicerat en handledning med råd angående företagshälsovårdens utformning. Inom arbetsministeriet och arbetarskyddsstyrelsen arbetar man för närvarande med att förändra besiktningssläkarnas arbetsuppgifter genom att minska antalet av dem som hittills varit deltidanställda, samtidigt öka arbetsuppgifterna, förbättra deras utbildning och göra dem heltidsanställda under arbetarskyddsstyrelsen. Man räknar med att i stället för 1 800 besiktningssläkare på deltid kunna få fram ett 40-tal heltidsanställda väl utbildade läkare, som fungerar som besiktningssläkare under arbetarskyddsstyrelsen.

Mot denna bakgrund har arbetarskyddsstyrelsens överläkare uttalat, att det inte är motiverat att placera läkare- och sköterskepersonal inom företagshälsovårdens område med nuvarande brist på dylik personal i landet. Iakttagelser rörande företagshälsovård

inom storindustri och från hälsocentraler, som gjordes i oktober 1967, gav emellertid vid handen att erfarenheterna av denna verksamhet var goda och fördelarna bedömdes som stora såväl av arbetsgivarna som av de anställda.



ILO-rekommendationen definierar företags-hälsövården som

en på eller i närheten av arbetsplatsen upp-rättad verksamhet, som har till syfte

att skydda arbetstagarna mot varje hälso-risk, för vilken de kunna bli utsatta till följd av sitt arbete eller de förhållanden under vilka detta utföres;

att medverka till arbetstagarnas fysiska och psykiska anpassning, särskilt genom arbetets anpassning till arbetstagarna samt genom anvisning av arbetsuppgifter, för vilka de äro lämpade;

att medverka till att för arbetstagarna skapa och vidmakthålla högsta möjliga grad av fysisk och psykiskt välbefinnande.

Det är utredningens uppfattning att denna definition i allt väsentligt motsvarar den innebörd som för svenska förhållanden bör inläggas i begreppet företagshälsovård och adekvat uttrycker verksamhetens allmänna syften. Vi önskar dock förtydliga definitionens andra att-sats genom att framhålla sambandet mellan arbetsanpassning och arbetseffektivitet och understryka företagshälsovårdens produktionsfrämjande syfte. Målet för företagshälsovården bör vara att på arbetsplatserna förebygga yrkesrisker, främja hälsa och arbetsförmåga samt bidra till arbetstillfredsställelse, trygghet och arbetseffektivitet.

Behovet av insatser på arbetsplatserna med dessa syften växer i takt med den snabba utvecklingen och föränderligheten i arbetslivet. Vetenskapliga framsteg särskilt inom tekniken har gjort det möjligt att i

ökande omfattning tillämpa rationellare produktionsformer. Denna omställning av produktionsapparaten innebär i sin tur ofta drastiska förändringar av den enskilde arbetstagarens arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Tidigare yrkeserfarenhet kan snabbt bli inaktuell och fordra omfattande påbyggnad eller nyorientering. Ytterligare en konsekvens av utvecklingen är att behovet av personella insatser i olika arbetssammanhang underkastats stora förskjutningar, varigenom arbetstagaren måste vara beredd att acceptera nya arbetsuppgifter och att anpassa sig till förändrade situationer och arbetsanspråk. Särskilt markanta återverkningar följer med strukturomvandlingarna. Friställd personal måste ofta omskolas och placeras i annan arbetsmiljö, ibland också förflyttas till annan ort och nya sociala miljöer.

Till dessa anspråk på flexibilitet kommer mer generella krav på höga prestanda. Med det moderna arbetslivet följer därför stora psykiska påfrestningar på arbetstagarna. Särskilt för den betydande del av de i arbetslivet verksamma, som har nedsatt resistens mot olika belastningar, ökar riskerna för anpassningsstörningar och ohälsa.

Inom vissa delar av industrin har mekaniseringen gått särskilt snabbt och skapat en fullständigt ny teknisk arbetsmiljö. Det har därvid varit möjligt att eliminera mycket av det tunga och fysiskt påfrestande arbetet och sanera arbetshygieniskt mindre goda miljöförhållanden. För att målmedvetet och kon-

struktivt kunna åstadkomma detta krävs emellertid särskilda resurser på arbetsplatserna, främst i form av samverkan mellan produktionstekniker och skyddsteknisk och arbetsmedicinsk expertis. Medverkan av sådan expertis är nödvändig också med hänsyn till den nya och vidgade yrkesrisksproblematik som följer med de nya produktionsformerna. För att gardera sig mot yrkesrisker till följd av förändrade miljöförhållanden och det stora antalet nya hjälpmedel i produktionen är det nödvändigt att fortlöpande genomföra tekniskt hygieniska kontroller på arbetsplatserna och att följa arbetstagarnas reaktion på olika expositionsförhållanden med medicinska undersökningar.

I den allt vanligare högmekaniserade serieproduktionen kräver man av produktionstekniska skäl som regel, att varje arbetstagar utför en i förväg fastställd arbetsprestation. Eftersom arbetet dessutom är styrt av maskinerna och den tekniska processen i övrigt, ges föga utrymme att anpassa den kvantitativa arbetsinsatsen efter individuella resurser. Dessa förhållanden gör det än angelägnare att genom ergonomiska åtgärder finjustera anpassningen i övrigt mellan individ och arbete.

Anpassningsproblematiken accentueras av vissa förskjutningar i arbetstagargruppernas struktur. Sålunda har genom befolkningsutvecklingen arbetstagar i åldrarna över 50 år kommit att utgöra en förhållandevis större grupp än tidigare av den totala arbetskraften. Vissa nya arbetsformer, särskilt sådana som ställer stora krav på manuell snabbhet och reaktionsförmåga, har visat sig medföra större svårigheter i de högre arbetsåldrarna. Med fortsatt mekanisering är det bl. a. med hänsyn härtill nödvändigt att ägna ökad uppmärksamhet åt arbetets ergonomiska utformning och val av arbetsuppgift.

Även de betingat<sup>1</sup> arbetsföras situation måste beaktas i dessa sammanhang. Här har nya medicinska behandlingsmetoder och aktivare rehabiliteringsåtgärder i många fall lett till en avsevärt bättre arbetsförmåga och personer, som tidigare varit avstängda från arbetsmöjligheter eller hänvisade till skydda-

de arbetsförhållanden, har därigenom kunnat sysselsättas ute på den öppna arbetsmarknaden. Möjligheterna att i större omfattning placera betingat arbetsföra ute i det vanliga arbetslivet bestäms emellertid i hög grad av arbetsplatsens resurser att handlägga dessa specifika anpassningsfrågor. Mycket står att vinna genom en ännu konstruktivare samverkan mellan läkare på arbetsplatserna och samhällets specialister inom sjukvård och rehabilitering, inklusive arbetsvården. Vid olika fysiska handikapp har det visat sig möjligt att effektivt underlätta arbetsförutsättningarna med ergonomiska åtgärder.

Behovet av ergonomiska åtgärder aktualiseras också vid rekrytering av kvinnlig arbetskraft till tidigare konventionellt manliga arbeten, exempelvis inom den medeltunga verkstadsindustrin. Kvinnorna utgör här ett synnerligen värdefullt arbetskraftstillskott, men arbetsformer och tekniska hjälpmedel måste ofta modifieras med hänsyn till något olika fysiska förutsättningar.

Olika åtgärder av skyddsteknisk, arbetshygienisk, ergonomisk och arbetspsykologisk art är alltså angelägna för att skydda arbetstagar mot yrkesrisker och ohälsa och för att över huvud taget uppnå en god anpassning mellan människa och arbete. Företagens ansvar i dessa avseenden växer i takt med utvecklingen och de snabbt skiftande förhållandena i arbetslivet. Denna utveckling går mot allt effektivare och rationellare arbetsformer. Det är därvid angeläget att samtidigt uppmärksamma behovet av arbetsförhållanden i vilka arbetskraften kan infogas så smidigt och flexibelt som möjligt och beredas en effektiv sysselsättning. Samhällets insatser på det arbetsvårdande fältet är otillräckliga och blir ofta ineffektiva utan medverkan av experter, verksamma ute i företagen och väl förtrogna med förhållandena på de enskilda arbetsställena. Därtill

<sup>1</sup> Inom företagshälsovården användes begreppet villkorligt eller betingat arbetsföra för arbetstagar som på grund av medicinska arbets hinder kan göra en tillfredsställande arbetsinsats endast om hänsyn tas till deras medicinska handikapp vid val av arbetsuppgift eller som eljest av hälsoskäl har en mer eller mindre begränsad placerbarhet i produktionen.

kommer att produktionen kräver bästa möjliga utnyttjande av tillgängliga personella resurser. Arbetskraften är ett företags viktigaste tillgång. Varje arbetstagare får genom den tekniska utvecklingen hand om en allt dyrbarare produktionsutrustning. En otillfredsställande arbetsanpassning kan få mycket stora konsekvenser för det produktiva utbytet. Arbetslivet förlorar i dag en arbetsinsats motsvarande mer än 30 000 årsarbete enbart på grund av yrkesskador. Denna förlust utgör dock endast en mindre del av det totala bortfallet av arbetsdagar på grund av sjukdom. Det måste framstå som angeläget att begränsa dessa förluster, så mycket mer som man på sikt har anledning att räkna med stora svårigheter att fylla arbetslivets behov av arbetskraft. Alla åtgärder som bidrar till ökad säkerhet och god hälsa i arbetet verkar i den riktningen.

Utredningen tillmäter företagshälsovården synnerligen goda förutsättningar att bidra till de syften, som ovan anförts. Denna uppfattning är baserad bl. a. på erfarenheter av redan existerande verksamheter. Insatserna bör i första hand vara förebyggande och genomföras i nära anknytning till produktionen. De bör utövas av teknisk och medicinsk expertis i samverkan med företagets övriga funktioner, anpassas till behoven på varje enskilt arbetsställe och inriktas både mot arbetstagarna och arbetsförhållandena.

Utöver arbetsplatsernas företagshälsovård måste i samhällets regi finnas service- och konsultationsorgan på såväl den tekniska som den medicinska sidan, på vilka den arbetsplatsanknutna verksamheten kan replera. Detta behov är särskilt angeläget för de små och medelstora arbetsplatserna, där de egna resurserna ofta är begränsade. I rehabiliteringssammanhang måste företagshälsovården ute i arbetslivet komplettera samhällets resurser. Endast om de samhälleliga organen disponerar över tillräckliga och väl samstämda resurser kan företagshälsovården ute på fältet förväntas fungera under optimala betingelser.

För att möta den speciella problematik, som hänger samman med relationerna mellan arbetet och individens hälsa och arbets-

förutsättningar, är det enligt utredningens uppfattning nödvändigt, att företagshälsovården är väl förankrad i arbetslivet och att den samtidigt utformas som ett led i samhällets totala insatser inom hälso- och sjukvård.

Genom en planmässig och successiv utbyggnad av företagshälsovården kan allt större befolkningsgrupper erbjudas en rationell förebyggande hälsovård. Av särskilt värde är därvid möjligheten att fortlöpande följa den enskilda individens hälsotillstånd och samordna förebyggande, rehabiliterande och kurativa åtgärder, vilket kan förväntas reducera sjukligheten, underlätta olika rehabiliteringsåtgärder och bidra till god social anpassning. Därigenom avlastas kraven på samhällets totala omvårdnadsinsatser.

Företagshälsovårdens effektivitet är sålunda i hög grad beroende av en mycket intim anknytning till arbetslivet men samtidigt av en välplanerad och konstruktiv samverkan med den av samhället administrerade hälso- och sjukvården, som tillåter ett ömsesidigt utbyte av insatser. Med hänsyn härtill, men också till den avvägning av insatser som måste komma till stånd, måste företagshälsovårdens utbyggnad ske i nära kontakt med samhällets ansvariga instanser.

### *Allmänna synpunkter*

För att förverkliga i ILO-rekommendationen angivna syften skall företagshälsovården i första hand bestå av förebyggande åtgärder. Dessa bör skydda arbetstagarna mot hälsorisker i arbetet och bidra till arbetsförhållanden som så långt möjligt överensstämmer med arbetstagarnas fysiska och psykiska förutsättningar samt till en lämplig arbetsplacering redan från anställningens början. Därtill skall företagshälsovården genom olika förebyggande åtgärder medverka till att bevara och förbättra hälsotillståndet bland de anställda och därigenom också till god arbetsförmåga och ökad motståndskraft mot påfrestningar i arbetet.

De förebyggande åtgärderna är sålunda inriktade på såväl arbetet som arbetstagarnas hälsa, vilka emellertid båda är underkastade förändringar. En väsentlig del av de företagshälsovårdande insatserna måste därför gälla uppföljning av sådana förändringar och av arbetsanpassningen. Vid anpassningsstörningar bör företagshälsovården medverka till att orsakssammanhangen klarlägges och att åtgärder som kan avhjälpa dessa störningar vidtas. I alla sådana sammanhang är företagshälsovården rådgivande åt både arbetstagarna och företaget och skall utövas med hänsyn till de anställdas trygghet och arbetstillfredsställelse samtidigt som produktionsmässiga, ekonomiska och sociala faktorer beaktas.

Dessa uppgifter kräver i väsentliga delar gemensam handläggning av teknisk och medicinsk expertis, vilken måste vara väl förtrogen med förhållandena på arbetsplatsen. Företagshälsovården bör därför utövas främst av skyddsingenjören och företagsläkaren, på vilka det ankommer att organisera och genomföra olika till verksamheten hörande aktiviteter men också att genom gemensamma insatser samordna de tekniska och medicinska åtgärderna så att företagshälsovården så långt som möjligt kan arbeta som en funktionell enhet i företaget. I denna samverkan ingår att kartlägga behov av insatser, värdera deras inbördes angelägenhetsgrad, följa upp beslutade åtgärder, bedöma resultaten och hålla olika instanser underrättade om hithörande förhållanden.

*Kontakter och samverkan med andra funktioner inom företaget. Samråd mellan arbetsgivare och arbetstagare*

Det är väsentligt att företagshälsovårdens experter fortlöpande informeras om alla förhållanden i företaget, som berör deras arbetsområde, och beredes tillfälle att som sakkunniga medverka i handläggning av frågor som kan återverka på säkerhet, hälsa och arbetsanpassning. Det finns skäl att särskilt understryka betydelsen av att de produktionsmässiga funktionerna och personalfunktionerna begär sådan medverkan av

företagshälsovården vid nyinstallationer och större förändringar av arbetet, så att synpunkter på arbetets skyddstekniska, arbetshygieniska, ergonomiska och arbetspsykologiska utformning liksom på ev. personalmässiga konsekvenser på bästa sätt kan beaktas redan innan förändringarna genomföres.

Kontakter med produktionen måste vara ett viktigt led i företagshälsovårdens arbetsrutiner. Skyddsingenjören och företagsläkaren inhämtar nödvändiga informationer om arbetsförhållandena genom återkommande arbetsplatsbesök men också genom fortlöpande kontakter med arbetstagarna och genom samarbete med arbetsledningen på olika nivåer. En viktig kontaktväg härvidlag är skyddskommittéerna, där enligt SAF:s och LO:s regler för den lokala arbetarskyddsverksamheten skyddsingenjör skall vara ledamot och läkaren närvara vid sammanträden. Det är utredningens uppfattning att skyddskommittéerna är ett lämpligt forum för fortlöpande information från företagshälsovården till arbetstagarna om aktuella frågeställningar samt planerade, pågående och genomförda åtgärder, särskilt vad gäller hälsoriskerna. I samband med sådana informationer bör också arbetstagarnas medverkan i genomförande av olika uppgifter kunna påkallas. En sådan ömsesidig samverkan bör, om den sättes i system och stödes av företaget, verka stimulerande på skyddskommittéernas arbete och bidra till en ännu högre grad av integration av företagshälsovården i företaget.

Enligt SAF:s och LO:s riktlinjer beträffande företagshälsovården skall samråd äga rum mellan arbetsgivare och arbetstagare såväl rörande införande av företagshälsovård som beträffande dess utövande. Samrådet kan föras endera inom företagsnämnden, skyddskommittén eller i ett särskilt för ändamålet tillsatt råd. Det förhållandet att skyddskommittén kan aktivt inkopplas i företagshälsovårdens verksamhet och medverka i vissa aktuella arbetsuppgifter bör i och för sig icke utgöra skäl för att avstå från ev. samråd i företagsnämnden eller i särskilt råd, om man härigenom kan ge de

anställda bättre insyn i verksamheten. Det är redan nu vanligt att rapport om företagshälsovården ges i företagsnämnden och att sådan rapportering betraktas som naturlig och värdefull både av arbetsgivare och arbetstagare. Den ger också lämpligt underlag för återkommande överläggningar i nämnden eller i särskilt råd om hur verksamheten bör vara utformad och bedrivs. Utredningen anser det således synnerligen angeläget att företagshälsovården på detta sätt brett engagerar olika funktioner i företagen likväl som arbetstagarna i olika samarbetsorgan så att deras medverkan påkallas i olika arbetsrutiner och verksamhetens principer kan beaktas vid handläggning av policyfrågor.

#### *Motiv för företagsintegrerad verksamhet och utåtriktat samarbete*

Utvecklingen har under senare år gått mot en mer företagsintegrerad företagshälsovård än tidigare. Alltjämt är det emellertid vanligt att företagshälsovård utövas utan konsekvent samverkan med andra funktioner och har en alltför ensidig inriktning på individuella kontakter med arbetstagarna i sjukvård och hälsoundersökningar. På många arbetsplatser finner man dessutom en relativt markerad gränsdragning mellan läkarens arbetsfält och arbetarskyddsverksamheten, beroende bl. a. på att företagsläkaren och skyddsingenjören återfinnes inom olika sektioner av företaget och på olika nivåer i organisationen. Sådana lösningar tillgodoser icke företagshälsovårdens syften så som de tolkats av utredningen. I en arbetsmiljö, som i så hög grad präglas av den tekniska utvecklingen, framstår det som allt angelägnare att utnyttja tekniken i människo- och miljövårdande syfte. Utredningen anser det önskvärt, att företagshälsovården så långt möjligt gestaltas som en utvidgad form av arbetarskyddet, vilken genom utökade resurser kan anpassas till utvecklingen i modernt arbetsliv och till de nya behov som följer med denna utveckling. Detta synsätt har också klart kommit till uttryck i SAF:s och LO:s

riktlinjer för företagshälsovård, enligt vilka denna bör inordnas i det system av samverkan mellan parterna, som sedan länge är etablerat bl. a. i fråga om arbetarskydd. En företagshälsovård som är väl infogad i företaget och där kan utövas under konstruktiv samverkan med andra funktioner och organ öppnar nya vägar att förbättra relationerna mellan individ och arbete och kommer därigenom såväl arbetstagarna som produktionen till godo.

Möjligheterna att bygga in företagshälsovården i företaget, så att den där fungerar på samma sätt som andra stabsfunktioner, är särskilt goda på stora arbetsplatser som kan heltidsanställa erforderlig personal för verksamheten. På små och medelstora arbetsplatser kan det vara svårt att anordna verksamhet i egen regi. Man får då söka andra organisationsformer men ändå eftersträva så integrerade lösningar som möjligt.

Utredningen anser att det finns mycket starka skäl för en fast förankring av företagshälsovården i arbetslivet självt med bredast möjliga utnyttjande av arbetsplatsens egna resurser. Härigenom vinnes också en stabil grund för konstruktivt och kvalificerat samarbete med de organ i samhället som ansvarar för arbetarskydds- och arbetsmedicinska frågor och för en ändamålsenlig avvägning av insatserna mellan dessa och företagen.

Det finns i det sammanhanget skäl att erinra om det stora frågekomplex som sammanhänger med den externa miljövården. Utredningen förutsätter, att uppgifter som härvidlag kan komma att läggas på företagen i betydande utsträckning kräver medverkan av skyddsingenjören som företagens expert i tekniskt hygieniska frågor.

Utredningens ställningstagande för en företagshälsovård som så långt möjligt utövas av företagen själva motiveras ytterligare av praktiska svårigheter för utomstående expertis inom hälsovården och sjukvården samt arbetsvården, försäkringkassorna och socialvården att utan medverkan av sådan företagsintern expertis göra avväganden och ställningstaganden som hänger samman med individens situation i olika specifika arbets-

sammanhang. Företagshälsovården bör samtidigt som den uppehåller ansvaret för hälsofrågor på arbetsplatsen arbeta utåtriktat med så bred kontakt som möjligt med samhälleliga organ. Härigenom kommer den på ett naturligt och rationellt sätt att fylla en viktig funktion i samhällets totala insatser inom hälso- och sjukvård.

#### *Företagshälsovårdens tekniska och medicinska del*

Den kvalificerade tekniska och medicinska handläggningen av företagshälsovårdens olika arbetsavsnitt kräver att verksamheten organiseras i företaget på en teknisk och en medicinsk del, inom vilka den ansvarige skyddsingenjören respektive företagsläkaren förfogar över erforderliga resurser i form av lokaler, utrustning och personal. Skyddsingenjörens huvudsakliga arbetsfält omfattar det tekniska arbetarskyddet, arbetshygien och ergonomi. Företagsläkaren ansvarar för de arbetsmedicinska problemen och utövar förebyggande hälsovård, rehabilitering och viss sjukvård. Uppdelningen på två enheter är nödvändig med hänsyn till att uppgifterna ofta omfattar avancerade tekniska och medicinska frågeställningar, men den måste genomföras så att möjligheterna till mycket nära samverkan och gemensam målinriktning inte begränsas. En samordning av företagsläkarens och skyddsingenjörens arbetsområden främjas, om företagshälsovården kan infogas i företaget på sätt som tillåter enhetlig ledning.

#### *Anpassning till varierande behov på skilda arbetsplatser*

Utredningen finner det angeläget att verksamheten utformas och bedrivs med hänsyn till förhållandena inom varje enskilt företag. Behov och problem kan skifta inom vida gränser beroende på företagens storlek, läge och struktur, produktionens art, förekomsten av yrkesrisker och personalens sammansättning. Möjligheterna att anskaffa egna resur-

ser liksom tillgången till extern expertis måste också återverka på fördelningen av insatser och på arbetsformerna. Flexibla lösningar baserade på tillräcklig kartläggning av behoven bör därför alltid eftersträvas och kan leda till skilda verksamhetsformer. Utredningen anser det ändå möjligt och motiverat att ange vissa aktiviteter, som tillsammans bör utgöra stommen i företagshälsovårdens arbete, och beskriva deras innehåll och genomförande.

### *Förebyggande av arbetsolycksfall*

Inom den lokala arbetarskyddsverksamheten har under efterkrigsåren utförts ett framgångsrikt arbete på att förebygga olycksfall. Man har därvid i första hand utnyttjat olika former av samarbete mellan skyddsavdelning, skyddskommitté, arbetsledning och arbetstagarna själva. Genom att ingående utreda inträffade olycksfall och tillbud härtill och sammanställa och bearbeta resultaten av sådana utredningar har det varit möjligt att vidta åtgärder för att förhindra liknande skador. Återkommande skyddsronder, där olycksfallsriskerna systematiskt uppmärksammas, är ett annat exempel på sådana insatser liksom åtgärder för att stimulera arbetstagarnas intresse för arbetarskyddsfrågor i förslagsverksamheten. På senare år har den mänskliga faktorn i olycksfallssammanhang uppmärksamats mer och mer. I syfte att göra den enskilde arbetstagaren skyddsmedveten har man anordnat kurser i arbetarskydd och använt sig av andra medel för information och skyddspropaganda. Skyddsfrågorna har vidare ägnats speciell uppmärksamhet vid introduktion av nyanställd personal.

Särskilt goda resultat har uppnåtts på många arbetsplatser med väl utbyggd företagshälsovård. Det är utredningens uppfattning, att ytterligare framsteg kan göras om man kan få till stånd ett konstruktivt samarbete mellan de produktionstekniska funk-

tionerna i företaget och kvalificerad skyddsteknisk expertis inom företagshälsovården. Man kan då bygga in säkerheten i arbetet genom att analysera potentiella risker redan då arbetsuppgifterna planeras och förberedes och förebygga dem genom lämpliga åtgärder.

Olycksfallen är ofta resultat av flera samverkande faktorer i samspelet mellan individ, arbetsprocess och arbetsmiljö. Förutom tekniska orsaker är individens konstitution och hälsotillstånd av betydelse. Skillnaden mellan arbetskrav och arbetskapacitet och andra anpassningsfaktorer kan liksom olika arbetspsykologiska samband ligga bakom uppkomsten av olycksfall. En allmänt sett god arbetsanpassning minskar därför olycksfallsriskerna. Detta betyder att optimala resultat av det olycksfallsförebyggande arbetet kan påräknas först när företagshälsovårdens samlade resurser inkopplas.

Omhändertagandet på arbetsplatsen av de skadade är av stor praktisk betydelse. Oavsett dimensioneringen av de egna vårdinsatserna hör det till företagshälsovårdens uppgifter att organisera en god beredskap mot svårare olycksfall. Snabba och effektiva insatser kan verka livsräddande. Vetskapen bland arbetstagarna att sådan beredskap existerar bidrar också till ökad trygghet i arbetet.

Möjligheten att ge även de mindre skadorna sakkunnig medicinsk behandling på arbetsplatsen är värdefull på många sätt.



Med en lättillgänglig olycksfallsvård får man de skadade till tidig behandling och kan bereda dem regelbunden tillsyn utan nämnavärd arbetstidsförlust. Härigenom förbättras möjligheterna till snabb och komplikationsfri läkning. Det är av stor betydelse, att företagshälsovården genom att själv handlägga skador snabbt och säkert får reda på vad som händer.

#### *Förebyggande av yrkessjukdomar och andra hälsorisker i arbetet*

I fråga om vissa yrkessjukdomar föreskrives i Kungl. Maj:ts kungörelse den 6 maj 1949 läkarundersökning och läkarbesiktning som skall utföras av särskild besiktningsläkare, vartill därför kompetent företagsläkare kan förordnas. Behovet av arbetsmedicinska och framförallt tekniskt arbetshygieniska undersökningar är emellertid långt mera omfattande än kungörelsens tillämpningsområde och växer i takt med förändringarna av den tekniska miljön och den ständiga tillkomsten av nya fysikaliska och kemiska hjälpmedel. Ofta är det nödvändigt att genomföra regelbundna tekniska miljökontroller och att samordna dessa med riktade hälsoundersökningar. Eftersom expositionsförhållandena kan växla inom vida gränser beroende på förändringar av arbetsprocesserna, är det synnerligen värdefullt om sådana miljökontroller handhas av skyddsingenjören, som väl känner arbetsförhållandena och kan utföra undersökningar då dessa är angelägnast och ger de bästa upplysningarna. På motsvarande sätt har företagsläkaren särskilt goda förutsättningar att kontrollera återverkan på arbetstagarna. Det är ofta svårt att avgöra eventuellt samband mellan sjukdomssymtom och exposition. För företagsläkaren är emellertid sådana frågeställningar ständigt aktuella, och han kan i sina kontakter med arbetstagarna göra bedömningar mot bakgrunden av god arbetsplatskänedom.

Negativa effekter på arbetstagarnas hälsa bör i första hand motverkas genom att man söker uppnå säkra och sunda förhållanden redan då arbetet utformas. Ofta är det emel-

lertid svårt att med tillräcklig exakthet förutse skadeverkningar. Detsamma gäller möjligheterna att beräkna effekten av förebyggande initiativ vidtagna i samband med det produktionstekniska planeringsarbetet. Det finns därför alltid behov av fortlöpande miljö- och personkontroller.

Vidare måste man alltid räkna med stora individuella skillnader i resistens mot påverkan av olika miljöfaktorer. Många yrkesrisker har nära samband med individuell disposition och förekomsten av latent sjukdomstillstånd och kan förebyggas endast om hänsyn tas förutom till expositionsförhållandena också till arbetstagarnas fysiska och psykiska status och resistens. Det är med andra ord väsentligt att yrkesrisksfrågorna icke handlägges som ett isolerat problem utan angripes med beaktande av arbetsanpassningsproblematiken i stort.

#### *Ergonomi*

Ergonomins syfte är att anpassa arbetsformer och arbetsmiljö till arbetstagarnas förutsättningar. Tillämpning av ergonomiska principer gör det möjligt att undvika skadliga återverkningar av arbetet på individen, reducera fysiska och psykiska påfrestningar och skapa förutsättningar för ökat välbefinnande i arbetet. Ergonomiska åtgärder kan förhindra uppkomsten av vissa sjukdomstillstånd men framför allt göra arbetet mer lämpligt för arbetstagare med medicinska arbetsbegränsningar och lägre prestationsförmåga. Härigenom breddas basen för rekrytering av arbetskraft. Den bättre anpassning som vinnes genom sådana åtgärder kommer också produktionen till godo i form av minskad personalomsättning och frånvaro. Arbetsfysiologiskt och arbetspsykologiskt mindre goda förhållanden är dessutom ofta ett uttryck för att arbetet är otillfredsställande utformat ur effektivitetssynpunkt. På produktionstekniskt håll kan man ofta konstatera, att åtgärder för att avhjälpa ergonomiska missförhållanden samtidigt gör arbetet tekniskt rationellare och att insatserna därigenom blir lönsamma.

De ergonomiska åtgärderna består av praktiskt tekniska tillämpningar av fysiologiska, psykologiska och medicinska principer. Möjligheter att genomföra sådana åtgärder föreligger framför allt vid nyinstallationer och vid produktionsomläggningar, därför att de ergonomiska aspekterna då kan beaktas på planeringsstadiet. Det är av praktiska och ekonomiska skäl långt svårare att genomföra ergonomiska förändringar under den löpande produktionen.

Det ergonomiska arbetet inom företaget kan givetvis organiseras på olika sätt men kräver alltid ett aktivt engagemang av dem som svarar för arbetets utformning, främst produktionstekniker men även arbetsledning. Företagshälsovården skall som expertfunktion medverka med bedömningar, råd och idéer. Till skyddsingenjörens och företagsläkarens uppgifter hör att som specialister delta i arbetsgrupper som handlägger planeringar av nya projekt och förändringar liksom att medverka i företagsintern utbildning i ergonomi för produktionstekniker, arbetsledare och skyddsombud. Vidare skall främst skyddsingenjören men även företagsläkaren följa upp de ergonomiska förhållandena ute i produktionen. Det är därvid väsentligt att beakta att punktuella ergonomiska initiativ ofta kan tjäna ett rehabiliterande syfte och ge adekvata lösningar på enskilda anpassningsproblem.

Ergonomin har på senare år fått en allt större betydelse i olika arbetssammanhang och behovet att lägga ergonomiska aspekter på arbetsutformningen ökar snabbt genom tillkomsten av nya arbetsmetoder. Framför allt i serieproduktionen med dess ofta mycket korta arbetscykler kan även små förändringar av ett arbetsmoment få mycket betydelsefulla konsekvenser för arbetsanpassningen. Behovet av ergonomiska insatser är dock ingalunda begränsat till industriellt arbete. Det blir med den stigande mekaniseringsgraden allt angelägnare också inom jordbruk, skogsbruk, sjukvård och kontor. Bland annat dessa förhållanden gör det önskvärt att också dessa grenar av arbetslivet förfogar över företagshälsovård med

såväl teknisk som medicinsk expertis. Även om olika kategorier av tekniker i framtiden får en bättre utbildning i ergonomi, kommer det enligt utredningens uppfattning alltid att krävas ett omfattande samarbete i dessa frågor mellan representanter för produktionsteknik och företagshälsovård.

### *Teknisk arbetshygien*

Förändringarna av den tekniska arbetsmiljön har kommit den tekniska arbetshygien att framstå som en särskilt betydelsefull del av företagshälsovården. Dit räknas övervakning, mätning och kontroll av olika fysikaliska och kemiska miljöfaktorer såsom damm, rök, gaser, lösningsmedel, hudirriterande och allergiframkallande ämnen, buller, värme, radioaktiv strålning etc. Som redan framhållits är sådana åtgärder i många fall nödvändiga för att kontrollera och avvärja yrkesrisker. Utformningen av den tekniska miljön påverkar också komfort och trivsel och får därigenom betydelse för arbetstillfredsställelsen och arbetseffektiviteten.

En betydande del av det tekniskt hygieniska arbetet består av mätningar av olika expositionsförhållanden i produktionen. Moderna mättekniska hjälpmedel gör det ofta möjligt att utföra sådana mätningar med relativt stor exakthet. Genom att jämföra de erhållna värdena med hygieniska riktvärden erhålles en god allmän uppfattning om förekomsten av eventuella yrkesrisker. Bedömningar bör dock alltid ske utifrån den exponerade arbetstagarens förutsättningar och samordnas med medicinsk bedömning av denne. Lämpligheten för olika uppgifter varierar nämligen inom relativt vida gränser och är beroende av sådana faktorer som ålder, individuell känslighet, allmänt hälsotillstånd och konditionsnivå.

Behovet av tekniskt arbetshygieniska insatser växlar från arbetsplats till arbetsplats beroende på produktions art men kräver i allt fler industriella sammanhang betydande resurser. Många hithörande undersökningsrutiner kan genomföras utan stora kostnader och med mindre komplicerade meto-

der, men värderingen av resultaten kräver alltid omfattande kunskaper och erfarenhet. Huvudparten av det praktiska genomförandet måste åligga skyddsingenjören, som också måste samordna och sammanhålla arbetet i nära kontakt med företagsläkaren och produktionen.

Det är givetvis angeläget, att de till den tekniska arbetshygienens hörande frågorna aktualiseras vid planeringen av arbetslokaler och arbetsprocesser. Genom att redan på detta stadium medverka till att åstadkomma riskfria och i övrigt goda förhållanden kan man reducera behovet av övervakning och kontroll i produktionen. Hela det komplex som gäller arbetsmiljöns och arbetsformernas anpassning till arbetstagaren måste därför byggas upp på ett systematiskt och konstruktivt samarbete mellan företagshälsovården och de organ som på arbetsplatsen svarar för arbetsformerna.

#### *Bedömning av arbetskrav (arbetsanalyser)*

Företagsläkarens medverkan i arbetsplaceringen förutsätter kännedom om de fysiska och psykiska krav som olika inom företaget förekommande arbetsuppgifter ställer på arbetstagarna. På stora arbetsplatser med skiftande arbetsuppgifter genomföres ofta systematiska arbetsanalyser med hänsyn till olika arbetskravsfaktorer, såsom arbetstyngd, arbetsställningar, lyftmoment, syn- och hörselkrav, olika miljöfaktorer, skiftförläggning etc. Sådana analyser, som vanligen genomföres av företagshälsovården i samarbete med arbetsledning och produktionstekniker, kan med fördel anknytas till system för metod- och arbetsstudier samt arbetsvärdering tillämpade vid företaget. Härigenom underlättas det praktiska genomförandet och de revideringar, som måste ske vid ändrade arbetsförhållanden, förenklas. Det är en fördel om arbetsanalyserna kan utformas så, att de tillåter en direkt jämförelse med den medicinska bedömningen av arbetstagarens förutsättningar. De kommer då att utgöra ett värdefullt hjälpmedel vid placeringen av nyanställda och vid omplacering av personal

med medicinska arbetshinder. Genom att arbeten med särskilt höga fysiska och psykiska krav kartlägges, kan arbetsanalysen också ge anvisning om var i produktionen ergonomiska åtgärder är särskilt angelägna.

#### *Anställningsundersökning och placering i arbetet*

Den medicinska anställningsundersökningen utföres under företagsläkarens ledning och ansvar. I det praktiska genomförandet utnyttjar han med fördel företagssköterskan för intervju och vissa medicinska undersökningar, medan han själv bedömer undersökningresultatet och gör nödvändiga ställningstaganden.

I allmänhet genomföres anställningsundersökningen på uppdrag av företagets personalavdelning. Läkaren skall ta ställning till lämpliga placeringsalternativ för den sökande. Om undersökningen sker före anställning och på så sätt ingår som ett led i företagets anställningsförfarande, är det vanligt att läkaren anmodas att också tillstyrka eller avstyrka anställning. Det är angeläget att anställningsundersökningen i första rummet utformas som en placeringsundersökning. Läkaren bör avstyrka anställning endast om sökanden enligt hans bedömning över huvud taget icke är arbetsför, om hans anställning skulle medföra hälsofara för honom själv eller andra arbetstagare eller om hans arbetsförutsättningar saknar motsvarighet i inom företaget förekommande arbetsuppgifter. I andra fall bör läkaren begränsa sig till utlåtande som kan tjäna som vägledning vid placering i olika arbetsuppgifter.

Det förhållandet att läkaren utför anställningsundersökningen på uppdrag av företaget bör icke hindra honom att samtidigt vara rådgivare åt de arbetssökande. Dessa bör kunna erhålla information i första hand om undersökningsfynden och deras medicinska innebörd men också om hur eventuella hälsorubbningar beräknas återverka på förmågan att utföra olika arbeten. Likaledes bör arbetssökande som så önskar, beredas tillfälle rådgöra med läkaren om tilltänkta

arbetens hälsomässiga krav och därigenom ges bättre möjligheter att pröva sin egen inställning till erbjudna arbeten. Endast om undersökningen genomföres under ömsesidigt förtroende kan den tjäna sitt syfte, nämligen att bidra till bästa möjliga anpassning i tilldelat arbete.

Det är oundgängligen nödvändigt att läkaren i sitt utlåtande till företaget iakttar den tystnadsplikt som gäller för all medicinalpersonal. Detta medför i regel inga svårigheter, om utlåtandet begränsas till uppgifter om lämplig arbetsplacering. Om det under mycket speciella förhållanden är angeläget, att någon eller några personer inom företaget närmare informeras om den undersöktes eventuella sjukdomssymtom eller andra personliga förhållanden, måste denna tillstånd först inhämtas.

Läkaren baserar sin bedömning av arbetsförmåga och arbetsförutsättningar i övrigt på resultatet av den medicinska undersökningen och på uppgifter som den undersökte själv lämnar om hälsa, anpassning i tidigare arbete och inställning till det tilltänkta arbetet. Jämfört med arbetsanalysen är en sådan kapacitetsbedömning svårare att genomföra med exakthet och blir betydligt subjektivare. Den ställer därför stora krav på läkarens kunskap om och erfarenhet av medicinska arbetsförutsättningar och kräver ingående kännedom om arbetsförhållandena. Det är brukligt att utlåtande om arbetskapacitet och arbetsplacering följer den anställde från personalavdelningen ut till arbetsledningen och det måste därför utformas på ett språk som tillåter entydig tolkning och kan förstås av de funktionärer som skall betjäna sig härav. Samtidigt är det angeläget att läkaren i sin bedömning icke gör mera definitiva ställningstaganden än kontakterna vid undersökningstillfället ger underlag för. I tveksamma fall står möjligheterna öppna att ompröva bedömningen i samband med en senare kontakt med den nyanställda.

Det är vanligt att undersökning före anställningen kompletteras med uppföljning av företagsläkaren eller företagssköterskan, sedan den anställde varit i arbete någon tid.

Härigenom ges tillfälle till en första bedömning av arbetsanpassningen, vilken är värdefull också med hänsyn till att den första perioden i en anställning kan vara ur anpassningssynpunkt kritisk.

### *Hälsokontroller*

Företagshälsovårdens hälsokontroller har delvis ett annat syfte än motsvarande undersökningar i samhällelig regi och av särskilda institut verkställda hälsokontroller. De är närmast att betrakta som ett hjälpmedel för att följa de anställdas hälsa och arbetssituation och ingår därför som ett led i den företagshälsovårdande verksamheten i stort.

I viss mån en särställning intar dock de *riktade hälsokontrollerna*, där man med utnyttjande av speciell undersökningsmetodik söker svar på en eller flera preciserade diagnostiska frågor. Företagshälsovården utnyttjar riktade hälsokontroller vid uppföljning av olika yrkesrisker t. ex. hörselundersökningar för kontroll av bullerskaderisker, lungundersökningar vid silikofara, blod- och urinbestämningar för att spåra blyförgiftning. Riktade hälsokontroller användes också för bedömning av isolerade kapacitetsfaktorer. Sålunda utföres synundersökningar på arbetstagare med särskilt synkrävande arbete och den fysiska arbetskapaciteten kan för arbetstagare med tunga arbeten kontrolleras med hjälp av exempelvis cykelergometri. Vissa riktade hälsokontroller t. ex. skärmbildsundersökningar avser att diagnostisera eller utesluta välvägränsade sjukdomstillstånd. Dylika undersökningar, som ju också utföres i samhällets regi som massundersökningar, kan ofta genom att de förlägges till arbetsplatsen och organiseras under medverkan av företagshälsovården utföras smidigt och med förhållandevis låga kostnader.

De *individuella hälsokontrollerna* syftar till en bredare inventering av arbetstagarnas hälsomässiga och anpassningsmässiga situation. De ger vissa möjligheter att påvisa tidigare icke kända eller beaktade sjukdomar men också att vid varje form av hälso-

rubning pröva behovet av utredning, fortsatt kontroll och behandling. Smärre sjukdomstillstånd, som eljest icke skulle ha fört arbetstagaren till läkare, kan behandlas i anslutning till hälsokontrollen, varigenom en ogynnsam utveckling och återverkan på arbetsförmågan förebygges. Samtidigt kan arbetstagaren delges individuellt anpassad hälsoinformation och förebyggande åtgärder såsom vaccinationer och tilldelning av lämplig personlig skyddsutrustning vidtas.

Ett väsentligt syfte med de individuella hälsokontrollerna är att pröva anpassningssituationen både vid undersökningstillfället och på något längre sikt. Tecken på anpassningsstörningar bör leda till analys av orsakssammanhang, och prövning bör ske beträffande behov av och möjligheter till alternativa korrigerande och kompenserande åtgärder. Värdefull är också möjligheten att genom själva kontakten hjälpa och stödja de arbetstagare som har arbetssvårigheter eller andra anpassningsproblem.

Det är angeläget att hälsoundersökningarna individualiseras med hänsyn till omfattning och uppläggning och främst erbjuds de arbetstagare som är i särskilt behov härav. En ändamålsenlig planering av företagshälsovårdens hälsokontroller innebär att dessa utnyttjas som ett komplement till andra informationer om hälsa och arbetsituation. Omfattningen av den hälsokontrollerande verksamheten måste göras beroende av olika förhållanden på arbetsplatsen, såsom förekomsten av yrkesrisker, åldersfördelning och personalsammansättningen i övrigt, tillgång till sjukvård på och utanför arbetsplatsen samt givetvis företagshälsovårdens samlade resurser och anspråken på dessa från andra aktiviteter. Erfarenheter från olika arbetsplatser visar att företagssköterskan, om hon har lämplig utbildning och ledning i sitt arbete, i väsentlig utsträckning kan medverka i hälsokontrollernas genomförande.

### *Sjukvård*

I företagshälsovården på svenska arbetsplatser ingår sjukvården som en betydande del.

Av en av Svenska industriläkarföreningen 1966 gjord enkät framgår, att 89 % av de tillfrågade företagsläkarna anser sig utöva sjukvård på arbetsplatsen i större utsträckning än vad som avses i ILO-rekommendationen. Omkring 45 % uppger sig handha största delen av all ambulans sjukvård bland de anställda, och 39 % av dem motar även anhöriga för sjukvård på arbetsplatsen. Proportionen mellan hälsovård och sjukvård är dock olika från arbetsplats till arbetsplats. Ofta är sjukvården så dominerande, att den förebyggande verksamheten närmast ter sig som ett supplement, och det finns fortfarande företagshälsovård som är uteslutande kurativt inriktad. En vanligt förekommande fördelning är 50 % sjukvård och 50 % hälsovård, dvs. en fördelning som enligt gällande bestämmelser är en förutsättning för maximal återbäring från försäkringskassorna.

Även formen för samordning mellan förebyggande och kurativ verksamhet växlar. I vissa fall inskränker sig samordningen till att hälso- och sjukvård bedrivs i samma lokaler och av samma personal, i andra fall förekommer en långt gående integration, där sjukvården utnyttjas i hälsovårdens syften och vice versa. Det senare finner man ofta vid stora arbetsplatser med väl utbyggd företagshälsovård och med mer än en heltidsanställd läkare. I de fall arbetsplatser utan egen företagshälsovård etablerat läkarkontakter, innefattar dessa ofta kurativ verksamhet, vilket antyder ett behov att kanalisera och systematisera de anställdas sjukvård.

Att sjukvården – i kontrast till förhållandena i de flesta andra länder – fått ett så brett utrymme vid svenska företag, har flera orsaker. I första hand kan det tillskrivas utveckling och tradition. Redan långt före andra världskriget tillhandahöll arbetsgivarerna på många arbetsplatser – särskilt vid bruken – fri sjukvård för de anställda och deras familjer. Senare har man modifierat verksamheten och sökt anpassa den till modern industriell utveckling genom att i den innefatta även förebyggande åtgärder. Samtidigt har som följd av den medicinska

och socialpolitiska utvecklingen en betydande del av den sjukvårdande verksamheten återförts till den allmänna hälso- och sjukvården. Med hänsyn till bl. a. samhällets begränsade läkarresurser inom den öppna sjukvården har emellertid vissa företag, framför allt de större, påtagit sig att jämsides med den tekniskt och medicinskt förebyggande verksamheten bestrida även sjukvårdande uppgifter. Även om företagens sjukvårdsengagemang reducerats, synes man i allmänhet ej vilja helt avstå från kurativ verksamhet, vilket kan tolkas så, att såväl arbetsgivare som arbetstagare funnit kombinationen ändamålsenlig.

Företagsläkarens uppgifter i fråga om sjukvården överensstämmer närmast med allmänläkarens inom samhällets sjukvårdsorganisation. Han får liksom tjänsteläkaren och den privatpraktiserande allmänläkaren (»familjeläkaren») ofta samordna den enskilda individens hälsovård och sjukvård och förmedla kontakter med specialister för utredning och behandling. Vid sin bedömning har han också att ta hänsyn till patientens sociala och arbetsmässiga förhållanden och kommer därigenom ofta att fungera som dennes ombud i relationerna till det allmännas totala vårdresurser. På detta sätt avlastar företagshälsovården i viss mån trycket på samhällets resurser för sjukvård.

#### Motiv för företagshälsovårdens sjukvårdsdel

En till företagshälsovården ansluten sjukvårdsdel kan utnyttjas med ringa förlust av arbetstid och ofta utan dröjsmål. Den kan också erbjuda möjligheter till konsultation på tidigt stadium av akut sjukdom liksom vid mindre alarmerande sjukdomssymtom. Detta kan bl. a. minska risken för komplikationer och förkorta eventuell sjukskrivningstid. Av betydelse är vidare möjligheten att snabbt kunna bli omhändertagen vid skador och plötsliga insjuknanden i arbetet. Tillgång till rådfrågning på arbetsplatsen kan också begränsa arbetstagarens efterfrågan på sjukvård under annan tid än

normal mottagningstid och således nedbringa antalet jourfall.

I den mån företagssköterskor finns tillgängliga, kan dessa bistå med enklare konsultationer och i viss utsträckning sortera de fall, som skall gå till läkarkonsultation. Detta förutsätter dock att dessa sjuksköterskor ständigt har möjlighet att konsultera viss läkare.

*Möjligheter till kontinuitet och uppföljning.* Genom företagsläkarens kontakt med arbetstagarna, bl. a. vid hälsoundersökningar och deltagande i skyddskommittéernas arbete, får han kunskaper om deras allmänna hälsotillstånd och arbetsförhållanden och därigenom underlag för korrekta värderingar av aktuella sjukdomssymtom liksom goda möjligheter till observation och uppföljning vid oklara sjukdomssymtom. Härigenom begränsas, speciellt i vissa socialmedicinska hänseenden, behovet av mera omfattande utredningar. När å andra sidan medicinska utredningar är påkallade, kan företagsläkaren ofta väl teckna sin patients bakgrund såväl medicinskt som arbetsmässigt och även precisera för utredning och bedömning aktuella frågor samt remittera patienten till rätt undersökningsinstans.

Även om utredningen och den aktiva fasen av behandlingen utföres av annan läkare, är det ofta ändamålsenligt att efterbehandlingen övertas av företagshälsovården. Härigenom kan man kombinera medicinska åtgärder med återinplacering i aktivt arbete.

*Bedömning av relationerna mellan sjukdom och arbetsförmåga och möjligheten att reducera sjukfrånvaron.* Det har under en lång följd av år på flera områden inom näringslivet rått brist på kvalificerad arbetskraft. Hög bortavaro från arbetet försvårar ett rationellt utnyttjande av personalresurserna, sänker effektiviteten, ökar riskerna för kvalitativa brister i produktionen och drar stora kostnader. Vid frekvent korttidsfrånvaro är det oftast svårt att ordna ersättare. Särskilt besvärligt är detta vid serieproduktion, som fordrar hundraprocentig

bemanning på vart produktionsled. Alla åtgärder, som bidrar till sänkt frånvaro, är därför produktionsbefrämjande.

Företagsläkarens kunskaper om arbetsförhållandena inom ett företag och hans möjlighet att följa förhållandena på varje individuell arbetsplats, gör det möjligt för honom att bedöma ett eventuellt orsakssammanhang mellan sjukdomssymtom och sjukdomsframkallande faktorer i arbetet. Hälsorisker och fysiologiskt olämpliga belastningar i arbetet uppenbaras ofta vid läkarkonsultationer. På liknande sätt ger behandlingen av arbetsolycksfallen upplysningar om olycksfallsriskerna, vilka systematiskt kan utnyttjas i skyddsarbetet. Den kvalificerade företagshälsovården innebär en kontinuerlig kontroll av arbetstagarens hälsotillstånd, arbetsförmåga och arbetsanpassning. Sjukvården utgör ett värdefullt komplement till de rutinmässiga kontakterna vid hälsoundersökningar.

Företagshälsovårdens möjligheter att reducera sjukfrånvaron ligger framför allt i sjukdomsförebyggande åtgärder samt i initiativ, som främjar arbetsanpassningen. Genom systematisk och kontinuerlig kontroll av de anställdas hälsotillstånd bör en successiv anpassning kunna ske mellan de krav produktionen ställer och den kapacitet individen kan prestera även vid sjukdom. Företagsläkaren kan med hjälp av sina kunskaper om arbetsförhållandena medverka till tillfälliga omplaceringar i lättare och lugnare arbetsförhållanden som alternativ till sjukskrivning. Han kan också underlätta en snabbare återgång till arbetet efter sjukskrivning.

*Sjukvård och rehabilitering.* Den företagsinterna sjukvården har också betydelse för rehabiliteringen. Även om många rehabiliteringsfall är av den art att de påkallar medicinsk specialvård, kan företagsläkarens aktiva medverkan i behandlingen innebära att rehabiliteringsåtgärder i form av arbets träning och planering för återgång i arbete kan sättas in tidigare än eljest skulle vara möjligt. Sjukvård på arbetsplatsen ökar möjligheten att dit förlägga den viktiga efter-

vården och samordna den med rehabiliterande åtgärder.

*Integration av förebyggande verksamhet och sjukvård.* Vid hälsoundersökningar påvisas eller aktualiseras ofta sjukdomssymtom som påkallar enklare medicinska åtgärder. De kan ofta genomföras i omedelbar anslutning till hälsoundersökningen eller i varje fall utan ett mer eller mindre omständligt och tidsödande remissförfarande till annan läkare. Hälsovården griper här över på sjukvården på samma sätt som sjukvården utnyttjas för hälsovårdande syften. Över huvud taget är gränserna mellan hälsovård och sjukvård så flytande, att en strikt uppdelning dem emellan ej alltid kan ske.

### Sjukvårdens omfattning

Vad som ovan anförts belyser de faktiska förhållandena inom många svenska företag. Det kan synas anmärkningsvärt att det i ILO-rekommendationen med vissa begränsande undantag tas avstånd från sjukvård på arbetsplatserna. Det skall dock beaktas, att ILO har att ta hänsyn till de mycket skiftande förhållanden som råder inom hälso- och sjukvården i de skilda medlemsstaterna. Det främsta skälet till ILO-rekommendationens ståndpunkt beträffande sjukvården torde vara en strävan att vid begränsade resurser så långt som möjligt reservera insatserna för den förebyggande verksamheten. Det kan också förmodas vara lättare att på arbetsplatserna introducera ett medicinskt program som icke allt för mycket griper in i de speciella organisatoriska, försäkringsmässiga och fackliga förhållanden som råder i olika länder.

I vårt land är utgångsläget härvidlag ett annat än i de flesta andra länder. Vi har av tradition en arbetsplatsanknuten sjukvård, till vilken såväl arbetsgivar- som arbetstagarorganisationerna är positivt inställda. Härtill kan fogas att majoriteten (82 %) av de företagsläkare som omfattades av industriläkarföreningens förutnämnda enkät, bedömer den sjukvårdande delen av sin verksamhet som angelägen. Det bör emellertid

anmärkas att sjukvården på många arbetsplatser blivit så omfattande att den inkräktat på tid och kapacitet avsedda för förebyggande verksamhet. Av den ovan omnämnda enkäten framgår att 38 % av de tillfrågade företagsläkarna anser att så är fallet.

Förklaringen här till kan vara brist på läkarvårdsresurser utanför arbetsplatsen. 18 % av företagsläkarna uppger att otillräckliga sjukvårdsresurser på orten i hög grad tvingat dem till mer sjukvård inom företaget än som är önskvärt. 37 % av de tillfrågade anser att i viss mån så är fallet.

### Sjukvårdens utformning

De fördelar i många avseenden som står att vinna genom att samordna viss sjukvård med företagshälsovården förutsätter, att man ägnar ingående uppmärksamhet åt sjukvårdsdelens utformning och omfattning. Det bör beaktas att arbetsplatsernas sjukvård skall komplettera och inte ersätta samhällets. Den sjukvård, som genom sin anknytning till den förebyggande verksamheten innebär en effektivisering av denna och som genom sina speciella förutsättningar kommer arbetstagare, företag och samhälle till godo, bör främjas och därför inordnas i ett medicinskt arbetsplatsprogram.

Vad som ovan anförts angående företagshälsovårdens sjukvårdsdel innebär att flexibla lösningar bör eftersträvas. Sjukvårdens utformning och omfattning bör på bästa möjliga sätt anpassas såväl till behovet på arbetsplatsen och den organisationsform för företagshälsovård man där tillämpar som till den lokala samhälleliga sjukvårdens utformning och resurser. I allmänhet torde det vara väl motiverat att inom ramen för företagshälsovården utöva följande former av sjukvård.

1. Första hjälpen vid olycksfall och akuta insjuknanden, behandling av bagatellåkommor samt viss katastrofberedskap.
2. Behandling av skador och sjukdomar med nära relation till arbetet, om icke sjukhus- eller specialistvård är påkallad.
3. Eftervård åt patienter, som efter sjuk-

skrivning kunnat återgå i arbete.

4. Sjukvård, som kan anknytas till hälsoundersökningar.

### Företagens sjukvård och det fria läkarvalet

Det förhållandet att företagen genom sin företagshälsovårdsorganisation tillhandahåller sjukvårdsmöjligheter för sina anställda innebär i princip ingen inskränkning i det fria läkarvalet. Detta kommer också till uttryck i SAF:s och LO:s riktlinjer för företagshälsovård, vari beträffande sjukvården bl. a. sägs att denna skall bedrivas med beaktande av principerna om fritt läkarval. Många företag tillhandahåller sjukvård utan kostnad för de anställda. Att dessa förmåner då ofta begränsas till utnyttjande av företagets egna sjukvårdsresurser på samma sätt som man ger service inom den sociala sektorn, t. ex. genom socialkurator, är naturligt och bör inte betraktas som ett intrång i individens fria läkarval.

Det har ifrågasatts om företagsläkarens ställning i företaget och hans beroendeförhållande till detta skulle kunna äventyra den anda av förtroende, som bör utmärka relationen läkare-patient. Detta är en väsentlig fråga, som berör icke blott sjukvårdsdelen utan i viss mån även aktiviteter på det förebyggande området. Enligt ILO-rekommendationen bör läkare inom företagshälsovården »i yrkesmässigt och moraliskt hänseende intaga en helt oberoende ställning i förhållande till såväl arbetsgivare som arbetstagare». Hittillsvarande erfarenhet av företagshälsovård tyder på att den omständigheten, att företagsläkaren är avlönad av företaget, icke ställer honom i en annan situation än andra läkare såsom patientens förtrogne. Företagsläkarna har i hög grad kunnat påräkna de anställdas förtroende och har i stor utsträckning anlitats av de anställda också i sjukvården. Detta torde bl. a. bero på att arbetstagarna insett det värde företagsläkarens verksamhet har för dem själva. Kontakter i fråga om sjukvård mellan företagsläkare och anställda ger båda parter tillfälle att lära känna varandra på



ett sätt, som kan bidra till ett gott samförstånd även i hälsovårdsfrågor.

#### Samverkan med samhällets sjukvård

Som redan framhållits ger företagshälsovårdens uppbyggnad och arbetsformer goda förutsättningar för ett samarbete med samhällets slutna sjukvård och övrig specialistvård. Företagsläkarens kännedom om arbetstagarna ger honom möjlighet att hänvisa patienten till lämplig specialist, lämna denne fakta till grund för utredning och bedömning och samarbeta med honom beträffande effektivare behandling, efterkontroll och återinpassning i arbete. Han underlättar därigenom den sjukvårdande specialistens arbete. Genom samråd med denne kan han själv få informationer om arbetstagarna och därigenom på ett värdefullt sätt komplettera sin egen bild av dessa.

Av särskild betydelse för utredningar om och bedömningar av samband mellan sjukdomssymtom och sjukdomsalstrande faktorer i arbetsmiljön torde samverkan med de yrkesmedicinska sjukhusenheterna vara. Detsamma torde gälla samverkan med sjukhusens rehabiliteringsavdelningar.

En del stora företag med egen företagshälsovård har engagerat utomstående specialister för konsultverksamhet. Oftast har dessa konsultationer skett på specialistens egen mottagning. I några fall har dock konsulterna utövat sin verksamhet på arbetsplatsen, vilket är ändamålsenligt när hälso problemen har nära anknytning till arbetsförhållandena. Sålunda har exempelvis en psykiatrisk konsult på arbetsplatsen speciella möjligheter att lära känna förhållandena inom företaget inklusive den psykologiska arbetsmiljön och nå personlig kontakt förutom med den anställde och företagsläkaren också med arbetsledningen och personalavdelningen.

Det förekommer att en arbetstagare själv, utan att dessförinnan ha haft kontakt med företagshälsovården, söker annan läkare. Det är då angeläget, att denne utnyttjar de möjligheter, som skapats genom förekomsten av företagshälsovård på vederbörandes arbetsplats. De komplicerade förhållandena

i modernt arbetsliv gör det svårt för en läkare utan kännedom om arbetsmiljön att ta ställning till frågor om samband mellan sjukdom och arbete, optimal sjukskrivningstid, graden av arbetsförmåga samt behov av och möjlighet att vidta rehabiliterande åtgärder i anslutning till behandlingen. Symtom som gör att arbetstagaren vänder sig till läkaren kan många gånger vara uttryck för brister i arbetsanpassning, vilka ofta icke är uppenbara för läkaren och ibland ej heller för arbetstagaren själv. Om sådana samband förbises i handläggningen av fallet och motiverade åtgärder i arbetet därigenom icke kommer till stånd, blir behandlingsresultatet oftast otillfredsställande.

Behovet av att vid behandling av olika sjukdomstillstånd anlägga också arbetsmässiga aspekter bör kunna tillgodoses genom samarbete mellan vederbörande läkare utanför arbetsplatsen och företagsläkaren. Den senares speciella insikter om arbetstagaren och hans arbetsrelationer måste ställas också till extern-läkarens disposition. Det bör vara naturligt, att denne läkare söker kontakt och samarbete med företagsläkaren, om man därigenom vinner en bättre belysning av fallet och möjlighet att snabbare återställa full hälsa och underlätta återinpassning i arbetet. Initiativ till sådana kontakter bör givetvis också kunna tas av företagsläkaren. Även arbetstagaren själv bör under pågående behandling kunna söka kontakt med företagshälsovården för att diskutera sin aktuella arbetssituation.

Förslaget att en viss sjukvårdsdel skall knytas till företagshälsovården kräver vissa särskilda överväganden. Med hänsyn till nu rådande brist på såväl läkare som övrig arbetskraft inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att den samhälleliga hälso- och sjukvårdens basorganisation erhåller erforderliga resurser. En väl utbyggd företagshälsovård utgör en komplettering och effektivisering av denna basorganisation, och resurser bör därför ställas till förfogande även för den förstnämnda. Eftersom slutmålet bör vara att varje invånare jämsides med sjukvård skall erhålla den förebyggande vård som motiveras av hans levnadsmil-

jö vare sig denna bestäms av arbetsplats, skola eller hem är det vid en utbyggnad av den förebyggande medicinen i landet viktigt att även satsa på företagshälsovård.

Genom en organisation, där företagshälsovårdens sjukvårdande del koordineras med samhällets sjukvårdsorganisation, blir det naturligt, att de inom företagshälsovården engagerade läkarna deltar i hälso- och sjukvårdens totala jour- och beredskapsarbete.

### *Rehabilitering*

Det synes berättigat att i begreppet rehabilitering innesluta alla åtgärder som syftar till att restaurera en förlorad arbetsanpassning. Med en sådan tolkning kan man konstatera, att flera av företagshälsovårdens aktiviteter inrymmer rehabiliterande syften. Med ergonomiska åtgärder undanröjes ofta arbetssvårigheter för personal med medicinska arbetshinder, och företagshälsovårdens medverkan i arbetsplaceringen syftar främst till att kompensera hälsomässiga arbetsbegränsningar. Vid de återkommande hälsoundersökningarna prövas arbetstagarnas anpassningssituation och smärre störningar kan lösas, innan arbetssvårigheter inträtt.

Det är utredningens uppfattning, att denna konsekventa inriktning på anpassningsfrågor med möjlighet till mycket tidiga åtgärder verksamt reducerar antalet fall, som blir i behov av kvalificerade rehabiliteringsåtgärder, och att en utveckling av företagshälsovården redan av detta skäl bör ses som ett viktigt led i samhällets samlade insatser för rehabilitering.

Det finns anledning att också lägga arbetsmarknadspolitiska aspekter på företagshälsovårdens medverkan i rehabiliteringssammanhang. Utvecklingen på arbetsmarknaden präglas i hög grad av strukturomvandlingar. Krympande personalbehov inom vissa näringsgrenar liksom nedläggningar och omgrupperingar av industrier får ofta allvarliga konsekvenser för stora grupper av arbetstagare. Många friställda måste övergå till helt nya former av yrkesverksamhet. För

att erhålla lämpligt arbete måste de ofta byta bostadsort. Särskilt för de betingat arbetsföra innebär sådana omställningar svåra problem. Deras arbetshinder begränsar valmöjligheterna och i konkurrensen om lämpliga arbetstillfällen har de ofta svårigheter att hävda sig gentemot andra arbetstagare. Följden kan bli långa perioder av arbetslöshet eller sjukskrivning, där inaktivitet och psykiska påfrestningar tenderar att ytterligare reducera deras arbetskapacitet.

Antalet rehabiliteringsfall kan därigenom snabbt öka i vissa konjunkturlägen. Det är väsentligt att beakta, att det inom den totala arbetskraften rymmes ett stort antal potentiella rehabiliteringsfall. Under gynnsamma betingelser kan dessa som ovan framhållits trots avsevärda medicinska handikapp ofta göra goda arbetsinsatser. Vid friställning uppträder svårigheter att bereda dem sysselsättning under optimala betingelser. Sådana omställningsproblem skulle kunna lösas lättare genom ett ordnat samarbete mellan arbetsvården och företagshälsovården såväl vid de friställdas tidigare arbetsplats som vid de företag, där de kan beredas ny sysselsättning. Man bör med andra ord eftersträva kontinuerliga rehabiliteringsinsatser för alla arbetstagare med arbetsbegränsningar och undvika avbrott i rehabiliteringsprocessen vid sysselsättningsbyte. Samhällets åtgärder i form av omskolning etc. skulle härigenom mer än hittills kunna grundas på reell bedömning av individens arbetsförutsättningar och inriktas på konkretare mål i kommande sysselsättning.

Inom ramen för sina lokala resurser bör företagshälsovården utöva rehabiliteringsverksamhet i följande sammanhang:

vidta rehabiliteringsåtgärder i anslutning till sjukvård;

medverka till lösning av komplicerade placeringsfrågor;

medverka till företagsintern arbetsträning och enklare omskolning;

medverka till skyddade arbetsförhållanden för arbetstagare, som på grund av avsevärda medicinska handikapp icke kan placeras i den ordinarie produktionen, samt

förmedla kontakter och samarbeta med samhällets rehabiliteringsorgan, dels när företagets anställda är i behov av externa rehabiliteringsåtgärder, dels när via dessa organ arbetstagare, som är i behov av fortsatt rehabilitering, anställs i företaget.

### Rehabilitering i anslutning till sjukvård

Det är en allmänt accepterad uppfattning att tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder är effektivast. Centrala rehabiliteringsberedningen (CRB) konstaterar i sin promemoria med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen (SOU 1964: 50, sid. 56), att man måste eftersträva en sådan inriktning av olika former av sjukvård att rehabiliteringssynpunkterna beaktas på ett mycket tidigt stadium. Redan när en patient får kontakt med sjukvården, bör sålunda den behandlande läkaren såvitt möjligt söka bilda sig en uppfattning om patientens hela situation och även sörja för att eventuell rehabiliteringsbehov blir tillgodosett. CRB påpekar också att bl. a. företagsläkarna här har en viktig uppgift.

Företagsläkaren kan med fog sägas ha särskilt goda möjligheter att kombinera sjukvård och rehabilitering. Han har som regel en välgrundad insikt i arbetstagarens allmänna hälsotillstånd, medicinska arbetsförmåga och arbetssituation och känner ofta hans sociala förhållanden. Detta ger honom särskilda förutsättningar att bedöma behov av rehabiliteringsåtgärder vid inträffad sjukdom. Där omplacering eller andra initiativ är påkallade kan han utnyttja sin arbetsplatskunskap och sina kontakter med arbetsledningen och personalfunktionen i företaget. I de fall arbetstagaren behandlas av läkare utanför företaget är det möjligt att nå samma fördelar genom konstruktiv samverkan mellan denne och företagsläkaren.

### Rehabilitering av företagens egen personal med kroniska arbetshinder

Enligt flera inventeringar som utförts för att fastställa arbetstagares medicinska ar-

betsbegränsningar på olika arbetsplatser uppgår antalet betingat arbetsföra till mellan 25 och 50 % av den totala arbetsstyrkan. Flertalet sådana medicinska begränsningar är av mindre avancerad art och kan utan alltför stora svårigheter lösas genom individuell arbetsplacering i den vanliga produktionen, varvid med företagshälsovårdens medverkan utförda bedömningar av arbetskrav och arbetsförmåga är av stort värde.

För de arbetstagare som har avancerade arbetshinder, t. ex. fysiska och psykiska handikapp kombinerade med hög ålder, kräves däremot mer omfattande åtgärder. Svårigheter att finna tillfredsställande lösningar sammanhänger med det moderna arbetslivets ofta komplicerade arbetsförhållanden. Särskilt inom industrin har mekanisering och rationalisering medfört högre och mer specifika arbetskrav, och de ofta återkommande förändringarna av arbetet ställer stora anspråk på anpassbarhet. Självständiga arbetsuppgifter lämpade för de medicinskt arbetshindrade blir färre, och placering av betingat arbetsföra i sådana arbeten leder till återkommande placeringsproblem allt efter som rationaliseringen fortskrider.

I varje rehabiliteringssituation är det företagshälsovårdens primära uppgift att klarlägga orsakssammanhangen, anpassningssvårigheternas natur och förutsättningarna att häva dessa. Det är därvid väsentligt att beakta, att individens arbetsförmåga eller sänkta anpassningsnivå icke står i relation enbart till honom själv och hans medicinska status utan också till arbetsförhållandena. I handläggning av rehabiliteringsfall bör därför medicinska aspekter och åtgärder redan från början samordnas med arbetsinriktade. Så snart den medicinska bakgrunden klarlagts är det angeläget att söka fastställa om enbart medicinsk behandling kan återställa arbetsförmågan i sådan grad, att den behandlade kan återgå i sitt tidigare arbete utan ytterligare åtgärder, eller om också arbetsförhållandena måste åtgärdas.

Till den vanliga medicinska behandlingen kan med fördel fogas olika aktiverande åtgärder för att bibehålla eller förbättra funk-

tionsförmågan. Arbetsträning given under vissa faser av sjukdom är av särskilt värde, därför att man härigenom kan förhindra konditionssänkning genom inaktivitet. Det är oftast inte möjligt att bereda sådan arbetsträning i den ordinarie produktionen. Därför har flera större företag ordnat särskilda rehabiliteringsavdelningar på arbetsplatsen för tillfällig arbetsplacering och samtidig medicinsk behandling och arbetsträning, kombinerad med produktivt arbete. Sådana avdelningar ger också möjlighet till viss arbetsprövning och enklare omskolning.

Om arbetstagare bedöms icke kunna återgå i tidigare arbetsförhållanden, är det angeläget att i första hand undersöka om dessa kan förändras utan byte av arbetsuppgift. Genom ergonomiska åtgärder kan man inte sällan kapa belastningstoppar eller eljest reducera påfrestningar. Omplaceringar bör alltid föregås av omsorgsfull kapacitets- och arbetskravsbedömning och vid behov av arbetsprövning och omskolning. Om svårare funktionsnedsättning gör återplacering i den ordinarie produktionen ogenomförbar, kan man ibland låta arbetstagaren mer långsiktigt stanna i mer skyddade arbetsförhållanden, t. ex. i någon av ovannämnda rehabiliteringsavdelningar eller i en särskild skyddad arbetsenhet dit lämpade arbetsuppgifter kan förläggas, för att där utföra ett produktivt arbete med den prestationsnivå hans handikapp tillåter.

Det är sålunda ofta möjligt att åstadkomma effektiva rehabiliteringsinsatser på arbetsplatserna med medel som i förhållande till samhällets rehabiliteringsorgan är rätt enkla. Detta beror mycket på att åtgärderna kan sättas in tidigt och att problemen kan angripas med medicinska och arbetsinriktade medel samtidigt. Av stor vikt är att företagets samlade resurser kan kopplas in på rehabiliteringsprocessen.

Man kan emellertid konstatera att sådana insatser helt och hållet är beroende av tillgången på kompletta och kvalificerade företagshälsovårdsresurser. Det förhållandet att företagshälsovården hela tiden arbetar med inriktning på anpassningsfrågor, förfogar över egna arbetsmedicinska och ergonomis-

ka resurser och kan samordna rehabiliteringsansträngningarna i kontakt med arbetsledningen, personalfunktionen och de produktionstekniska organen utgör tillsammans med samarbetsmöjligheterna med samhällets instanser en grundförutsättning för denna rehabiliteringsverksamhet.

Företagen och de externa rehabiliteringsfallen

Den verksamhet som utövas av samhällets rehabiliteringsorganisation syftar till produktiv sysselsättning av de arbetstagare som överhuvudtaget kan komma ifråga härför. Möjligheterna att föra ut dem på den öppna arbetsmarknaden är i hög grad beroende av ett ordnat samarbete i dessa frågor mellan arbetsvården och företagen. Hittills har dylik samverkan inskränkt sig till att arbetsvården förmedlat ansökan från rehabiliterade till företag, där man bedömt att lämpliga sysselsättningar förekommer. Endast undantagsvis har det förekommit systematiska kontakter mellan samhällets rehabiliteringsorgan och de personalvårdande organen på arbetsplatsen – främst företagshälsovården – i syfte att precisera behovet av vidare rehabiliteringsåtgärder och uppföljning i samband med inplacering i produktivt arbete. Detta är givetvis en brist, då rehabiliteringsprocessen inte kan anses avslutad förrän den rehabiliterade under tillräckligt lång tid visat sig fungera tillfredsställande och för övrigt vara acceptabelt anpassad i tilldelat arbetet. Det torde emellertid inte vara ovanligt att omskolad personal söker sig till helt andra arbetsformer än dem för vilka de omskolats. Likaså förekommer det ofta att de efter kort tid avbryter arbetet, därför att detta visat sig mindre väl motsvara deras arbetsmässiga förutsättningar. Inplaceringen i produktivt arbete är en fas i rehabiliteringsprocessen, som i hög grad ställer anspråk på samordning under medverkan av såväl arbetsvården som arbetsmedicinsk expertis.

Företagens egna rehabiliteringsbehov gör dem i viss utsträckning restriktiva, när det gäller nyanställning av personal med betydande inskränkningar i arbetsförmågan.

Man vill naturligt nog i första hand söka lämpliga placeringsmöjligheter för redan anställd personal med sådana begränsningar och inte minst reservera reträttplatser för den åldrade arbetskraften.

Varje nyanställning är vidare för ett företag en betydande investering och det är naturligt att man vill ha en så tillförlitlig uppfattning som möjligt om den anställningsökandes anpassningsförutsättningar. I och för sig hesiterar man inte för medicinska begränsningar, om man kan känna sig något så när förvissad om att dessa icke leder till nedsatt kapacitet i det tilltänkta arbetet och besvärliga sekundära omplaceringsproblem och att företaget icke påtar sig ett sysselsättningsansvar, som visar sig vara en mindre god och dyrbar investering.

Om företagen skall stimuleras att ta emot externt rehabiliterade fall är det därför nödvändigt att skapa personliga och nära kontakter mellan rehabiliteringsorganen i samhället och företagens personalavdelningar och dess företagshälsovård och att ansvarsfördelningen klarlägges. Det är vidare nödvändigt att söka finna effektivare möjligheter till prövning inom företaget av rehabiliterade i tveksamma fall, varvid samhället bör behålla ansvaret för den arbetsprövade inom en uppföljningstid, då man gemensamt följer inpassningen i företaget.

En utbyggnad av företagshälsovården till allt bredare sektorer av arbetslivet och ett intensifierat och konstruktivt samarbete mellan företagshälsovården och samhällets rehabiliteringsorgan borde alltså verksamt kunna bidra till att återföra externa rehabiliteringsfall till vanliga arbetsuppgifter inom näringslivet.

Beträffande personer med så avancerade inskränkningar i sin arbetsförmåga att de ej kan återföras till vanliga arbetsuppgifter har ovan framhållits de möjligheter som skapats genom att enskilda arbetsplatser ordnat interna avdelningar för skyddat arbete för personal inom de egna leden. Placering i skyddat arbete har skett, när det trots olika rehabiliteringsansträngningar icke visat sig möjligt återföra arbetstagaren till fullt arbete under ordinära förhållanden. En väl

fungerande företagshälsovård i samverkan med arbetsledning, produktionstekniker och utbildningspersonal inom företaget har därvid varit av största betydelse och på sätt och vis utgjort en garanti för att placeringen i skyddat arbete i varje aktuellt fall inneburit en optimal lösning av rehabiliteringsfrågan.

Då dessa avdelningar innebär en rationell och ändamålsenlig lösning av frågan om skyddat arbete, synes det angeläget att sådana enheter kommer till stånd i betydligt större utsträckning än hittills. Det är önskvärt att sådana platser kan stå till förfogande också för externa rehabiliteringsfall. Behovet av skyddat arbete är stort och svårt att tillgodose enbart genom enheter i samhällelig regi. En ökning av antalet i företagen inbyggda skyddade arbetsplatser i takt med företagshälsovårdens tillväxt skulle bl. a. innebära att en allt större del av de rehabiliteringsfall, som icke kan utnyttjas i vanligt produktionsarbete fick sin sysselsättningsfråga löst utan mer omfattande åtgärder från samhället, samtidigt som arbetsvårdens möjligheter att placera i skyddad sysselsättning ökade.

Från samhällets sida har man sökt stimulera företagen att inrätta särskilda avdelningar för sysselsättning av handikappade (»halvskyddad sysselsättning») genom statsbidrag. Dessa möjligheter har näringslivet hittills utnyttjat endast i mycket begränsad omfattning. Skälen härtill är säkerligen flera. Företagens tillgång till lämpliga arbetsuppgifter är begränsad och underkastad variationer med hänsyn till konjunkurläge, allmän personaltillgång, genomförda rationaliseringar och produktionsförändringar etc. Vidare är företagen givetvis angelägna att i första hand lösa arbetssituationen för egen personal, som ej kan placeras i den ordinarie produktionen på grund av sänkt arbetsförmåga.

Företagshälsovårdsutredningen anser det ligga utanför ramen för sitt uppdrag att närmare analysera frågan om den halvskyddade sysselsättningens organisation och finansiering och om behovet av åtgärder för att ytterligare stimulera företagen till sådan

verksamhet. Utredningen vill dock starkt understryka företagshälsovårdens roll i dessa sammanhang. Den arbetskraft som sysselsättes i halvskyddad verksamhet torde vida mer än flertalet andra arbetstagare vara i behov av medicinsk tillsyn och olika anpassningsbefrämjande åtgärder. Möjligheten att genom olika rehabiliteringsalternativ återföra personer som placerats i halvskyddat arbete och som överhuvudtaget kan komma ifråga för den vanliga produktionen till sysselsättning där bör ständigt hållas i sikte. Ett positivare resultat av den halvskyddade verksamheten kan därför påräknas, om denna förlägges till arbetsplatser med företagshälsovård.

Utredningen förutsätter att företagshälsovård successivt kommer att införas vid allt fler företag inom alla näringsgrenar. Det är därför angeläget att finna organisationsformer, som tillgodoser förhållandena vid arbetsplatser av mycket skiftande typ. Hänsyn måste sålunda tas till arbetsplatsens storlek och produktionens art, men också till förekomsten av yrkesrisker, personalens sammansättning, företagets belägenhet och närheten till andra företag samt till de lokala hälso- och sjukvårdande resurserna i samhället. Målet bör vara att i varje enskilt fall genom flexibla lösningar åstadkomma en till företaget så väl anpassad företagshälsovård som möjligt.

Oavsett vilken organisationstyp som väljes är det angeläget att verksamheten utformas så, att den på bästa möjliga sätt kan samordnas med företagets organisation i övrigt. Det är vidare nödvändigt att beakta och tillvarata möjligheterna till konstruktiv samverkan med den samhälleliga hälso- och sjukvården.

Utredningen anser det varken möjligt eller lämpligt att utarbeta detaljerade organisationsplaner utan presenterar i stället olika *organisationsmodeller*, avsedda närmast som vägledning vid införande av företagshälsovård. Dessa modeller är uppbyggda på basis av erfarenheter från redan existerande verksamheter och har utformats med beaktande av de synpunkter som ovan anförts beträf-

fande företagshälsovårdens syften, uppgifter och arbetsformer. De överensstämmer i allt väsentligt med vad som i detta avseende finnes angivet i SAF-LO:s riktlinjer för företagshälsovård.

#### *Inbyggd företagshälsovård*

Utredningen avser med inbyggd företagshälsovård en verksamhet utövad som en expertfunktion inom ramen för företagets egen organisation. En sådan organisatorisk utformning skapar mycket goda förutsättningar för intim och konstruktiv samverkan med övriga företagsfunktioner och gör det möjligt att på bästa sätt utnyttja företagets samlade resurser för företagshälsovårdens syften. Samråd om verksamheten mellan arbetsgivare och arbetstagare kan naturligtvis inordnas i övriga kontakter mellan parterna på arbetsplatsen.

Inbyggd verksamhet bör vara den normala lösningen för alla företag som på grund av sin storlek kan ge full sysselsättning åt minst en heltidsanställd skyddsingenjör och företagsläkare och bör därför tillämpas på alla arbetsplatser med 2 000 anställda eller fler. Vid företag med speciella yrkesrisker kan heltidsanställning vara motiverad vid betydligt mindre antal arbetstagare, för företagsläkare t. ex. vid 1 500 och för skyddsingenjör vid 1 000 anställda.

## *Inbyggd företagshälsovård med deltidsanställd företagsläkare*

De fördelar som kan vinnas genom att på ovannämnda sätt integrera verksamheten i företaget gör det angeläget att, där omständigheterna i övrigt så medger, tillämpa samma organisationsmönster också vid arbetsplatser, vars storlek inte medger heltidsanställning av företagsläkare. Under förutsättning att verksamheten disponerar över skyddsingenjör och företagssköterska helst på heltid torde det vara möjligt att genomföra komplett och kvalificerad företagshälsovård med hjälp av deltidsanställd företagsläkare på arbetsplatser med i varje fall ned till 500 anställda. Läkarens arbetstid kan då beräknas till 1 à 1,5 veckotimmar per 100 anställda, varvid skillnaden i erforderlig tid betingas förutom av omfattningen av arbetsmedicinska frågeställningar också av skyddsingenjörens och företagssköterskans tjänstgöringstider och yrkeserfarenhet. Den deltidsanställda företagsläkaren kan med fördel vara anställd vid flera företag samtidigt.

En likvärdig lösning med väl integrerad verksamhet kan uppnås, om företaget är anslutet till företagshälsovårdscentral (se nedan) men har egen skyddsingenjör och företagssköterska stationerad på arbetsplatsen i lokaler, dit också läkaren kan förlägga lämpligt avvägda delar av sina arbetsuppgifter.

Vidare kan kvalificerad verksamhet i egen regi – efter överenskommelse med sjukvårdshuvudmannen – komma till stånd med hjälp av för företagshälsovård kompetent tjänstläkare, som kan avsätta tillräcklig tid för verksamheten. Denne bör då i huvudsak förlägga den förebyggande delen av sitt arbete inom företaget i därför avsedda lokaler i samarbete med företagssköterskan.

## *Företagshälsovårdscentraler*

Flertalet mindre och många medelstora arbetsplatser har icke möjlighet att anordna verksamheten på ovan beskrivna sätt i egen

regi. På orter med tillräckligt underlag av företag kan då en god lösning erhållas genom att flera företag gemensamt bildar en företagshälsovårdscentral. Det är en fördel om sådan central betjänas av heltidsanställd läkare. Erfarenheter tyder på att härför i allmänhet erfordras ett arbetstagarunderlag av 1 500–2 000 anställda. Där ett sådant underlag inte omedelbart kan uppnås, bör denna organisationsform ändå kunna tillämpas, exempelvis genom att sjukvårdsdelen utökas.

Vid centralen skall förutom företagsläkaren tjänstgöra en eller flera företagssköterskor. Medelstora och större företag anslutna till centralen kan såsom ovan framhållits med fördel ha egen hel- eller deltidsanställd företagssköterska, stationerad på arbetsplatsen och arbetande under ledning av centralens läkare.

Även vid företagshälsovårdscentral är det angeläget, att i verksamheten ingår en teknisk del under ledning av skyddsingenjör. Denne kan vara hel- eller deltidsanställd antingen hos centralen eller hos resp. företag. Det är emellertid önskvärt, att centralen som sådan disponerar över såväl teknisk som medicinsk expertis, eftersom dess arbetsrutiner ofta fordrar kontinuerlig samverkan mellan läkare och skyddstekniker.

Omfattningen av det tekniska expertengagemanget inom centralen beror i hög grad på hur de enskilda företagen internt löser sin skyddsteknikerfråga. Relativt stora industriella företag, som ansluter sig till företagshälsovårdscentral, torde oftast ha behov av egen skyddsingenjör, som ansvarar för hela den tekniska delen av företagets företagshälsovård. En sådan lösning gör företaget relativt oberoende av teknisk expertis vid centralen. I övriga fall måste den tekniska delen lösas genom lämplig samverkan mellan företagets egna tekniker och centralens expert. Företaget kommer i allmänhet att på egen hand svara för de skyddstekniska insatserna men också för de löpande ergonomiska frågorna i produktion och produktionsplanering med möjligheter att konsultera centralens skyddsingenjör i speciella fall. En sådan avvägning kan förväntas ge en väl fungerande företagshälsovård, om företaget



avdelar en väl kvalificerad produktionstekniker, som ges särskild utbildning för uppgiften (se kap. Skyddsingenjör – arbetsuppgifter och utbildning). Genom sin utbildningsbakgrund och sina övriga arbetsuppgifter på den produktionstekniska sidan bör han bli väl förtrogen med planerade och genomförda förändringar i produktionen, kunna anlägga ergonomiska aspekter härpå och hålla centralens tekniker och läkare informerade och vid behov påkalla deras medverkan som rådgivare.

För de minsta arbetsplatserna torde ofta ett direkt samarbete mellan centralen och företagsledningen eller med den huvudsavarige arbetsledaren vara nödvändigt.

Vissa praktiska problem kan tänkas uppstå i samband med rekrytering av tekniker till företagshälsovårdscentralerna, bl. a. därför att dessa icke alltid har behov av skyddsingenjör på heltid. Det är väsentligt att detta icke tillåtes leda till sänkta kompetenskrav. Centralens tekniker kan visserligen under en uppbyggnadsperiod behöva påta sig mer rutinbetonade uppgifter ute i företagen. På sikt måste hans arbete emellertid avse huvudsakligen mer kvalificerad rådgivning som komplement till företagens egna insatser och därjämte vissa planerande och administrativa uppgifter tillsammans med läkaren. Centralens tekniske expert bör därför ha full kompetens som skyddsingenjör.

Den tekniske experten kan givetvis vara anställd vid mer än en företagshälsovårdscentral samtidigt. Han kan också vid sidan om sitt konsultuppdrag vid centralen vara ansvarig skyddsingenjör vid något av de anslutna företagen eller ha anställning i större företag med egen företagshälsovård. En annan tänkbar lösning innebär ett dubbelt engagemang vid företagshälsovårdscentral och yrkesmedicinsk sjukhusenhet e. d. Det är nödvändigt att redan vid bildandet av centraler genom flexibla och förutsättningslösa arrangemang nå en tillfredsställande lösning på den tekniska expertfrågan, så att en kvalificerad och komplett företagshälsovård kan utövas.

Liksom för den inbyggda företagshälsovården är det viktigt, att företagshälsovårds-

centralens organisation och arbetsformer anpassas till lokala förhållanden och behov. På större orter är företagen ofta koncentrerade till särskilda industriområden. Det är då en fördel om centralen kan förläggas till sådant område och där antingen till särskilda för verksamheten uppförda lokaler eller hos något av de anslutna företagen. På andra orter kan företagen vara mera spridda, vilket motiverar en centralare förläggning i orten med närhet till allmänna kommunikationsmedel. En sådan lokalisering är särskilt önskvärd, om tätortens eget företagsunderlag är otillräckligt för heltidsanställning av läkare men där detta kan bredas genom anslutning av företag i omgivningen. Givetvis kan företagshälsovårdscentralen som organisatorisk enhet förfoga över lokaler på mer än ett ställe samtidigt.

För närvarande finnes en tydlig tendens att koncentrera samhällets öppna vård – bl. a. genom sammanslagning av provinsialläkardistrikt – till läkarstationer för flera tjänsteläkare. Om företagshälsovårdscentral anknöptes till sådan flerläkarstation, kan ofta stora fördelar vinnas. Vissa resurser kan utnyttjas gemensamt och kontakterna mellan centralens och flerläkarstationens läkare underlättas till gagn för samverkan och utbyte av tjänster. Det förutsättes, att även sådan företagshälsovårdscentral har företagen som huvudman för verksamheten.

Bildandet av företagshälsovårdscentraler underlättar avsevärt den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården. Man kan liksom vid den inbyggda organisationsformen påräkna en kvalitativt högstående verksamhet bl. a. därför att man förfogar över heltidsanställd kompetent personal. Särskilt värdefullt är det, att centralerna kan erbjuda kvalificerade tjänster också åt små företag, för vilka det eljest skulle vara svårt eller omöjligt att finna goda lösningar. Det bör emellertid noteras, att det finns vissa olikheter i förutsättningarna mellan centralernas arbete och inbyggd verksamhet i företagens egen regi. Inbyggd företagshälsovård fungerar som en stabsfunktion i företaget med betydande möjligheter till integration med all annan verksamhet i företaget. För cen-

tralerna kan det däremot vara svårt att nå en i alla avseenden likvärdig företagsanknytning, eftersom läkaren ej är inordnad i företagets organisation. De olika företagens i allmänhet skiftande struktur liksom uppdelning av insatser på flera företag kan försvåra uppföljning och överblick av förhållandena på varje enskild arbetsplats. Avståndet mellan central och arbetsplats verkar i samma riktning.

Det är av vikt, att dessa förhållanden beaktas och att man söker finna arbetsformer, som främjar företagsanknytningen. Rutiner för personliga kontakter med företagen bör eftersträvas. Läkaren bör organisera sitt arbete så, att han regelbundet kan besöka arbetsplatserna dels för sådana kontakter, dels för att göra sig förtrogen med arbetsförhållandena. Sambandet mellan central och företag främjas också, om läkaren kan delta i företagsnämnds- och skyddskommittésammanträden och exempelvis i utbildningsverksamhet eller vid andra informativa kontakter sammanträffa med arbetsledning och andra funktionärgrupper från de olika företagen samtidigt. Utredningen förutsätter att vid det samråd som enligt SAF:s och LO:s överenskommelse skall äga rum mellan arbetsgivar- och arbetstagarrepresentanter samt centralens ledning särskild uppmärksamhet ägnas kontaktfrågorna.

Av betydelse härvidlag är också den lösning man kan uppnå av skyddstekniker- och företagssköterskefrågorna. Den tekniker, som inom företaget handlägger skyddstekniska och ergonomiska frågor, innehar en nyckelposition som kontaktman. Med hög kompetens och tillräcklig tid för uppgiften och med en ställning i företaget som ger honom goda möjligheter att själv fatta eller påverka beslut och samordna den tekniska delen av företagshälsovården kan han mycket aktivt och konstruktivt medverka i hela samarbetet mellan central och företag. Lägre kompetens och inskränkt beslutsmöjlighet tenderar att splittra kontakterna, samtidigt som ett större ansvar för initiativ lägges på centralen.

Som redan framhållits är det förenat med avsevärda fördelar, om företaget har egen

företagssköterska och lokaler, till vilka också läkaren kan förlägga en del av sin verksamhet. Om så icke är fallet, bör centralens resurser och arbetsformer anpassas så, att sjuksköterskorna därifrån ofta kan besöka arbetsplatserna.

### *Branschknuten företagshälsovård med regionala centraler och rörliga enheter*

Under vissa förhållanden kan företagshälsovård organiseras branschvis för hel region. Verksamheten ledes och administreras då från en företagshälsovårdscentral belägen i lämplig centralort. En stor del av dess uppgifter utövas praktiskt med hjälp av rörliga enheter, som från centralen kan uppsöka arbetsplatser i regionens periferi och där genomföra bl. a. hälsoundersökningar. Centralen bör även förfoga över skyddsteknisk expertis.

Denna speciella organisationsform är särskilt ägnad för branscher med geografiskt spridda och rörliga arbetsställen. Den har redan i begränsad omfattning funnit tillämpning inom byggnadsindustrin, där en omfattande vidareutbyggnad efter denna modell är planerad. För hela branschen finns också en central instans, som skall sörja för utformningen av verksamheten, bearbetning av erfarenheter, information och utbildning.

### *Andra organisationsformer för företagshälsovård*

En betydande del av arbetslivet beräknas kunna anordna företagshälsovård inom ramen för de organisationsformer, som ovan angetts och som ger förutsättningar för en kvalitativt högtstående verksamhet. Gemensamt karakteriseras dessa av nära samverkan mellan skyddsteknisk och arbetsmedicinsk expertis och ett mer eller mindre intimt samarbete med företagets funktioner i övrigt. Den förebyggande verksamheten med yrkesrisks- och anpassningsproblematiken står i centrum och företagshälsovårdens och företagets samlade resurser i olika avseenden kan utnyttjas för att åstadkomma och

vidmakthålla god hälsa och arbetsförmåga bland de anställda.

Hittills har företagshälsovård till övervägande del införts vid industriella arbetsplatser, där verksamhetens utformning motiverats av bl. a. en mer eller mindre hög frekvens av yrkesrisker och tekniskt hygieniska frågor. De organisationsmodeller som ovan skisserats är i stor utsträckning baserade på erfarenheter från existerande företagshälsovård vid industrier. De har emellertid utformats så, att de tillåter flexibel tillämpning med hänsyn till varierande behov och förutsättningar vid olika företagstyper.

Utredningen vill särskilt poängtera, att behov av företagshälsovård föreligger såväl vid industriella som icke-industriella företag, sålunda också vid skogsbruk, jordbruk, transportväsen och kontorsföretag, inom servicenäringsarna såsom handel och sjöfart, sjukvård, hotell och restaurangrörelser samt vid statlig och kommunal verksamhet.

I princip bör icke-industriella företag anordna företagshälsovård efter samma linjer som industriella, dvs med en teknisk och en medicinsk del. Avvägningen av tekniska och medicinska insatser kan emellertid behöva varieras med hänsyn till företagstyp och näringsgren. Sålunda torde behovet av åtgärder avseende yrkesrisker och tekniskt hygieniska frågor vara mindre inom exempelvis kontorsföretag, där det i stället kräves en inriktning mer på anpassningsfrågor med socialmedicinska och mentalhygieniska aspekter. I sådana företag kommer ofta tyngdpunkten i samarbetet mellan företagshälsovården och övriga företagsfunktioner att förskjutas mot personalfunktionen.

Det är utredningens uppfattning, att till företagshälsovårdscentralerna bör i regel kunna anslutas företag tillhörande vitt skilda näringsgrenar och även statliga och kommunala organ. Under en uppbyggnadsperiod med begränsade tillgångar till utbildad personal bör centralerna även kunna påta sig begränsade uppgifter från företag, som ännu icke har ett komplett företagshälsovårdsprogram. Sådana åtaganden kan omfatta exempelvis kontroll av specifika yrkes-

risker och hälsokontroller av personalgrupper som är i särskilt behov därav. Kravet på att centralens arbete skall vara ett led i en planerad samverkan mellan denna och arbetsplatserna får dock icke eftersättas.

Genom tillkomsten av företagshälsovårdscentraler har man anledning förvänta att allt fler medelstora och små företag får möjlighet att anordna företagshälsovård. Möjligheterna begränsas dock av vårt näringslivs strukturella uppbyggnad med en avsevärd spridning av företag utanför större industritätorter. Även om man kan uppnå en bred rekrytering av företag från olika branscher, blir underlaget ändå otillräckligt för att anordna företagshälsovårdscentral inom många mindre tätorter. På sådana orter kan emellertid finnas enstaka företag av den storleken, att de har möjlighet att anordna företagshälsovård i egen regi. Sådan företagshälsovård kan i vissa fall organiseras med hjälp av lokala läkare (se sid. 65). Det föreligger dock ofta svårigheter att realisera en sådan lösning, därför att man icke kan få kompetent personal på deltid. Man bör då inrikta sig på begränsade lösningar, anpassade till de mest angelägna behoven, som kan avse såväl arbetsmedicinska som tekniskt hygieniska problem.

En annan form av företagshälsovårdsservice är den som lämnas av exempelvis stora koncernföretag till mindre företag inom koncernen på andra orter. Koncernens läkare vid huvudföretaget besöker med längre eller kortare intervaller de tillhörande mindre företagen för vissa undersökningar och åtgärder. Dessa kan gälla kartläggning och kontroll av bestämda yrkesrisker, vissa ergonomiska problem, hälsoundersökningar etc. Ett skäl för denna form av service torde vara, att man kan tillämpa en för koncernen enhetlig policy. Där en mer kontinuerlig och komplett företagshälsovård av någon anledning icke låter sig genomföras, kan sådana begränsade insatser under erfaren ledning vara av stort värde.

Inledningsvis i detta kapitel konstaterades emellertid, att det ifråga om organisatoriska former för företagshälsovården är nödvändigt att söka finna flexibla lösningar. Där-

igenom skulle man kunna få till stånd en väl företagsanpassad företagshälsovård. Det betonades också, att det var angeläget åstadkomma en konstruktiv samverkan med samhällets hälsovård och sjukvård.

Anpassningen av företagshälsovården till företagets organisation är en viktig aspekt på problemet, samverkan med samhällets aktiviteter på området är en annan. Det finns emellertid en tredje aspekt som också bör beaktas, nämligen frågan om samplanering av verksamheten mellan de olika intressenter, huvudmän, som ämnar anordna företagshälsovård till exempel inom vissa regioner eller på flera lokala platser eller orter i hela landet. Det kan gälla exempelvis industrikoncerner, statliga och kommunala verk, affärsföretag m. fl.

En samplanering mellan dessa och med de företag eller andra intressenter, som kan finnas på respektive orter, skulle sannolikt ge förutsättningar att få en rationellt arbetande företagshälsovård på många orter. En sådan samverkan i en företagshälsovårdcentral eller inom annan organisationsform, mellan olika branscher och mellan privat och statlig eller kommunal verksamhet eller annan form av verksamhet torde också i många fall vara enda förutsättningen för att mindre företag skall ha någon möjlighet att få till stånd företagshälsovård.

Det bör vara en naturlig strävan att lösa företagshälsovården genom att med beaktande av de olika förhållanden som kan föreligga söka att effektivt utnyttja de resurser, som kan stå till förfogande för denna verksamhet. Genom det organiserade samråd som föreslås i kap. 15 bör det bli möjligt att få den överblick som erfordras för att kunna åstadkomma sådana gemensamma lösningar av företagshälsovården.

I många fall torde företag vara hänvisade till en mindre expertbetonad övervakning och rådgivning genom överenskommelser med läkare på orten, där denne påtar sig vissa uppgifter rörande företagshälsovård. Såsom framgår av det material som sammanställts på basis av arbetarskyddsverkets sociala utredning (se sid. 22) förekommer i betydande utsträckning överenskommelser

mellan företag och lokala läkare om anställningsundersökningar, hälsokontroller och sjukvård bland de anställda. Denna verksamhet kan emellertid endast i begränsad utsträckning tillgodose företagshälsovårdens syften, därför att den utövas utan egentlig kontakt med arbetsplatsen och utan att läkaren har tillräcklig kännedom om företaget och arbetsförhållandena. För att ge åsyftad effekt bör överenskommelserna innebära, att läkaren också besöker företaget och konfronteras med arbetsförhållandena samt därigenom tillägnar sig insikt i arbetstagarnas arbetssituation. Han får då bättre möjligheter att sätta hälsofrågor i relation till arbetet, ge råd vad gäller arbetsplacering, omplacering, rehabilitering etc. Återkommande besök på arbetsplatsen och kontakter med skyddsingenjören, personalchefen och arbetstagarna ger honom möjlighet att själv pröva vissa arbetsmedicinska frågeställningar och bedöma behov av utredningar genom utomstående arbetsmedicinsk och tekniskt-hygienisk expertis. Överenskommelser av denna typ förutses i första hand komma att träffas med tjänsteläkare på mindre tätorter.

Vid lösning av företagshälsovården genom överenskommelse om viss medverkan av läkare bör man beakta, att distriktssköterskan är väl lämpad att medverka med hänsyn till sin utbildningsbakgrund och sitt engagemang inom förebyggande verksamhet. Där inbyggd företagshälsovård anordnas, bör emellertid som regel, även om företagsläkare är tjänsteläkare, finnas särskild företagssköterska på hel- eller deltid.

Företag, som genomfört partiella lösningar av ovan beskriven typ, har större behov av service från utomstående expertorgan än de som förfogar över företagshälsovård. Det är därför angeläget, att tillräckliga resurser för utredningar och rådgivning finnes vid yrkesmedicinska centraler och inom yrkesinspektionen.

Som inledningsvis framhålles i detta kapitel, bör man för företagshälsovården i varje enskilt fall söka finna den organisationsform, som bäst kan anpassas till företagets eller branschens förhållanden. De or-

ganisationsmodeller, som redovisas som exempel, är de vanligen förekommande inom den företagshälsovårdsverksamhet som finns.

Inom vissa branscher kan emellertid verksamheten vara av sådan speciell karaktär, att man måste finna delvis andra former för denna. Så är förhållandet inom bl. a. jordbruket, skogsbruket och sjöfarten. Vid överläggningar med representanter för dessa näringar deklarerades positivt intresse för att anordna företagshälsovård i de former som kunde vara möjliga och lämpliga.

För jordbrukets vidkommande diskuteras och prövades frågan i ett samrådsorgan med representanter för parternas fackliga organisationer. Det framhölls, att man i första hand finge inrikta sig på att söka få till stånd företagshälsovård vid större enheter, såsom industrijordbruk, andra större jordbruksföretag och vissa trädgårdsanläggningar.

Även för skogsbruket konstaterades behov av företagshälsovård och positivt intresse för att finna ändamålsenliga former härför. Vissa riktade hälsoundersökningar har förekommit inom skogsbruket men någon organiserad företagshälsovård finns icke. Den stora spridningen av skogsbrukets folk över stora områden skapar speciella problem vid organiserandet av företagshälsovård. För det industriägda skogsbruket kan i vissa fall en anknytning till vederbörande industriers företagshälsovård vara en lösning. Samverkan över företagsgränserna torde vara en av förutsättningarna även för stora företag att få till stånd en väl fungerande företagshälsovård inom skogsbruket.

På sjöfartens område råder på grund av verksamhetens karaktär så speciella förhållanden, att en företagshälsovårdande verksamhet torde böra särskilt utformas med hänsyn härtill. Sedan ett 20-tal år har en viss form av hälsovårdande och sjukvårdande verksamhet förekommit i Göteborg genom Hälsocentralen för sjöfolk, som under senare år drivits under Göteborgs stads huvudmannaskap. Frågan om anordnande av motsvarande verksamhet även i vissa andra större hamnstäder har tidigare framförts

i utredningssammanhang rörande välfärdsanordningar för sjöfolk i hamn (SOU 1947: 29). I Stockholm finns en överenskommen möjlighet till läkarkontakt för sjöfolk. Dessutom finns i vissa städer av socialstyrelsen utsedda sjömansläkare, som har till uppgift att utfärda intyg för påmönstring.

Med hänsyn till de speciella förhållanden, som råder inom sjöfartsnäringen, bör enligt utredningens mening frågan om förutsättningar och former för en väl anpassad och rationell företagshälsovård inom branschen göras till föremål för särskild utredning. I denna bör ingå representanter för berörda partsorganisationer samt för närmast berörda samhällsinstanser.

Genom uppdelningen av företagshälsovården i en medicinsk del och en teknisk del har angetts vilka huvuduppgifter som skall ingå i densamma, även om en strikt gräns ej kan dras mellan dem. Utredningen har med hänsyn härtill också starkt betonat vikten av att ett nära samarbete sker mellan den medicinska och den tekniska delen.

Enligt utredningens mening är det, om företagshälsovårdens målsättning skall kunna förverkligas, ytterst viktigt att all teknisk personal med uppgifter inom eller i anslutning till företagshälsovården inte bara är inriktad på skyddsfrågor av skilda slag utan även kan medverka till och göra insatser av betydelse inom planering och produktion. Praktisk erfarenhet i denna del bör därför tillmätas högt meritvärde för blivande skyddsingenjörer och vid rekrytering av teknisk personal till företagshälsovården.

För ledningen av den tekniska delens verksamhet bör finnas en skyddsingenjör, sidosordnad med den företagsläkare, som svarar för den medicinska delens arbetsuppgifter. Utredningen förutsätter härvid att skyddsingenjören är en tekniskt utbildad person, som ägnar sig åt skyddstekniska, arbetshygieniska och ergonomiska frågor men också mera aktivt än vad som hittills varit vanligt deltar i planerings- och produktionsfrågor, som sammanhänger med företagshälsovården.

Vid sidan om skyddsingenjören såsom den ledande och ansvarige personen för företagshälsovårdens tekniska del behövs an-

nan teknisk personal på olika nivåer, i varje fall inom de större företagen. Denna personal kan ingå i företagshälsovårdsorganisationen men kan även vara inordnad i företagets organisation på annat sätt. En sådan kombination av arbetsuppgifter som i senare fallet kan verka befordrande på integreringen mellan produktion och företagshälsovård.

#### *Arbetsuppgifter*

Till det *tekniska arbetarskyddet* hör främst åtgärder av konventionellt slag till förebyggande av olycksfall i arbetet. Däri ingår att följa utvecklingen inom skyddstekniken och att planlägga, föreslå, förbättra och kontrollera alla sådana åtgärder som kan erfordras och vidtas för att förhindra olycksfall.

I *arbetshygienen* åter ingår åtgärder, som syftar till att förebygga eller begränsa skador eller besvär genom påverkan av olika ämnen eller faktorer i arbetet eller till följd av arbetsförhållandena. Det kan gälla eliminationstekniska åtgärder mot damm, gaser och ångor, buller, ljus, fukt eller värme, svamp, mögel e. d. både inom och utanför företaget. Även dessa åtgärder bör beaktas vid planläggning och organisation av arbetsplatsen och dess hygieniska förhållanden. De måste också följas upp genom kontroll av deras effektivitet, t. ex. genom lämpliga mätmetoder, i vissa fall kompletterade med biologiska prov. I arbetshygienen får anses

ingå även frågor av sanitär art såsom inrättande av personalrum och andra anordningar för den personliga hygienien.

Vad slutligen gäller ämnet *ergonomi* inryms däri åtgärder som främst syftar till att anpassa arbete, arbetsmiljö och utrustning till människan med hänsyn till hennes möjligheter och förutsättningar inom arbetslivet. Det förutsätter som regel att de skyddstekniska och arbetshygieniska kraven har tillgodosetts på ett tillfredsställande sätt. De ergonomiska åtgärderna kan emellertid ofta inte strikt skiljas från åtgärder av skyddsteknisk och arbetshygienisk art och fordrar därför ett nära samarbete mellan tekniker och läkare.

De viktigaste arbetsuppgifterna, som skall åvila *skyddsingenjör* såsom ansvarig ledare för företagshälsovårdens tekniska del, kan sammanfattas enligt följande.

Skyddsingenjören skall planlägga, organisera, leda och samordna den skyddstekniska verksamheten samt svara för dess anpassning till företagshälsovården i övrigt och till företagets organisation och produktion. Det skall därvid *särskilt* åligga honom

*att* ha erforderligt samråd och samarbete med den medicinska verksamheten,

*att* i samarbete med planerings-, konstruktions- och produktionstekniker medverka vid planering och utförande av ny- och ombyggnader, inrättande av arbetslokaler, personalrum o. d.,

*att* verka för att arbetsplatser och maskiner, redskap och annan teknisk utrustning får en tekniskt och ergonomiskt ändamålsenlig utformning,

*att* i förekommande fall granska ritningar och förslag rörande byggnader, lokaler, maskiner m. m.,

*att* medverka vid utarbetande av nya arbets- och produktionsmetoder och införande i produktionen av nya material och ämnen,

*att* utarbeta eller medverka vid utarbetande av arbetsinstruktioner, skyddsblad, skyddsbilder, checklistor o. d.,

*att* föranstalta om och medverka vid tekniska och arbetsmedicinska undersökningar av arbetsmiljön och vid behov i samarbete

med företagsläkaren utvärdera resultat av sådana undersökningar,

*att* lämna råd och information i skyddstekniska, arbetshygieniska och ergonomiska frågor och planlägga företagets informations- och utbildningsverksamhet rörande sådana frågor,

*att* medverka i tekniska frågor rörande arbetsanalys, arbetsplacering och rehabilitering,

*att* företaga eller medverka i undersökningar av inträffade olycks- och yrkessjukdomsfall eller anmärkningsvärda tillbud därtill samt årligen upprätta företagets yrkes-skadestatistik,

*att* bevaka och följa upp företagets miljö-vårdsfrågor med hänsyn till omgivningens krav,

*att* hålla kontakt med myndigheter, organisationer, utomstående konsulter m. fl. som verkar inom företagshälsovården eller beröres av därmed sammanhängande frågor samt

*att* följa utveckling och forskning inom skyddsteknik, arbetshygien och ergonomi samt förändringar inom lagstiftningen på dessa ämnesområden.

Vid fullgörandet av de ovan angivna arbetsuppgifterna inom skyddsingenjörens arbets- och ansvarsområden har han att även ta ställning till frågor som kan medföra betydande ekonomiska investeringar. Det innebär, att skyddsingenjören också får fungera som företagets konsult i prioriteringsfrågor av ekonomisk natur. Han skall därför kunna inom en given ekonomisk ram ge råd eller utarbeta förslag till den bästa lösningen av ett problem inom sitt ansvarsområde.

De arbetsuppgifter som bör åvila en skyddsingenjör torde i åtskilliga fall, särskilt inom stora företag med allvarliga yrkes-skaderisker, icke kunna fullgöras av en skyddsingenjör utan behöva fördelas på *biträdande skyddsingenjör* eller annan lämplig, tekniskt utbildad *tjänsteman*. I vilken omfattning detta bör ske får bedömas efter företagets storlek, verksamhetens art och vederbörandes kompetens. Sådan tjänsteman bör kunna anförtros arbetsuppgifter av mera rutinmässig eller uppföljande karaktär och vidare att under skyddsingenjörens ledning

självständigt svara för uppföljningen av dessa inom den tekniska delen av företagshälsovården. Som exempel på sådana arbetsuppgifter kan anges undersökning och uppföljning av inträffade olycksfall och tillbud, förande av yrkesskadestatistik, granskning och övervakning av personlig skyddsutrustning, utarbetande av instruktioner, skyddsblad, skyddsbilder och checklistor, utförande av enklare eller rutinmässiga undersökningar, mätningar och kontroller, medverkan i frågor om information och utbildning etc.

### Utbildning

De arbetsuppgifter, som enligt vad ovan föreslagits skall åvila skyddsingenjör, ställer stora krav på kunskaper och erfarenheter inom arbetslivet. Han bör ha en god teknisk grundutbildning och vara väl förtrogen med produktion och arbetsliv, arbetsmiljöns problem, människans arbetsbetingelser och företagshälsovårdens syften. Detta förutsätter, att skyddsingenjör har, utöver grundutbildningen, en för uppgiften lämplig specialutbildning samt praktisk utbildning på företagshälsovårdens tekniska område. Specialutbildningen bör förläggas till arbetsmedicinska institutet.

### Grundutbildning

Med hänsyn till de kvalificerade och olikartade arbetsuppgifter som ålägges skyddsingenjör i ledande ställning och som följer med den fortgående tekniska utvecklingen bör enligt utredningens mening som grundutbildning för skyddsingenjör krävas examen från teknisk högskola eller åtminstone tekniskt gymnasium. I läroplanen för det nya 4-åriga tekniska gymnasiet ingår ämnet ergonomi med två veckotimmar under det sista läsåret. Härvid bör en gymnasiingenjör få en allmän orientering om företagshälsovården, dess målsättning, organisation, arbetsuppgifter m. m. En motsvarande utbildning saknas ännu vid de tekniska högskolorna men utredningen anser det nöd-

vändigt, att en liknande översiktscurs införes vid dessa.

Det kan erinras om att arbetarskyddsstyrelsen i en skrivelse år 1964 till statsrådet och chefen för dåvarande ecklesiastikdepartementet tagit upp frågan om behovet av ökad undervisning i arbetarskydd inom den tekniska undervisningen på alla stadier och inte minst på högskolestadiet. Styrelsen betonade därvid, att undervisningen måste avse även teoretiska insikter i ämnet som är av betydelse vid planering, konstruktion och arbetsledning på alla nivåer. I skrivelsen hemställdes bl. a., att lämpliga åtgärder vidtages för att stärka arbetarskyddets ställning inom den tekniska undervisningen.

### Specialutbildning

Såsom redan antytts bör skyddsingenjör utöver grundutbildningen ha en såväl teoretisk som praktisk specialutbildning. Utredningen anser – med stöd av vad erfarenheten visat – att den praktiska specialutbildningen i regel bör omfatta omkring 5 års industriell praktik efter grundutbildningen (examen). Denna praktiktid, som ej behöver vara bunden till ett företag, torde utan större svårighet kunna ordnas så, att företaget får fullt utbyte av vederbörandes arbete och utan särskilda kostnadskrävande insatser. Dock bör en utbildningsplan följas, så att arbetet samtidigt kan betraktas som ett led i utbildningen. Hur denna utbildningsgång skall utformas, för att den på bästa sätt skall ansluta sig till de enskilda företagens behov, bör liksom rekryteringsvägarna enligt utredningens mening närmare diskuteras, lämpligen branschvis. Industripraktiken bör innefatta en allmän teknisk utbildning och helst också inom vissa områden en speciell fördjupad teknisk utbildning.

I den allmänna tekniska utbildningen bör lämpligen ingå moment från konstruktionskontor, produktionsavdelning och driftcentral liksom medverkan i rationalisering, planering av ny- och ombyggnader, granskning av ritningar och förslag, med särskild hänsyn till de krav som företagshälsovården ställer, användning av grundläggande pro-



duktionstekniska analys- och mätmetoder för arbetsvärdering, systemanalys och nätplanering.

Den speciella tekniska utbildningen bör förutom skyddsteknik, teknisk arbetshygien och ergonomi omfatta förslagsvis tjänstgöring i driftsledning och projektledning med inriktning på företagshälsovårdens integrering i produktionen. I utbildningen bör också ingå regelbundna fabriksronder, arbetshygieniska och ergonomiska mätningar, resultatvärderingar, kostnadsberäkningar och alternativbedömningar. Vidare bör eftersträvas medverkan i ergonomiskt inriktade konstruktionsarbeten, där biologiska och psykologiska kriterier används för tekniska och ekonomiska lösningar och kalkyler. Även tekniska rehabiliteringsfrågor bör om möjligt behandlas. För att få erfarenhet av samarbete med läkare och dennes arbetsuppgifter bör en viss del av den speciella tekniska utbildningen om möjligt förläggas till företag med en fullständigt utbyggd företagshälsovård.

Den teoretiska specialutbildningen för skyddsingenjör, som föreslås i det följande, bör inte påbörjas förrän tillräcklig industrierfarenhet inhämtats. Den lämpligaste tidpunkten för utbildningen får avgöras från fall till fall.

Utbildningen bör omfatta allmänna principer för företagshälsovårdande åtgärder och optimala arbetsbetingelser, analysmetoder och kriterier för värdering av kemiska, fysikaliska och mekaniska miljöfaktorer, ergonomi, arbetshygien, skyddsteknik, framförallt förebyggande tekniska och hygieniska åtgärder, orsaksanalyser, föroreningar och skadevärdering av vatten, luft och mark, kriterier och åtgärder i anslutning därtill samt lagstiftning, anvisningar och överenskommelser.

Vid utbildningen torde särskilt böra uppmärksammas och avhandlas följande huvudmoment: Företaget och omgivningen, Arbetet och arbetsmiljön, Människan och arbetet samt Allmän information.

Utbildningens delmoment illustreras närmare i bilaga 3.

Under utbildningen bör anordnas semi-

narier, demonstrationer, laborationer och examensarbete. Tentamen bör avläggas för resp. kursavsnitt.

Som examensarbete bör under läsåret utföras en självständig och för företagets verksamhet värdefull forskningsuppgift. Denna bör omfatta kartläggning eller studium av ett större problemkomplex, där laboratoriestudier och vissa metodikundersökningar skall föregå materialinsamling och mätningar på arbetsplatsen. I ett efterföljande laboratoriearbete bör studien kompletteras, varefter förslag till åtgärder utarbetas. Företräde bör lämnas forskningsuppgifter av eliminationsteknisk natur. Arbetsmedicinska institutets metodlaboratorier beräknas delvis kunna användas för dylikt examensarbete, som bör godkännas av institutet.

Efter fullgörandet av samtliga prestanda i utbildningen bör bevis om kompetens som skyddsingenjör inom företagshälsovården utfärdas. Auktorisationen bör ges av en institution, lämpligen arbetsmedicinska institutet.

En fråga som i anslutning till skyddsingenjörsutbildningen anmäler sig är på vem det skall ankomma att bestrida kostnaden för utbildningen, särskilt under den tid vederbörande deltar i kurs anordnad av arbetsmedicinska institutet eller annan institution eller av branschorganisation. Denna fråga har av utredningen ansetts falla utanför ramen för utredningsuppdraget.

Den specialutbildning som skyddsingenjör förutsättes böra ha torde för närvarande bäst kunna inhämtas genom den *högre skyddsingenjörskurs* på ett år som sedan 1959 anordnats av Svenska arbetsgivareföreningen och som, efter det att arbetsmedicinska institutet tillkommit, beräknas kunna anordnas i institutets regi. Tidpunkt för anordnande av en sådan specialkurs torde lämpligen böra avgöras i samråd mellan institutet och vederbörande företag. För tillträde till kursen bör krävas den praktiska bakgrund som ovan angivits. Enligt vad erfarenheten visat bör utbildningen omfatta en teoretisk-praktisk del med två månaders arbete vid institutet och tio månaders arbete vid de företag, där vederbörande är anställd-

da, dvs. en studiegång på två terminer. Studierna har vid hittills hållna kurser av detta slag uppdelats på introduktionsdagar i början av terminen och tre veckors internatläsning med tentamina i slutet av varje termin. Resten av studietiden har tillbringats i företaget. Genom denna studieordning kan, såsom erfarenheten visat, utbildningen på smidigt sätt anknytas till företagets speciella behov och problem.

Som uppföljning av utbildningen för skyddsingenjörer bör en kurs om tre dagar till en vecka årligen anordnas av arbetsmedicinska institutet eller annan liknande institution med tillräckliga resurser. Därvid bör principiellt viktiga nyheter inom företagshälsovården genomgå.

Möjligheter till fortbildning har numera även öppnats vid de tekniska gymnasierna. Sannolikt kan bl. a. branschriktad fortbildning i viss utsträckning ordnas vid dessa skolor. Sedan 1966 finns även en ny form av arbetsmarknadsutbildning, bristyrkesutbildningen, som man kan repliera på vid behov. Kurser i miljövardsteknik pågår redan vid det tekniska gymnasiet i Östersund. Det är viktigt, att man även vid fortbildningskurser följer centralt utarbetade kursplaner.

#### *Utbildning av biträdande skyddsingenjör*

För biträdande skyddsingenjör erfordras i allmänhet samma teoretiska och allmäntekniska bakgrund som för skyddsingenjör i ledande ansvarig ställning jämte lämplig specialutbildning. Denna bör så långt det är möjligt ges i samtliga de arbetsuppgifter som ingår i företagshälsovården men måste anpassas och läggas till rätta med hänsyn till vederbörandes förkunskaper. Lämpliga modeller för denna utbildning är bl. a. RATI:s och Svenska MTM-föreningens samt Volvos veckokurser liksom Svenska arbetsgivareföreningens tredagars- till treveckorskurser för skyddsingenjörer.

Vid utbildningen bör särskild vikt läggas vid de arbetshygieniska och ergonomiska förebyggande och optimerande åtgärderna

och vid olika metoder att analysera och värdera arbets- och miljöfaktorer. I utbildningen bör ingå grupparbeten och pedagogiskt upplagda undersökningar och metodstudier på olika slags arbetsplatser.

Enligt utredningens mening bör tjänst som biträdande skyddsingenjör kunna vara utbildningstjänst för den som vill meritera sig för fullständig skyddsingenjörskompetens.

För ingenjörer med intresse för och erfarenhet av produktionsfrågor bör enligt utredningens mening en stegvis meritering underlättas mot kompetens som skyddsingenjör eller biträdande skyddsingenjör. Den praktiska delen av utbildningen bör därvid så långt möjligt ske inom företagen eller branschvis. Den teoretiska delen kan ske i kurser som förläggs delvis inom företagen, delvis utanför. För specialiseringen till skyddsingenjör i ledande ställning torde en viss del av utbildningen med nödvändighet behöva förläggas till utbildningsinstitutioner med erforderliga resurser.

#### *Utbildning av annan teknisk personal*

För små och medelstora företag som ej har skyddsingenjör anställd men som kan anlita företagshälsovårdscentral eller utomstående konsult för speciella problem är det nödvändigt, att företagets egna tekniker tar ett visst ansvar för genomförande och uppföljning av företagshälsovårdens tekniska del. För detta ändamål bör väl kvalificerade produktions- eller andra tekniker kunna komma ifråga efter en kortare utbildning. Denna utbildning, som enligt vad utredningen inhämtat bör kunna ordnas i arbetsmedicinska institutets regi, antingen vid institutet eller regionalt, bör förslagsvis omfatta en kurs på minst 17 läsdagar, fördelade på en termin enligt följande.

Terminen inleds med allmän introduktion, där företagshälsovårdens målsättning, omfattning, organisation och arbetsuppgifter presenteras. Samtidigt genomgår för kursen erforderlig litteratur och särskilt utarbetat kursmaterial. Föreläsningarna fördelas där-

efter på tre enveckorsperioder lämpligt förlagda under terminen.

Under *första* läsveckan ägnas två föreläsningdagar åt företagshälsovårdens tekniska del, två läsdagar åt dess medicinska del och en dag åt företagshälsovårdens analys- och mätmetoder.

Under den *andra* veckan ordnas laborationer, övningar och demonstrationer, varvid två dagar ägnas åt mätningar och värderingar av kemiska miljöfaktorer, en dag åt mätning och värdering av fysikaliska miljöfaktorer och två dagar åt mätning och värdering av ergonomiska faktorer. Laborationerna bör i största möjliga utsträckning ske vid metodlaboratorier.

Under den *tredje* veckan ges en slutöversikt och sammanfattning, varvid två dagar ägnas åt omgivningshygieniska faktorer, grannskapsstörande verksamhet såsom buller, luft- och vattenföroreningar, en dag åt företagshälsovårdens organisation, samordning och integration med produktion, arbetsformer och program för olika industri typer och företagsstorlekar, en dag åt företagshälsovårdens replipunkter utanför företagen, en dag åt informations- och utbildningsmaterial samt en dag åt kursdeltagarnas egna speciella problem. – Lördagarna under de tre kursveckorna ägnas åt skrivningar.

Kurser av denna omfattning bör genomgå även av skyddsförmän, skyddsinstruktörer och annan personal som är verksam inom företagshälsovårdens tekniska del eller avses att anlitas härför. Utbildningen bör lämpligen kunna ordnas i företagens egen regi.

För skyddsingenjör, som nu innehar sådan tjänst men icke har den utbildning som enligt utredningens förslag erfordras härför, bör som en övergångsform anordnas erforderliga utbildningskurser branschvis eller inom respektive företag. Härvid bör beaktas att en lång praktisk erfarenhet från skyddsverksamhet kan uppväga bristen på teoretisk utbildning.

För ledningen av den medicinska verksamheten inom företagshälsovården bör finnas en företagsläkare, sidoordnad med den skyddsingenjör som svarar för den tekniska delens arbetsuppgifter. På den medicinska sidan krävs dessutom tillgång till företags-sköterska, i vissa fall också biträdande företagsläkare.

#### *Arbetsuppgifter*

I det föregående har angetts företagsläkarens huvudsakliga arbetsuppgifter, nämligen förebyggande hälsovård, sjukvård och rehabilitering.

I den *förebyggande hälsovården* ingår främst hälsoundersökningar av konventionellt slag för utrönande av arbetstagares lämplighet för aktuella arbetsuppgifter. De kan avse nyanställda men också sådana grupper av anställda, för vilka det föreskrives om eller föreligger särskilt behov av hälsokontroll, t. ex. minderåriga, arbetstagare som är utsatta för särskilda yrkesrisker eller på vilka det ställs speciella arbetskrav eller äldre arbetskraft. Hit hör också rådgivning och annan medverkan i placeringsfrågor, uppföljning av de anställdas anpassning till arbetet o. d. I den hälsovårdande verksamheten ingår vidare utförande i förekommande fall av vaccinationer, medverkan i handläggning av frågor av arbetshygienisk och ergonomisk art, bedömning av

arbetsplatser från arbetshygienisk, arbetsmedicinsk och ergonomisk synpunkt, bedömning av personalrum och andra anordningar för den personliga hygienien m. m.

Till *sjukvården* hör främst planläggning och organisation av den första hjälpen vid företaget, lämnande av sådan hjälp åt dem som skadas eller plötsligt blir sjuka i arbetet ävensom i viss utsträckning behandling av lättare skador, rådgivning vid fall av hälso-skador i arbetet o. d.

I uppgiften *rehabilitering* ingår föranstaltande om åtgärder i syfte att så snart som möjligt återställa och till arbetet återföra dem som i sitt arbete skadats eller blivit sjuka. Hit hör även att sörja för arbets-träning och uppföljning av vidtagna åtgärder och i förekommande fall omplacering i arbetet, medverkan vid placering av anställd för rehabilitering genom samhällets försorg osv.

De viktigaste arbetsuppgifterna, som skall åvila *företagsläkaren* såsom ansvarig ledare för företagshälsovårdens medicinska del, kan sammanfattas enligt följande.

Företagsläkaren skall planlägga, organisera, leda och samordna den medicinska verksamheten samt svara för dess anpassning till företagshälsovården i övrigt och till företagets organisation och produktion. Det skall därvid *särskilt* åligga honom

*att* ha erforderligt samråd och samarbete med den tekniska verksamheten,

*att* medverka vid planering av arbetsmiljön och genomförande av åtgärder av ar-

betshygienisk och ergonomisk art och till förebyggande av yrkesskador,

att från medicinsk synpunkt bedöma kemiska, fysikaliska och ergonomiska faktorer inverkan på de anställdas hälsotillstånd och arbetsförmåga och vid behov medverka till eller föreslå åtgärder till förbättringar eller ändringar som kan påkallas,

att planlägga och utföra hälsoundersökningar av nyanställda och av sådana kategorier av anställda, som är utsatta för särskilda yrkesrisker, har anpassningssvårigheter eller eljest behöver stå under läarkontroll, t. ex. arbetstagare i farligt arbete, betingat arbetsföra och äldre arbetskraft,

att ge råd vid anställning, inplacering i arbete och omplacering av anställda,

att utföra, i den mån förordnande av myndighet ges, vad som åligger besiktning-läkare i fall som avses i kungörelserna om läkarundersökning och läkarbesiktning till förebyggande av vissa yrkessjukdomar samt om läkarundersökning och läkarbesiktning av minderåriga,

att utföra eller organisera vaccinationer när så påkallas av epidemiologiska skäl eller av tjänsteförhållandena,

att medverka vid organiserandet av första hjälpen vid plötsliga sjukdoms- och olycksfall och vid behov lämna erforderlig sådan hjälp,

att ge råd i fråga om hälsobesvär som uppkommit eller förvärrats under arbetet samt, om så överenskommes, ge behandling av lättare olycksfallsskador,

att följa hälsotillståndet inom företaget bl. a. med hjälp av företagets frånvaroregistrering samt sjuk- och yrkesskadestatistik,

att verka för lämpliga åtgärder för rehabilitering av arbetstagare efter olycksfall, sjukdom och annan arbetsoförmåga,

att utöva, där så överenskommes och under beaktande av principen om fritt läkarval, sjukvård bland de anställda, främst i sådana fall där vård kan ges under fortsatt arbete eller där kännedom om arbetsmiljö och arbetsuppgifter kan verksamt bidra till snabb rehabilitering,

att medverka i företagets utbildningsverksamhet,

att hålla kontakt med myndigheter, institutioner m. fl. som verkar inom företags-hälsovården eller beröres av därmed sammanhängande frågor samt

att följa utveckling och forskning inom det medicinska området av företagshälsovården.

De arbetsuppgifter som bör åvila företagsläkare torde i vissa fall, särskilt vid företag med många anställda och allvarliga hälsorisker, icke kunna fullgöras av en företagsläkare utan behöva fördelas på *biträdande företagsläkare*. I vilken omfattning detta lämpligen bör ske får bedömas efter företagets storlek, verksamhetens art och vederbörandes kompetens.

### Utbildning

Företagsläkaren bör ha god allmän medicinsk utbildning kompletterad med speciell utbildning i arbetsmedicin.

Den allmänmedicinska utbildningen bör förvärfvas genom lämpligt avvägd sjukhus-tjänstgöring i underordnad ställning förenad med systematisk undervisning och kunskapskontroll. Utredningen föreslår att denna på nedan angivet sätt samordnas med utbildningen för blivande allmänpraktiker. Den speciella utbildningen föreslås omfatta ett »arbetsmedicinskt år» sammanhållet av arbetsmedicinska institutet och bestå av

dels under tillsammans sex månader kursbunden undervisning i arbetsmedicin och socialmedicin förenad med tjänstgöringar vid institutet eller annan av detta anvisad institution eller sjukhusklinik,

dels under sex månader praktisk tjänstgöring inom företagshälsovården under ledning.

### Den allmänna medicinska utbildningen

Företagsläkares arbete kräver gedigna och breda allmänmedicinska kunskaper. Vid sina kontakter med arbetstagarna – antingen det gäller hälsoundersökningar, arbetsplacerings- och rehabiliteringsfrågor eller sjukvård – ställes han ständigt inför uppgiften att vär-

dera olika sjukdomars betydelse med avseende på både terapeutiska möjligheter och arbetsförutsättningar. Han är den läkare som oftast får första kontakten med sjukdomssymtom hos de anställda och som måste vara beredd att i sin verksamhet möta åkommer av skilda slag. Det hör till hans uppgifter att samordna den enskilde arbetstagarens hälsovård och sjukvård och att förmedla kontakter med samhällets öppna och slutna specialistvård.

Behovet av en god allmänmedicinsk utbildningsbakgrund har också kommit till uttryck i Svenska industriläkarförningens meritvärderingsnormer för blivande företagsläkare. Dessa är utformade 1958 och omarbetade 1962. Som »önskvärda minimikrav för erhållande av industriläkartjänst» anges minst tre års utbildning på sjukhus i underordnad ställning samt genomgången industriläkarkurs. Av de tre sjukhusåren skall minst ett ha fullgjorts vid invärtesmedicinsk eller kirurgisk klinik, sjukstuga eller odelat lasarett. Intill ett halvt år av de två återstående kan bytas ut mot tjänstgöring vid arbetshygienisk institution eller yrkesmedicinsk klinik eller mot tjänst som biträdande företagsläkare.

Vid meritbedömning tillgodoräknas tjänstgöring helt intill tre år men endast med hälften för ytterligare ett års tjänstgöring vid invärtesmedicinsk och infektionsklinik, psykiatrisk klinik, kirurgisk och ortopedisk klinik (för tjänster med kirurgisk verksamhet) samt vid arbetshygienisk institution och yrkesmedicinsk klinik. Detsamma gäller verksamhet som biträdande företagsläkare. Tjänstgöring inom dermatologi, hygien och som tjänsteläkare eller militärläkare tillgodoräknas helt under ett år men med hälften intill ytterligare ett meritår.

Vid bedömning av den blivande företagsläkarens behov av sjukhustjänstgöring har utredningen beaktat dels dessa meritvärderingsnormer, dels den av socialstyrelsen föreslagna tjänstgöringen för blivande allmänpraktiker. Beträffande den sistnämnda framhåller socialstyrelsen i betänkandet »Läkares grundutbildning och vidareutbildning» (SOU 1967: 51, sid. 67) bl. a. följande:

»Utbildningen för allmän praktik skall omfatta följande tjänstgöringar efter allmän-tjänstgöringen, nämligen ett och ett halvt år vid medicinsk klinik – varav högst ett år vid klinik för långvarigt kroppssjuka eller ett halvt år vid rehabiliteringsklinik – ett halvt år vid psykiatrisk klinik, ett halvt år vid valfri klinik inom det somatiska fältet – företrädesvis vid kirurgisk, pediatrik, kvinno-, infektions- eller öronklinik och ett halvt år inom den öppna vården eller vid en socialmedicinsk institution.

Vidare föreslår socialstyrelsen, att systematisk undervisning, förenad med kunskapskontroll, skall anordnas för blivande allmänpraktiker på samma sätt som för blivande specialister. Med hänsyn till vad tidigare anförts om den förväntade inriktningen av allmänpraktikernas arbete, bör undervisningen koncentreras på socialmedicinska frågeställningar. Den kan därför lämpligen förläggas till de socialmedicinska institutionerna.»

Företagshälsovårdsutredningen anser att meritvärderingsnormernas krav på tre års sjukhustjänstgöring inom för företagshälsovården värdefulla ämnesområden bör upprätthållas. Varje företagsläkare måste i första hand ha erfarenhet av invärtes medicin och psykiatri. Socialstyrelsens förslag för blivande allmänpraktiker om minst ett och ett halvt års tjänstgöring vid invärtesmedicinsk klinik och ett halvt års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik bör därför tillämpas också för blivande läkare inom företagshälsovården.

Beträffande kirurgi är behovet av erfarenhet beroende av arbetsplatsens art. Vid arbetsplatser exempelvis inom tung industri med betydande olycksfallsrisker är det i allmänhet nödvändigt att företagsläkare efter vidareutbildningens allmäntjänstgöring har tjänstgjort minst ett år vid kirurgisk klinik. En del av tjänstgöringstiden kan förläggas till ortopedisk klinik. Han erhåller härigenom tillräcklig erfarenhet för att medverka i det förebyggande arbetet och beredskapen mot olycksfall i arbete och kan själv handlägga uppgifter tillhörande den lilla kirurgin. Den enbart genom allmäntjänst-

göringen förvärvade erfarenheten i kirurgi torde vara tillfyllest endast för företagsläkare vid arbetsplatser där olycksriskerna är små, exempelvis i kontorsföretag och vissa arbetsplatser inom handeln. I flertalet fall torde ett halvt års kirurgisk tjänstgöring efter allmäntjänstgöringen motsvara företagsläkarens minimibehov.

Behovet av erfarenheter inom andra specialiteter kan skifta inom rätt vida gränser beroende på arbetsplatsernas typ, produktionens art, personalens sammansättning, verksamhetens lokalisering i förhållande till specialisterurserna inom den öppna och slutna sjukvården i samhället etc. På större arbetsplatser med mer än en företagsläkare kan ofta en avvägning med avseende på arbetsuppgifterna för de olika läkarna vara lämplig. I industriläkarföreningens normer för meritvärdering har tjänstgöring vid dermatologisk och ortopedisk klinik samt infektionsklinik tillmätts särskild betydelse. Vid arbetsplatser med stora grupper kvinnliga anställda är erfarenhet inom gynekologi värdefull.

Företagsläkarens allmänna utbildning bör alltså enligt utredningens mening omfatta ett och ett halvt år vid invärtesmedicinsk klinik, ett halvt år vid psykiatrisk klinik samt minst ett års tjänstgöring vid en eller två valfria kliniker inom det somatiska fältet i för företagshälsovården lämpligt ämne, t. ex. kirurgi, ortopedi, dermatologi, gynekologi eller vid infektionsklinik. Härvid bör behovet av minst sex månaders tjänstgöring inom kirurgi för flertalet företagsläkartjänster beaktas.

Av dessa tre sjukhusår rymmes alltså två och ett halvt år inom ramen för den av socialstyrelsen föreslagna allmänpraktikerutbildningen, medan de ytterligare sex månaderna bör betraktas som en för företagsläkarutbildningen kompletterande tjänstgöring.

Det är alltså möjligt att i väsentliga delar samordna företagsläkarens allmänna medicinska utbildning med utbildningen för blivande allmänpraktiker. Tjänstgöringarna i invärtesmedicin och psykiatri bör få samma omfattning. Den anpassning av företagslä-

karens tjänstgöring till vissa ämnen inom det somatiska fältet, som betingas av särskilda förhållanden på olika arbetsplatser, tillgodoses dels genom de sex valfria månaderna inom allmänpraktikerns sjukhus-tjänstgöring, dels genom det extra halvårets sjukhustjänst utöver den blivande allmänpraktikerns, som företagsläkaren skall fullgöra. Genom att på nedan angivet sätt förlägga öppna vårdstjänstgöringen till företagshälsovården, kan företagsläkaren skaffa sig kompetens för såväl allmän praktik som företagshälsovård på fyra år efter allmäntjänstgöringen.

Utredningen anser dessa möjligheter till samordning av utbildningen vara av stort värde, bl. a. med hänsyn till de läkare, som kommer att utöva såväl företagshälsovård som allmän praktik. I den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården torde det liksom hittills vara nödvändigt och ändamålsenligt att anordna vissa tjänster på deltid. Socialstyrelsen förutser att öppen vård framdeles till största delen kommer att utövas vid grupp-mottagningar med flera läkare, som i vissa fall är allmänläkare med viss specialisering, och mellan vilka en viss uppdelning av verksamheten på olika områden kommer att ske, t. ex. på invärtesmedicin, kirurgi och psykiatri. Utredningen räknar med att det vid en del av dessa mottagningar kommer att föreligga behov av läkare med arbetsmedicinsk orientering, som vid sidan om allmän praktik med exempelvis socialmedicinsk inriktning i större eller mindre utsträckning också ägnar sig åt företagshälsovård. Det är då en fördel att de för allmänpraktik utbildade läkare, som fullgjort sin tjänstgöring i öppen vård inom företagshälsovården, kan skaffa sig full kompetens i arbetsmedicin genom ett års påbyggnad med utbildning som är värdefull också i utövande av allmän praktik.

Den speciella arbetsmedicinska utbildningen

Utbildningen i arbetsmedicin skall ge den blivande företagsläkaren erforderlig kompetens för de arbetsuppgifter, som är specifikt förknippade med företagshälsovården. Den

skall därför ge insikter om vanligen förekommande arbetsprocesser och om den tekniska, biologiska och psykologiska arbetsmiljön och samspelet mellan individ och arbete; vidare om möjligheterna att förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomstillstånd orsakade av eller sammanhängande med arbetet. Läkaren skall också göras förtrogen med företaget som funktionell enhet och med företagshälsovårdens uppgifter, arbetsformer och möjligheter. Utbildningen skall jämväl bibringa fördjupade kunskaper om samhällets verksamhet främst avseende arbetsmarknadsfrågor och sociala omvårdnadsfrågor.

Utredningen anser de minimikrav i form av genomgången företagsläkarkurs, som uppställts av industriläkarföreningen, numera otillräckliga och anser att specialutbildningen i enlighet med vad som inledningsvis anförts bör utformas som ett arbetsmedicinskt utbildningsår.

Under sex månader av detta år skall den blivande företagsläkaren dels delta i undervisning i arbetsmedicin och socialmedicin, dels fullgöra av arbetsmedicinska institutet anvisad tjänstgöring samt under ytterligare sex månader tjänstgöra inom företagshälsovården under ledning.

*Undervisningen i arbetsmedicin.* Enligt av arbetsmedicinska institutet till utredningen framlagd plan bör denna omfatta 180 timmar och uppdelas på fyra perioder om 1 + 1 + 2 + 2 veckor. Den skall bestå av föreläsningar, seminarieövningar, gruppundervisning och laborationer. Vissa avsnitt kan lämpligen samordnas med av institutet anordnade skyddsingenjörskurser. Undervisningen skall kompletteras med studium av anvisad litteratur och vara förenad med kunskapskontroll. Ramen för undervisningen motsvarar i huvudsak densom tidigare angetts för skyddsingenjör. Det förslag till utbildningsprogram som lämnas i bil. 3 bör därför kunna läggas till grund också för läkarutbildningen. Innehåll och omfattning av de olika ämnena i detta program får dock anpassas till vederbörandes skilda förutsättningar och arbetsuppgifter.

*Undervisningen i socialmedicin.* Med hän-

syn till det viktiga samarbete som fordras mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård anser utredningen det vara angeläget, att de blivande företagsläkarna erhåller förutom i arbetsmedicin en systematisk undervisning också i socialmedicin av samma omfattning som läkare inom andra områden av den öppna vården. Utredningen förutsätter därför, att de blivande företagsläkarna under ovannämnda kurstid bereds möjlighet att delta i den av socialstyrelsen föreslagna, till socialmedicinsk institution förlagda undervisningen för blivande allmänpraktiker. Om denna undervisning vid socialmedicinsk institution inte kommit till stånd, när arbetsmedicinska institutet under 1969 beräknas kunna börja den utökade företagsläkarutbildningen, bör för företagsläkare särskilt viktiga delar av socialmedicin läggas in i undervisningen i arbetsmedicin.

Utredningen är medveten om att den föreslagna undervisningen i arbetsmedicin jämte socialmedicin med avseende på antalet undervisningstimmar har större omfattning än den av Specialist- och läkarutbildningssakkunniga (SLUS) föreslagna systematiska undervisningen för blivande specialister inom andra medicinska specialiteter som enligt förslaget bör omfatta ca 120 timmars föreläsningar. Socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet framhåller emellertid i sitt förslag med anledning av i vissa remissyttranden framförda synpunkter på omfattningen av blivande specialisters undervisning, att de 120 timmarna endast bör ses som en riktpunkt i det fortsatta arbetet med detaljplanering av kursernas uppläggning. Vi delar arbetsmedicinska institutets uppfattning att den föreslagna omfattningen av undervisningen i arbetsmedicin är nödvändig för att tillgodose det uppställda utbildningsmålet bl. a. beroende på att väsentliga delar av denna undervisning saknar anknytning till den vanliga läkarutbildningen. Kunskaper om företaget som en del av samhället, företagets och arbetslokalernas förläggning och planering, viktiga delar av produktions utformning och den tekniska arbetshygien är sålunda nödvändiga för den



blivande företagsläkaren men utgör samtidigt ett helt nytt lärostoff för honom. Det samma gäller i hög grad ämnet ergonomi. Även om läkaren är förtrogen med de fysiologiska grunderna för detta ämne har ergonomins tillämpning inom tekniken inte alls berörts inom den grundläggande läkarutbildningen. Än mindre har de rent tekniska frågeställningarna beaktats. Bidragande till det föreslagna högre antalet timmar är också, att undervisningen på grund av kursinnehållets art som tidigare nämnts också bör ges i annan form än föreläsningar.

*Den särskilda av arbetsmedicinska institutet anvisade tjänstgöringen.* Denna tjänstgöring under undervisningsterminen kan förläggas antingen till någon av institutets egna avdelningar eller till yrkesmedicinsk central vid regionsjukhus, men också till hygienisk eller socialmedicinsk institution, länsläkarorganisation, arbetsklirik, företagshälsovårdande verksamhet eller till sjukhusklirik. Tjänstgöringen bör fullgöras parallellt med anvisade litteraturstudier och inkludera ett anvisat specialarbete. Med hänsyn till bristen på för sådana tjänstgöringar avsedda läkartjänster vid institutionerna önskar utredningen särskilt framhålla, att kombinationen av tjänstgöring och sådant specialarbete inom det arbetsmedicinska fältet betyder att tjänstgöringen med fördel kan förläggas till vissa sjukhuskliniker, där sjukdomar med arbetsmedicinsk bakgrund handlägges, t. ex. öronklirik (bullerskador), ortopedisk klirik (belastningssjukdomar), hudklirik (yrkesdermatologiska besvär), psykiatrisk klirik (arbetspsykiatriska problem), rehabiliteringsklirik etc. I sådana fall bör vederbörande klirikchef lämna intyg om specialarbete, som utförts av den tjänstgörande.

*Den praktiska tjänstgöringen inom företagshälsovården.* Denna tjänstgöring bör så vitt möjligt föregå ovanstående sex månader med undervisning och speciell tjänstgöring, så att undervisningen kan bygga på viss erfarenhet hos eleverna om arbetslivets förhållanden och företagshälsovårdens praktiska tillämpning. Den bör förläggas till ar-

betsplats med väl utbyggd företagshälsovård eller till företagshälsovårdscentral, där den kan fullgöras under kompetent företagsläkares ledning.

Som redan framhållits är det angeläget att i möjligaste mån samordna företagsläkarutbildningen med utbildningen för allmän praktik. I den senare skall enligt socialstyrelsens förslag ingå ett halvt års tjänstgöring inom den öppna vården eller vid socialmedicinsk institution. Utredningen anser att detta halvår jämväl – på ovan angivet sätt – skall kunna fullgöras inom företagshälsovården. Sådan tjänstgöring måste anses väl motsvara de önskemål som av socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet framförts beträffande den blivande allmänpraktikerns tjänstgöring i öppen vård, nämligen att denna skall ge erfarenheter av verksamheter, som vanligtvis inte förekommer i den slutna vården, särskilt förebyggande vård och viss socialmedicinsk verksamhet. En sådan förläggning ger den blivande företagsläkaren möjlighet att påbörja sin arbetsmedicinska utbildning inom ramen för allmänpraktikerutbildningen.

### *Specialitet i arbetsmedicin*

SLUS framhåller i sitt betänkande (sid. 173), att man vid upprättande av specialitetsförteckning har att utgå från att denna skall uppta områden inom vilka speciell kompetens kan förvärfvas och praktisk läkarverksamhet tillämpas. Det sägs vidare att »Specialiteten skall vara klart avgränsad mot andra specialiteter och mot den allmänna medicinska verksamheten samt ha sådan karaktär att systematisk undervisning och vetenskaplig forskning kan bedrivas inom dess gränser. Specialiteten skall dessutom vara väl infogad i sjukvårdsorganisationen och ha ett tillräckligt antal kompetenta företrädare för att garantera en fortsatt utveckling och möjliggöra utbildning av blivande specialister.»

Arbetsmedicinen uppfyller enligt utredningens mening dessa kriterier, oavsett om den utövas på sjukhus eller inom företags-

hälsovården. Den är vidare genom sin förankring i arbetslivet och sitt speciella arbetssätt klart avgränsad från andra specialiteter, och genom sin expertfunktion inom arbetslivet också från den allmänna medicinska verksamheten.

Vetenskaplig forskning inom arbetsmedicinens område bedrivs främst vid arbetsmedicinska institutet och yrkesmedicinska klinikerna. Företagshälsovården har redan nu nära kontakt med dessa institutioner. Dessa kontakter beräknas bli än mer omfattande bl. a. som en följd av de blivande företagsläkarnas tjänstgöring under det arbetsmedicinska utbildningsåret.

Företagshälsovården intar på sätt och vis en särställning gentemot övrig hälso- och sjukvård, eftersom den är organiserad och administrerad inom arbetslivet. Den utgör emellertid ett led i de totala hälso- och sjukvårdande insatserna i landet och bör som sådan betraktas som infogad i hälso- och sjukvårdorganisationen.

För att främja en effektiv utveckling av företagshälsovården anser utredningen att i anslutning till föreskrivna praktiska tjänstgöringar en systematisk utbildning skall anordnas för blivande företagsläkare. Den kunskap och de erfarenheter som kan inhämtas under en sådan utbildning kommer att göra den som genomgått densamma kompetent att fullgöra de speciella arbetsuppgifter som åvilar en företagsläkare. Den speciella utbildningen – det arbetsmedicinska året – kommer efter den utbildning som krävs för behörighet att annonsera allmän praktik. Socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet har aviserat att utbildningen för behörighet i allmän praktik kan komma att utvidgas. Likaså torde utbildningskraven för de s. k. specialiteterna komma att förlöpande revideras. En sådan flexibilitet i utbildningsprogrammet ter sig naturlig, eftersom arbetskraven kan förändras och utbildningen därför ständigt måste inriktas på att ge en riktig kapacitetsprofil. Nu föreslagna utbildning för blivande företagsläkare under det arbetsmedicinska året avser att göra dem kompetenta för en specialfunktion inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Utredningen föreslår därför att arbetsmedicin upptas i specialitetsförteckningen. Det är utredningens uppfattning att arbetsmedicinens upptagande som specialitet dels skulle vara av väsentligt värde som kvalitetsmärke till vägledning för den blivande arbetsgivaren, dels skulle stimulera intresset inom läkarkåren för företagshälsovård och därigenom underlätta lämplig rekrytering. Om detta förslag accepteras, kommer utbildningen för och kompetensen hos blivande företagsläkare att kontrolleras av den av SLUS föreslagna nämnden för läkares vidareutbildning.

Vad gäller den i specialutbildningen ingående sex månaders praktiska tjänstgöringen inom företagshälsovården bör det ankomma på arbetsmedicinska institutet och Svenska arbetsgivareföreningen eller i förekommande fall annan arbetsgivarorganisation att träffa överenskommelse med lämpliga företag eller företagshälsovårdscentraler om sådan tjänstgöring. Härvid förutsättes dock, att ifrågakvarande arbetsplatser eller företagshälsovårdscentraler skall godkännas av den ovan angivna nämnden.

Utredningen finner det naturligt att nuvarande praxis för utbildning och meritvärdering tillämpas under en övergångsperiod innan förslaget hinner förverkligas. Det är emellertid önskvärt, att frågorna om företagsläkarnas utbildning och kompetens under ett intensifierat utbyggnadsskede kan följas centralt. Detta skulle kunna ske i det samrådsorgan, som utredningen föreslår.

#### *Övergången till ny företagsläkarutbildning*

Den föreslagna studiegången kan icke till alla delar följas förrän den nya allmänpraktikerutbildningen påbörjats. Dock kan motsvarande sjukhustjänstgöring redan nu tillämpas för blivande företagsläkares allmänna utbildning. Utredningen anser det angeläget att resurser för den utvidgade speciella utbildningen snarast åstadkommes. Arbetslivets intresse för att inrätta nya företagshälsovårdsenheter är för närvarande mycket stort. Den kvalitativa standarden på dessa

kommer i hög grad att bli beroende av möjligheterna att besätta företagsläkartjänsterna med kompetenta innehavare.

Efter samråd med chefen för arbetsmedicinska institutet finner utredningen därför, att den speciella utbildningen i föreslagna former bör påbörjas redan 1969. Med hänsyn till institutets resurser och tillgången till praktikplatser för den speciella av institutet anvisade tjänstgöringen måste utbildningen för 1969 begränsas till en kurs omfattande 15 elever. Under 1970 skall den enligt institutets förslag utökas till två kurser med tillsammans 30 elever och från 1971 till två kurser med tillsammans 40 elever.

Den praktiska tjänstgöringen inom företagshälsovården under sex månader kan konsekvent genomföras enligt förslaget först sedan institutet förfogar över erforderligt antal utbildningstjänster härför. Under en övergångstid torde det vara nödvändigt att acceptera, att denna tjänstgöring i vissa fall fullgöres i annan form, t. ex. som självständigt verksam företagsläkare.

Vad gäller den allmänna utbildningen synes – likaledes under en övergångstid – som vägledning kunna tjäna nuvarande krav i Svenska industriläkarföreningens meritvärderingsnormer på under tre år i vissa former fullgjord utbildning på sjukhus i underordnad ställning.

#### *Erforderliga resurser för den utökade undervisningen*

Redan i betänkandet »Yrkesmedicinska sjukhusenheter – behov och organisation» (SOU 1963: 46) framhölls att det förelåg ett stort behov av ett antal välutrustade sådana enheter. Dessa skulle dels ansvara för diagnostisk verksamhet och konsultation inom det yrkesmedicinska fältet, dels svara för forsknings- och utvecklingsarbete samt för undervisning, utbildning och information inom sitt verksamhetsområde. Med beaktande av tillgängliga resurser föreslog utredningen, att verksamheten under ett uppbyggnadsskede skulle koncentreras till regionsjukhusen. Den konstaterade emellertid samtidigt mot bak-

grunden av redovisat material, avsett att belysa behovssituationen, att behovet av sådana enheter snabbt skulle öka. Företagshälsovårdsutredningen har med beklagande nödgats konstatera, att av de enheter ovan nämnda utredning föreslog endast en inrättats och snart utbyggs till avsedd kapacitet, nämligen vid regionsjukhuset i Örebro. Dessutom har resurserna för motsvarande verksamhet vid lasarettet i Lund ytterligare förstärkts.

Arbetsmedicinska institutet framhåller för utredningen, att man med hänsyn till den föreslagna omfattningen av utbildningen av företagsläkare och skyddsingenjörer och med beaktande av tidigare erfarenheter av sådan utbildning icke kan genomföra denna inom ramen för nuvarande resurser. Detta gäller såväl nu tillgängliga lokaler som erforderlig lärarpersonal.

Företagshälsovårdsutredningen vill med åberopande av det ovan anförda starkt understryka betydelsen av dels att arbetsmedicinska institutet erhåller den förstärkning som erfordras för att den föreslagna kursbundna utbildningen skall kunna påbörjas och att institutets lokalfråga löses, dels att de föreslagna yrkesmedicinska sjukhusenheter snarast utbyggs. Enligt vad utredningen erfarit avser arbetsmedicinska institutets styrelse att framlägga förslag beträffande förstärkning av institutets utbildningsresurser.

Utredningen vill i detta sammanhang rikta uppmärksamheten på frågan om de blivande företagsläkarnas förordnanden och kostnaderna för deras deltagande i undervisningen under det arbetsmedicinska året, eftersom förutsättningarna här icke är jämförbara med dem som gäller övrig specialistutbildning.

Socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet framhåller i sitt förslag beträffande läkares grundutbildning och vidareutbildning att den praktiska tjänstgöringen under bl. a. specialistutbildningen skall betraktas som sjukvårdande, varför kostnaderna icke bör belasta utbildningsorganisationen. Ämbetsverken konstaterar vidare att sjukvårdsbehovet måste vara utslagsgivande för inrät-

tande av tjänster för sådan utbildning. I förslaget sägs också att de ekonomiska frågor som sammanhänger med läkarnas direkta engagemang i vidareutbildningen, t. ex. hur kostnaderna för läkarnas ledighet m. m. i samband med att de deltar i den systematiska undervisningen skall täckas, bör prövas i samband med frågan om hur de avsedda läkartjänsterna skall konstrueras för att svara mot vidareutbildningens intresse.

Företagshälsovårdsutredningen räknar med att de blivande företagsläkarna under den praktiska tjänstgöringen inom företagshälsovården skall vara förordnade som biträdande företagsläkare och följaktligen uppbära lön av huvudmannen (företaget, företagshälsovårdscentralen). Under denna del av det arbetsmedicinska utbildningsåret föreligger alltså överensstämmelse med förhållandena i annan specialistutbildning.

Under den andra delen av specialistutbildningen kommer läkarna att dels delta i kursbunden undervisning, dels utföra av arbetsmedicinska institutet anvisad tjänstgöring. Med hänsyn till denna tjänstgörings speciella inriktning och utformning, med bl. a. utförande av specialarbete, samt dess tidsmässigt begränsade omfattning och avbrotten i tjänstgöringen för deltagande i undervisning, synes det endast i vissa fall möjligt att fullgöra den på tjänster inrättade för sjukvårdens behov. I övriga fall – liksom under undervisningsperioderna – blir det alltså nödvändigt att på annat sätt lösa frågan om läkarnas ekonomiska förhållanden under utbildningen.

Utredningen har diskuterat möjligheterna till studiesociala bidrag och stipendier men finner, att dessa frågor fordrar kompletterande utredning och eventuellt direkta förhandlingar mellan berörda intressenter. Vi vill dock efter samråd med chefen för arbetsmedicinska institutet framhålla möjligheten att vid institutet inrätta erforderligt antal assistenttjänster, på vilka de blivande företagsläkarna kan förordnas under den del av specialutbildningen, då tillfällen till alternativa förordnanden icke står till buds.

### *Arbetsuppgifter*

Företagssköterskan bör utöva sin verksamhet under företagsläkarens ledning. Även om hon i vissa organisationsformer av företagshälsovård icke kan arbeta i fortlöpande läkarkontakt och därför i många uppgifter måste ges omfattande självständighet, bör hennes ansvarige chef vara läkare.

I den inbyggda företagshälsovården vid större arbetsplatser och inom företagshälsovårdscentralerna föreligger möjlighet för ett nära och kontinuerligt samarbete mellan henne och företagsläkaren. Hennes funktion blir här närmast som företagsläkarens kvalificerade medicinska medarbetare, och hennes medverkan är påkallad i alla aktiviteter tillhörande företagshälsovårdens medicinska del. Det är därför nödvändigt att företagssköterskan har sådana kvalifikationer, att hon i största möjliga utsträckning kan biträda företagsläkaren och avlasta honom arbetsuppgifter.

Liksom för företagsläkaren gäller att företagssköterskans arbete till största delen skall vara förebyggande. Det omfattar främst medverkan i olika former av hälsoundersökningar och andra kontakter med de anställda för att följa hälsa och arbetsanpassning. Hon bör biträda läkaren i frågor rörande arbetsplacering och rehabilitering och delta i hälsovårdsundervisning och personlig rådgivning till de anställda i hälsofrågor. Uppgiften att till företagsläkaren vidarebefordra iakttagelser för dennes bedömning och hand-

läggning utgör en väsentlig del av hennes verksamhet. Denna kräver att hon är väl förtrogen med arbetskraven och miljöförhållandena på arbetsplatsen, och hon bör därför göra återkommande arbetsplatsbesök. Det är ofta lämpligt att hon för företagsläkarens räkning samarbetar också med externa organ såsom sjukhus, socialvården, försäkringskassor etc. i angelägenheter rörande arbetstagarna.

Vid sjukdomsfall kan företagssköterskan i betydande utsträckning själv ge råd till arbetstagarna och utföra smärre behandlingar. Hon bör vidare förbereda och sortera de fall som erfordrar läkarvård. Genom sin kännedom om arbetsförhållandena bör hon kunna bidra till att iakttagelser i sjukvårdsarbetet kan utnyttjas inom den förebyggande verksamheten.

Som ovan framhållits kan företagssköterskan i vissa former av företagshälsovård icke arbeta i fortlöpande kontakt med företagsläkaren. Så är fallet för företagssköterskor vid mindre och medelstora arbetsplatser, där läkaren är deltidsanställd eller leder verksamheten från företagshälsovårdscentral. Även om verksamheten på sådana arbetsställen kan vara mindre omfattande, ställes ändå stora krav på insikter och erfarenhet hos företagssköterskan, som är hänvisad till en självständigare handläggning av många arbetsuppgifter. I stor utsträckning kommer hon under sådana förhållanden att fungera som mellanhand mellan läkaren å ena sidan, företaget, personalen och olika

funktioner å den andra. Det krävs av henne yrkeserfarenhet samt god kännedom om det egna företaget och om arbetslivets problematik över huvud taget.

Företagssköterskans arbete har jämfört med övriga sjuksköterskors en delvis speciell karaktär och inriktning. Med hänsyn härtill och med beaktande också av den rådande bristen på sjuksköterskor, har utredningen övervägt om man ej inom vissa former av företagshälsovård skulle kunna undvara sjuksköterskor och utnyttja personal med annan utbildningsbakgrund som företagsläkarens närmaste medicinske assistent. Utredningen är medveten om att man inom den slutna sjukvården under senare år inrättat befattningar, där sjukvårdspersonal med lägre allmänmedicinsk utbildningsnivå kunnat överta arbetsuppgifter, som tidigare handlagts av sjuksköterskor. Genom vårdyrkesskolorna har skapats möjligheter att successivt komplettera sjukvårdsbiträdenas utbildning.

Företagshälsovårdens sjuksköterskor har hittills i flertalet fall rekryterats direkt från den slutna vården och först i efterhand erhållit en begränsad arbetsmedicinsk utbildning genom företagssköterskekurserna. Utredningen förutsätter att företagssköterskan framdeles skall handlägga omfattande, delvis självständiga arbetsuppgifter och att företagsläkaren i större utsträckning än hittills skall ge henne ökat ansvar inom den förebyggande verksamheten. Vi anser därför att företagsläkarens närmaste medicinske medarbetare alltid bör vara sjuksköterska och ha en lika gedigen utbildning som sjuksköterskor inom övrig öppen hälso- och sjukvård. Utredningen förordar också en ordnad utbildningsgång för företagssköterskor, som redan från början är inriktad på förebyggande verksamhet.

Det är dock enligt utredningens mening möjligt och angeläget att en del av de uppgifter som ofta handlägges av företagssköterskor överföres på annan personal. Sålunda kan vissa specialundersökningar, såsom audiometri, synkontroller, blodprovstagningar, laboratorie- och röntgenundersökningar, liksom viss assistans åt läkare i samband

med medicinska undersökningar och behandlingar med fördel utföras av personal med sjukvårdsbiträdes eller undersköterskas utbildningsbakgrund. Så sker också i betydande utsträckning på många arbetsplatser. De sociala och socialmedicinska utredningar som erfordras i vissa fall kan lämpligen utföras av personalkonsulenter. Företagssköterskan bör likaväl som företagsläkaren ha tillgång till kompetent skrivhjälp och andra hjälpmedel som underlättar och rationaliserar hennes arbete.

#### *Medverkan av distriktssköterska i företagshälsovården*

För de mindre arbetsplatserna, som är hänvisade att lösa sin företagshälsovård genom lokala läkare verksamma inom den öppna vården, främst provinsialläkare, och ej har egen företagssköterska, är det ofta ändamålsenligt att för verksamheten anlita distriktssköterskan som läkarens assistent. Även i de fall distriktssköterskan icke formellt är engagerad i företagshälsovårdande verksamhet är det angeläget att hon är förtrogen också med sådana frågor inom hälsovården, som har anknytning till arbetslivet. I hennes arbete ingår medverkan i en rad olika förebyggande verksamheter, såsom mödra- och barnavård, skolhälsovård, åldringsvård och rehabilitering. Det är nödvändigt att hon har kunskaper också om det viktiga avsnitt som gäller individens arbetssituation. Härigenom får hon bättre möjligheter att förstå och beakta alla de faktorer som påverkar individens hälsa och sociala anpassning.

#### *Utbildning*

Företagssköterskornas utbildning bör göra dem kompetenta att tjänstgöra såväl som företagsläkares medarbetare i inbyggd verksamhet och vid företagshälsovårdscentraler som i de tjänster inom företagshälsovården, som kräver en högre grad av självständig verksamhet. Utbildningen bör därför ge grundliga insikter i hygien, socialmedicin och förebyggande hälsovård samt ingående kännedom om företagshälsovårdens syften, innehåll och arbetsformer. Den bör också för-

medla kunskap om arbetslivets uppbyggnad, om företaget som funktionell enhet, om olika arbetsformer och arbetsmiljöer, liksom om yrkesrisks- och arbetsanpassningsfrågor.

Kontakter med 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen

Vid överläggningar med 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen<sup>1</sup> har från företagshälsovårdsutredningens sida framhållits, att lämpliga av samhället tillhandahållna utbildningsmöjligheter för företagssköterskorna är en nödvändig förutsättning för en sådan utbyggnad och upprustning av företagshälsovården, som utredningen föreslår. Sjuksköterskeutredningen har därvid varit enig med företagshälsovårdsutredningen om att företagssköterskeutbildningen med hänsyn till arten och orienteringen bl. a. mot socialmedicinska frågeställningar bör anknyta till och så långt som möjligt samordnas med utbildningen av övriga sjuksköterskor inom öppen hälso- och sjukvård.

Sjuksköterskeutredningen framhåller i sitt betänkande, att slutlig ställning till frågan om behovet och omfattningen av särskild utbildning för sjuksköterskor inom företagshälsovården icke kan tas, förrän resultatet av företagshälsovårdsutredningen föreligger. Sjuksköterskeutredningen anser sig emellertid med hänsyn till distriktssköterskornas kommande uppgifter inom företagshälsovården redan nu kunna föreslå, att 46 timmars undervisning i företagshälsovård medtas i distriktssköterskeutbildningen och där förlägges till dess andra termin.

Det är företagshälsovårdsutredningens uppfattning, att denna utbildning är väl dimensionerad med hänsyn till behovet att ge distriktssköterskan insikter i den problematik som sammanhänger med arbetslivets förebyggande hälsovård. Den ger henne också förutsättningar att i begränsad omfattning medverka i företagshälsovården som assistent till de tjänsteläkare, som genom deltidsengagemang tjänstgör som företagsläkare.

## Utbildningsgång

Som ovan framhållits bör företagssköterskans utbildning anknyta till den utbildning i öppen hälso- och sjukvård, som anordnas för distriktssköterskor. Utredningen föreslår att utbildningen för företagssköterskor efter fullgjord grundutbildning och tjänstgöring inom den slutna sjukvården skall för att ge full kompetens som företagssköterska omfatta dels andra terminen av vidareutbildning i öppen hälso- och sjukvård, dels en omedelbart härpå följande särskild utbildning i företagshälsovård för företagssköterskor omfattande såväl teoretisk som praktisk undervisning under en termin.

## Vidareutbildning i öppen hälso- och sjukvård

För tillträde till vidareutbildningen i öppen hälso- och sjukvård fordras enligt sjuksköterskeutredningens förslag efter fullgjord grundutbildning två års tjänstgöring vid vårdavdelning eller – till viss del – vid mottagningsavdelning. Denna tjänstgöring skall avse minst två olika områden och huvudvikten skall ligga inom ämnena allmän medicin och allmän kirurgi. Företagshälsovårdsutredningen anser att kravet på två års sjukhustjänstgöring måste upprätthållas också för blivande företagssköterskor. Vi vill därvid åberopa samma skäl som anförts av sjuksköterskeutredningen beträffande de blivande distriktssköterskorna, nämligen att företagssköterskornas självständiga arbete kräver god erfarenhet inom sjukvård. Beträffande arten av tjänstgöring bör den föreslagna uppdelningen på två olika områden liksom den huvudsakliga förläggningen till allmän medicin och allmän kirurgi gälla också för blivande företagssköterskor.

Enligt sjuksköterskeutredningens förslag

<sup>1</sup> Sjuksköterskeutbildningen III. Vidareutbildning. Betänkande av 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen (SOU 1966: 73), 1 fortsättning benämnt sjuksköterskeutredningen. Betänkandet har behandlats av riksdagen i maj 1968 (proposition nr 66 år 1968) och förslaget vann riksdagens bifall.

skall möjlighet föreligga för sjuksköterskor, som önskar utbildning för sådana befattningar i öppen hälso- och sjukvård, där man ej har krav på barnavård, barnsjukvård och skolhälsovård, att vidareutbilda sig utan att delta i dessa utbildningsavsnitt. Detta förslag innebär att dessa sjuksköterskor kommer att gå direkt in på undervisningens andra termin.

Beträffande undervisningen i hygien, socialmedicin samt hälso- och sjukvård är denna till innehåll och omfattning väl motiverad för blivande företagssköterskor. Inom ramen för ämnet hälso- och sjukvård erhålles grundläggande insikter i företagshälsovård under 46 undervisningstimmar. Under rubriken klinisk och socialmedicinsk praktik ingår i kursplanen 66 undervisningstimmar under teoretisk-praktisk period i skolhälsovård. Även om denna undervisning icke specifikt är inriktad på företagssköterskornas arbetsuppgifter bör den med hänsyn till den föreslagna uppläggningsen tillmätas ett betydande allmänt värde också för dessa sjuksköterskor och ge dem en bredare inblick i den förebyggande hälsovårdens arbetsmetodik. Detsamma gäller beträffande den till 180 timmar upptagna distriktsvården. Under viss del av denna bör de dock kunna placeras hos en företagssköterska och beredas tillfälle att studera företagshälsovården på arbetsplatsen och dess kontakter med samhällets hälso- och sjukvård. Vad slutligen gäller den praktiska utbildningen vid mentalsjukvårdens hjälpverksamhet bör denna på ett värdefullt sätt kunna komplettera företagssköterskornas kunskaper i psykiatri och ge dem insikter i sociala problem och miljöfrågor.

Den särskilda utbildningen i företagshälsovård

Den särskilda utbildningen syftar till att ge full kompetens för varje form av företagsskötersketjänst. Den bör ges omedelbart efter den med distriktssköterskorna gemensamma terminen och omfatta teoretisk undervisning under förslagsvis åtta veckor uppdelad på tre eller fyra perioder samt praktisk un-

dervisning förlagd till företagshälsovårdsenheter under sammanlagt förslagsvis tio veckor.

*Den teoretiska undervisningen* bör bestå av föreläsningar, studiebesök och seminarieövningar. Den bör bygga vidare på de grundläggande kunskaper i företagshälsovård, som meddelats under föregående termin, och föreslås samlad till följande utbildningsavsnitt:

Arbetslivets uppbyggnad och samverkan mellan parterna på arbetsmarknaden.

Företaget som en funktionell enhet och som en del av samhället.

Samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård samt arbetsvård och socialvård.

Arbetsprocessen och arbetsmiljön (inklusive ergonomi).

Sambandet mellan hälsa och arbete.

De viktigaste yrkessjukdomarna.

Arbetspsykologi.

Företagshälsovårdens arbetsrutiner.

Samarbete företagssköterska - företagsläkare - skyddsingenjör.

Arbetarskyddsstyrelsens och yrkesinspektionens verksamhet.

Arbetsmedicinska institutet och de yrkesmedicinska centralerna.

*Den praktiska undervisningen* bör förläggas till lämpliga företagshälsovårdsenheter, därav under minst fem veckor till en större inbyggd enhet eller större företagshälsovårdscentral, där man har kontinuerligt verksam företagsläkare och där tillfälle ges till grundlig insikt i arbetsförhållandena och ett företags sätt att fungera. En del av praktiken bör lämpligen förläggas till en medelstor eller mindre arbetsplats med väl etablerad företagshälsovård, eftersom många av de blivande företagssköterskorna kommer att erhålla tjänster vid sådana arbetsplatser. Placering vid företagshälsovårdscentral, till vilken är knuten arbetsplats med egen företagssköterska, ger möjlighet till sådana erfarenheter.

Parallellt med den praktiska undervisningen bör studier ske av anvisad litteratur.

*Förläggning och administration av den särskilda utbildningen i företagshälsovård*

Som vi ovan framhållit finns det överensstämmelser beträffande stora delar av ut-



bildningsbehovet för företagssköterskor och distriktsköterskor. Vi anser därför att företagssköterskornas vidareutbildning bör förläggas till utbildningsanstalt för öppen hälso- och sjukvård. Med hänsyn härtill och till det förhållandet att all vidare- och högre utbildning för sjuksköterskor administreras av skolöverstyrelsen har det för utredningen varit naturligt att diskutera en motsvarande förläggning också av företagssköterskornas särskilda utbildning, vilket skulle medföra bl. a. administrativa fördelar. Preliminära utbildningsplaner diskuterades också redan 1965 med gruppen för öppen vård inom sjuksköterskeutredningen. Som redan framhållits beslöt emellertid sjuksköterskeutredningen att låta frågan härom anstå i avvaktan på företagshälsovårdsutredningens ställningstagande.

Företagshälsovårdsutredningen har emellertid ansett sig böra ta avsevärd hänsyn också till hur utbildningen anordnas för övriga personalkategorier inom företagshälsovården. Vi har funnit det uppenbart, att det måste ankomma på arbetsmedicinska institutet att ge specialutbildning åt såväl företagsläkare som skyddsingenjörer men anser också att starka skäl talar för att centralisera specialutbildningen för alla tre personalkategorierna till samma utbildningsinstitution. Företagssköterskornas utbildning omfattar i stort samma utbildningsområden som företagsläkarnas. Även om utbildningsnivån icke är densamma kan begränsade delar av undervisningen samordnas. Sålunda kan exempelvis utbildningsavsnitt, som berör samarbetet mellan skyddsingenjör, företagsläkare och företagssköterska, göras gemensamma för alla tre kategorierna. Därtill kommer att arbetsmedicinska institutet genom sina fortlöpande kontakter med företagshälsovården har särskilda möjligheter att anpassa utbildningens innehåll till de behov som växer fram och att samordna den teoretiska och praktiska undervisningen. Institutet har också hittills tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening anordnat kurser i företagshälsovård för industrisköterskor och kan därför utnyttja betydande erfarenhet av sådan utbildning.

Beträffande förläggningen av den särskilda utbildningen har utredningen övervägt två alternativ, enligt vilka undervisningen anordnas antingen av skolöverstyrelsen eller av arbetsmedicinska institutet.

Starka skäl kan anföras för att arbetsmedicinska institutet skall svara också för företagssköterskornas särskilda utbildning i företagshälsovård. Å andra sidan har från institutets sida anmälts betänkligheter beträffande möjligheterna att åta sig utbildning av såväl skyddsingenjörer och företagsläkare som företagssköterskor. Utredningen har därför ansett sig inte böra ta definitiv ställning till frågan om vem som skall anordna företagssköterskornas särskilda utbildning. Med hänsyn till värdet av att samordna utbildningen av företagshälsovårdens personal är det emellertid en fördel om även denna särskilda utbildning kan uppdras åt arbetsmedicinska institutet. Under förutsättning att institutet ges tillräckliga resurser för denna utbildningsverksamhet, vill vi förorda att även den särskilda utbildningen i företagshälsovård för företagssköterskor anförtros institutet.

#### *Rekrytering och utbildning av företagsköterskor under en övergångstid*

Den föreslagna vidareutbildningen i öppen hälso- och sjukvård för företagssköterskor beräknas börja vårterminen 1971.<sup>1</sup> Krav på sådan utbildning för tillträde till den speciella utbildningen kan följaktligen ställas först 1972. Utredningen föreslår därför att arbetsmedicinska institutet fortsättningsvis fram till 1972 anordnar företagssköterskekurser för de sjuksköterskor som redan är verksamma inom företagshälsovården men icke genomgått sådan kurs samt för sjuksköterskor som före 1972 kommer att rekryteras till sådan verksamhet. Det bör ankomma på institutet att pröva om också praktisk undervisning inom företagshälsovården kan anordnas för de elever vid dessa kurser, som så önskar och är i behov härav. Kur-

<sup>1</sup> Prop. nr 66 år 1968, sid. 38.

serna bör anordnas i sådan omfattning att utbildningsbehovet i möjligaste mån kan tillgodoses före 1972 för de företagssköterskor, som icke kunnat följa ovan föreslagen utbildningsgång.

Utredningen förutsätter att den expansion av företagshälsovården som skett under de senaste åren kommer att fortsätta och att därför ett betydande antal sjuksköterskor behöver nyrekryteras till verksamheten. Med hänsyn till den knappa tillgången på sjuksköterskor anser utredningen det önskvärt att till en del av företagsskötersketjänsterna under de närmaste åren rekryteras sjuksköterskor som under längre eller kortare tid icke utövat sitt yrke men önskar återuppta detta. Tjänster som företagssköterska kan beräknas vara attraktiva för sjuksköterskor med familj, särskilt med hänsyn till arbetsförhållandena. Det torde också bli större efterfrågan på deltidstjänstgörande sjuksköterskor inom företagshälsovården än inom den slutna vården.

Reaktiveringskurser för sjuksköterskor som under viss tid varit borta från sin yrkesverksamhet förekommer numera i arbetmarknadsverkets regi. Utredningen anser, att man bör pröva om ej sådana kurser för lämpliga och intresserade sjuksköterskor skulle kunna byggas på med utbildning i företagshälsovård.

Svensk företagshälsovård har i huvudsak kommit till stånd under de senaste 15–20 åren, och utvecklingen har skett i en successivt ökad utbyggnadstakt. Alltjämt omfattar den dock mindre än 15 % av den förvärvsarbete befolkningen, främst arbetstagare vid stora industriella arbetsplatser. De senaste 3–4 åren har tillkommit ett flertal företagshälsovårdscentraler, gemensamma för mindre och medelstora arbetsplatser med olika branschtillhörighet.

Utvecklingen inom arbetslivet med bland annat snabba och genomgripande förändringar i arbetsmiljön accentuerar behovet av företagshälsovård och gör en snabbare utbyggnadstakt angelägen. Det är önskvärt att denna utbyggnad i större omfattning än hittills ger möjlighet till företagshälsovård för mindre industrier, som ofta har yrkeshygieniska problem. Behovet växer också för icke industriella arbetsplatser, och kommer enligt utredningens mening att finnas vid praktiskt taget alla företag oavsett storlek och näringsgrenstillhörighet.

En så omfattande utbyggnad är givetvis resurskrävande och kan därför genomföras endast på lång sikt. Utredningen har ändå ansett sig böra presentera en uppskattning av de personalresurser, en sådan utbyggnad skulle komma att kräva. Denna har baserats på uppgifter om den förvärvsarbete befolkningens storlek samt på vissa antaganden beträffande erforderlig tidsinsats för företagsläkare, företagssköterskor, skyddsins-

genjörer och övriga tekniker med uppgifter inom företagshälsovården i relation här till.

Uppgifter om den förvärvsarbete befolkningens storlek har erhållits ur »Folk- och bostadsräkningen» 1965 (del IV) och avser förhållandena veckan 3–9 oktober 1965. Som förvärvsarbete räknas personer, som under denna vecka utfört inkomstgivande arbete under minst halv normal arbetstid. Hit föres även medhjälpare familjemedlemmar samt personer, som har förvärvsarbete men som ej arbetat under räkningsveckan på grund av tillfälligt avbrott, t. ex. semester, sjukdom, repetitionsövning, tillfällig arbetslöshet m. m. Räknad på angivet sätt uppgår den förvärvsarbete befolkningen till ca 3 450 000 personer, varav antalet anställda utgör i runt tal 3 065 000.

Till jämförelse kan nämnas att de i arbetsgivaruppgifterna till yrkesskadeförsäkring för år 1965 redovisade arbetstagarna beräknas under året ha utfört sammanlagt omkring 5 016 miljoner arbetstimmar. För statens arbetstagare tillkommer ca 627 miljoner arbetstimmar. Om man antar att 1 900 arbetstimmar motsvarar en årsarbetare, får man en slutsumma av ca 2 970 000 årsarbetare.

Enligt av arbetsmarknadsstyrelsen 1968 publicerade uppgifter (»Svensk arbetsmarknadspolitik i ett nötskal») uppgick arbetskraften vid årsskiftet 1967–68 till ca 3,8 miljoner, varav 37 % var kvinnor. I dessa tal

ingår utländska medborgare med ca 171 000. Antalet anställda väntas öka endast obetydligt fram till 1980. Däremot förutser arbetsmarknadsstyrelsen, bland annat på grund av strukturomvandling, vissa förskjutningar mellan olika näringsgrenar. Detta gäller främst jordbruk/skogsbruk, som beräknas minska från 10 till 3 % av det totala antalet anställda från 1965 till 1968, och ofrentliga tjänster, som beräknas öka från 15 till 20 % under samma tid.

Vi har baserat vår uppskattning av personalbehovet på antalet anställda enligt folkräkningen 1965. För företagsläkare har vi räknat med en genomsnittlig tjänstgöringstid av två veckotimmar och för företagssköterskor av tre veckotimmar per 100 anställda och avser då såväl den förebyggande verksamheten som den i anslutning härtill utövade sjukvården. För skyddsingenjörer har tjänstgöringstiden räknats till två veckotimmar per 100 anställda liksom även för andra tekniker med uppgifter inom företagshälsovården. Dessa antaganden är i huvudsak baserade på erfarenheter från redan existerande företagshälsovård.

Med utgångspunkt från dessa förutsättningar kan det totala personalbehovet, uttryckt i heltidsarbetande med 40 timmars arbetsvecka, beräknas till i runda tal 1 500 företagsläkare, 2 300 företagssköterskor, 1 500 skyddsingenjörer samt 1 500 andra tekniker verksamma inom företagshälsovården.

Detta totala behov är emellertid delvis täckt genom nu existerande företagshälsovård. För att uppskatta omfattningen av denna har utredningen utnyttjat förutnämnda sociala utredning. Denna omfattar samtliga arbetsplatser med minst 100 anställda, dock icke gruvor, byggnadsindustri, skogsbruk, landtrafik och skeppsfart, ej heller statlig och kommunal verksamhet och militära anläggningar. Uppskattningen av det totala respektive det redan täckta behovet har sålunda skett på basis av icke helt jämförbara underlag. Med hänsyn till att det totala behovet av personal kan beräknas endast mycket ungefärligt och att detsamma är stort i förhållande till det redan täckta, har vi an-

sett oss icke böra tillmäta denna bristande överensstämmelse praktisk betydelse. Som komplement till sociala utredningen har utnyttjats av arbetarskyddsstyrelsen från yrkesinspektörerna införskaffade uppgifter avseende antalet nu verksamma skyddsingenjörer.

Beräkningen av det täckta behovet har för företagsläkare skett på följande sätt. Enligt sociala utredningens material har ca 310 000 arbetstagare tillgång till företagshälsovård med företagsläkare. Om ovanstående beräkningsgrunder för tjänstgöringstid tillämpas, motsvarar detta 155 företagsläkare på heltid. Sedan sociala utredningen genomfördes har företagshälsovård anordnats vid ytterligare ett antal arbetsplatser. Enligt utredningens uppskattning motsvarar detta ett nytillskott av 50 heltidsläkare. Det ovan angivna totala behovet av 1 500 läkare kan följaktligen reduceras med 205, och det erforderliga nytillskottet uppgår då i runt tal till 1 300.

En motsvarande beräkning har gjorts beträffande företagssköterskorna. Enligt sociala utredningen är ca 360 000 arbetstagare anställda vid arbetsplatser där sjuksköterskor är verksamma. Med en tjänstgöringstid om 3 veckotimmar per 100 anställda motsvarar detta 270 heltidssjuksköterskor. Enligt utredningens uppskattning har sedan sociala utredningen genomfördes sjuksköterskor anställt inom företagshälsovården i en omfattning motsvarande 75 heltidssjuksköterskor. Det ovan angivna totala behovet av 2 300 företagssköterskor bör följaktligen reduceras med 345, varefter det erforderliga nytillskottet motsvarar ca 1 950 heltidsverksamma företagssköterskor.

För att få en uppfattning om det redan täckta behovet av skyddsingenjörer och övriga tekniker i företagshälsovården har utredningen utnyttjat ovan angivna uppgifter från yrkesinspektörerna. Dessa uppgifter avser sammanlagt ca 75 000 arbetsställen med totalt ca 1,8 miljoner arbetstagare. Vid dessa arbetsställen fanns sammanlagt 760 skyddstjänstemän, varav 634 med ingenjörsutbildning. Av dessa senare var 192 heltidsverksamma i sin uppgift som skyddsingen-

jör, medan 442 därjämte hade andra arbetsuppgifter inom företaget. Av uppgifterna framgår att endast en begränsad del av det ovan framräknade behovet av skyddsingenjörer och andra tekniker i företagshälsovårdande verksamhet är täckt. Vi har uppskattat den erforderliga nyrekryteringen till minst 1 300 skyddsingenjörer och lika många andra tekniker.

Nyrekryteringsbehovet för företagshälsovården kan sålunda beräknat på grundval av tillgängligt underlag uppskattas till följande personalantal:

1 300 företagsläkare,

1 950 företagssköterskor,

1 300 skyddsingenjörer samt

1 300 andra tekniker med uppgifter i företagshälsovården.

När man bedömer de på så sätt framräknade personalbehoven bör man emellertid beakta, att införandet av företagshälsovård kan återverka på behovet av insatser inom den allmänna hälso- och sjukvården.

De genomsnittliga tjänstgöringstider för företagsläkare och företagssköterskor på vilka vi med ledning av erfarenheter från existerande företagshälsovård valt att göra våra behovsuppskattningar, avser som redan nämnts såväl förebyggande verksamhet som sjukvård utövad i anslutning härtill. Om sjukvården i den fortsatta utbyggnaden får mindre omfattning än hittills, kommer behovet av företagsläkare och företagssköterskor att bli lägre än det ovan framräknade.

Utredningen bedömer det – av skäl som anförts i kapitel 8 – motiverat att viss sjukvård även framdeles ingår i företagshälsovården. Det finns emellertid anledning att räkna med att sjukvårdsdelen kommer att bli mindre allt efter som samhällets resurser för öppen vård förstärks. Med hänsyn härtill har vi ansett oss böra sätta företagshälsovårdens personalbehov i relation också till enbart den förebyggande verksamheten. En så genomförd behovsuppskattning kan nämligen ge en uppfattning om hur stor del av landets totala läkar- och sjuksköterskeresurser man behöver ta i anspråk, om företagshälsovården utvidgas till att omfatta hela arbetslivet. Om den förebyggande verksam-

heten antas kräva en tjänstgöringstid av en veckotimme per 100 anställda för företagsläkare och 1,5 veckotimmar för företagssköterska, motsvarar de erforderliga personaltillskotten, uttryckt i heltidsarbetande, 650 företagsläkare och 975 företagssköterskor.

Effekten av den förebyggande verksamheten kan på kort sikt bli ökade anspråk på samhällets sjukvårdsresurser, bland annat därför att hälsoundersökningar aktualiserar potentiella utrednings- och behandlingsbehov. På längre sikt bör man däremot kunna förvänta en motsatt effekt. I företagshälsovårdens uppgifter ingår att fortlöpande och systematiskt inventera och tidigt angripa hälso- och anpassningsproblem. Härigenom kan många gånger undvikas att sjukdomstillstånd utvecklas i ogynnsam riktning och att arbetsoförmåga inträder. Man har därför anledning räkna med ett reducerat behov av samhälleliga vårdinsatser av olika slag.

Inom företagshälsovården genomföres förebyggande uppgifter, som eljest måste handläggas under medverkan av kvalificerad personal i annan verksamhet. På så sätt avlastas samhället uppgifter tillhörande den förebyggande hälsovården, rehabilitering, dispensärverksamhet, nykterhetsvård etc. En väl avvägd samverkan mellan företagshälsovården och de samhällsorgan, som svarar för sådan verksamhet, innebär en effektivisering och ett bättre utnyttjande av tillgängliga resurser. Ett huvudmotiv för att införa företagshälsovård är ju att denna genom sitt speciella sätt att arbeta och sin lokalisering till arbetsplatserna har särskilda förutsättningar att komplettera förebyggande verksamhet i samhällelig regi.

En utbyggnad av företagshälsovården innebär att man tar i anspråk personella resurser för nya uppgifter, men också att man hit överför uppgifter från andra verksamhetsområden. Detta får i sin tur konsekvenser på personalsidan, vilket bör beaktas när man bedömer de ovan framräknade behoven av läkare och sjuksköterskor för företagshälsovården.

Som redan nämnts har den hittillsvarande utbyggnaden av företagshälsovården till övervägande del berört industrin. Enligt sociala utredningen hade vid tidpunkten för detta materials insamlande i runt tal var femte industrianställd – eller ca 280 000 personer – tillgång till företagshälsovård med läkare. Om hänsyn tas till senare anordnade verksamheter kan täckningen vad gäller företagshälsovårdens medicinska del uppskattas till 25 %. På skyddsteknikersidan har utredningen med hänsyn till frekvensen inom industrin av yrkesrisker och komplicerade yrkeshygieniska och ergonomiska frågor ansett behovet av skyddsingenjörer motsvara en tjänstgöringstid av tre veckotimmar per 100 anställda och av andra tekniker inom företagshälsovården två veckotimmar per 100 anställda. Enligt förutnämnda av yrkesinspektörerna lämnade uppgifter har 675 industriella arbetsställen med tillsammans ca 350 000 arbetstagare skyddstjänsteman anställd. Med hänsyn till att vissa av dessa skyddstjänstemän icke har ingenjörsutbildning och att flertalet skyddstjänstemän fullgör sin verksamhet på deltid har utredningen uppskattat behovstäckningen för skyddsingenjörer till endast ca 10 % och för övriga skyddstekniker till ca 20 % av industrins totala behov.

Det nytillskott av personal som, sedan hänsyn tagits till ovan uppskattade täckning, skulle erfordras för hela industrin har av utredningen uppskattats till 525 företagsläkare, 800 företagssköterskor, 900 skyddsingenjörer samt 550 andra tekniker verksamma inom företagshälsovården.

#### *Personalbehov vid utbyggnad av företags-hälsovårdscentraler*

Karakteristiskt för den hittillsvarande utvecklingen är – förutom lokaliseringen till industrin – att företagshälsovård etablerats främst i stora företag. Sålunda förfogar flertalet arbetsplatser med över 1 000 anställda över sådan verksamhet, som regel i egen

regi. Företag med mellan 500 och 1 000 anställda har företagshälsovård i en omfattning, som med stöd av den sociala utredningen kan uppskattas motsvara en fjärdedel av det totala antalet arbetstagare. Verksamheten är vid dessa företag anordnad antingen i företagets regi eller genom anslutning till företagshälsovårdscentral. För att de mindre företagen skall få möjlighet att i större omfattning anordna företagshälsovård, måste antalet centraler ökas avsevärt. Utredningen anser det önskvärt att företagshälsovårdscentraler inrättas i alla tätorter med tillräckligt arbetstagarunderlag.

Utredningen vill här belysa effekten av att exempelvis 100 nya centraler inrättas, var och en betjänande i genomsnitt 2 000 arbetstagare. Vi har utgått från att företag med över 1 000 anställda i allmänhet anordnar sin företagshälsovård i egen regi och följaktligen icke kommer att anlita företags-hälsovårdscentraler. Beträffande företag i storleksordningen 500–1 000 anställda har vi gjort det antagandet, att dessa i en omfattning motsvarande hälften av det totala antalet arbetstagare löser sin företagshälsovård på samma sätt, medan de övriga kommer att anknyta till centralerna. Enligt företagsregistret uppgick antalet arbetstagare vid företag med 500–999 anställda år 1965 till sammanlagt ca 184 000. Omkring en fjärdedel av dessa har – som ovan nämnts – tillgång till företagshälsovård. För enkelhetens skull har vi antagit, att behovet av såväl företagsläkare och företagssköterskor som skyddstekniker är täckt för dessa ca 46 000 arbetstagare. Med de förutsättningar som ovan gjorts skulle hälften av de återstående ca 138 000 eller i runt tal 70 000 arbetstagare komma att betjänas av de nya centralerna. Då dessa skulle ha en kapacitet motsvarande 200 000 anställda, skulle följaktligen en andel motsvarande minst 130 000 vara disponibel för arbetsplatser med färre än 500 arbetstagare. Det kan nämnas att antalet anställda vid dessa senare arbetsplatser enligt ovannämnda källa uppgår till ca 1 398 000.

Personalbehovet för en utbyggnad med 100 nya företagshälsovårdscentraler uppgår, om de genomsnittliga tjänstgöringstiderna

antas vara desamma som tillämpats vid uppskattningen av en hela arbetslivet omfattande verksamhet, till 100 företagsläkare, 150 företagssköterskor, 100 skyddsingenjörer och 100 andra tekniker.

Utredningen vill särskilt framhålla, att behovsberäkningarna i de två sista avsnitten endast utgör exempel och icke syftar till någon prioritering.

#### *Utbyggnadstakt och utbildningsresurser*

Enligt utredningens uppfattning bör den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården ske med personal som erhållit den av utredningen förordade företagsläkarutbildningen. I vilken takt utbyggnaden kan ske beror emellertid på tillgången på läkare, sjuksköterskor och tekniker. Som framgår av kapitel 11 »Företagsläkare – arbetsuppgifter och utbildning» (sid. 73) beräknar arbetsmedicinska institutet kunna påbörja den nya företagsläkarutbildningen 1969. Enligt institutets förslag, som förutsätter utökade resurser, kan detta år utbildas 15 företagsläkare, 1970 30 och från 1971 40 nya läkare per år. Förslaget är utarbetat mot bakgrunden av att det för närvarande inte finns tillräckligt antal experter på området, som kan tjänstgöra som lärare. Först efter ytterligare några år, då flera experter hun-

nit utbildas, och under vilken tid man fått erfarenhet av det nya utbildningssystemet för företagsläkare, beräknas kapaciteten på utbildningen kunna ökas, förutsatt att institutets resurser förstärks. Institutet anser sig då böra framlägga ny plan för utbildningen.

Utredningen har, för att bilda sig en uppfattning om den takt i vilken den fortsatta utbyggnaden kan ske, gjort vissa beräkningar av företagsläkarkårens tillväxt fram till 1980. Dessa är utförda under förutsättning att utbildningsvolymen kvarstår oförändrad vid 1971 års nivå, att de tillgängliga utbildningsplatserna till fullo kommer att utnyttjas och att läkarna omedelbart efter avslutad utbildning anställs som företagsläkare. Det framräknade nytillskottet av företagsläkare är uttryckt i heltidsarbetande. En viss del av de utbildade förutses emellertid bli endast deltidverksamma inom företagshälsovården varför vid framräkning av nytillskottet antalet utbildade med hänsyn härtill reduceras med 20 procent. För åren 1969–71 har gjorts ytterligare en reduktion av tillskottet i förhållande till utbildade med 10 %, vilket beräknas motsvara antalet elever (läkare) som redan före 1969 varit verksamma inom företagshälsovården. Avgången är beräknad till 5 % och antalet företagsläkare verksamma på heltid 1968 uppskattat till 200. Med ovan nämnda utbildningsresurser blir den successiva tillväxten av antalet företagsläkare såsom framgår av tabell 8.

Det beräknade nytillskottet av företagslä-

*Tabell 8.* Preliminär beräkning av den successiva tillväxten av antalet företagsläkare åren 1969—80

År	Utbildade	Reduktion enl. ovan	Avgång	Nyttillskott	Totalt antal
1968					200
1969	15	5	10	0	200
1970	30	9	10	11	211
1971	40	12	11	17	228
1972	40	8	11	21	249
1973	40	8	12	20	269
1974	40	8	13	19	288
1975	40	8	14	18	306
1976	40	8	15	17	323
1977	40	8	16	16	339
1978	40	8	17	15	354
1979	40	8	18	14	368
1980	40	8	18	14	382

kare under åren 1969–80 kommer alltså, om icke utbildningsresurserna kan förstärkas, att vara begränsat till ca 180. Om antalet nya företagsläkare åren 1966–68 uppskattas till 40 heltidsarbetande, skulle nytillskottet för 1965–80 komma att uppgå till ca 220. Som en jämförelse kan nämnas att det totala antalet heltidsarbetande läkare enligt socialstyrelsens beräkningar från 1965 till 1980 förväntas stiga med ca 7 600. Av denna ökning är dock ca 2 700 läkare i underordnad ställning under vidareutbildning. Om hänsyn tas endast till nytillskottet av läkare som är färdigutbildade för sluttjänst, stannar ökningen sålunda vid i runt tal 4 900. Antalet nya företagsläkare under nämnda period skulle sålunda utgöra endast ca 4,5 % av det totala nytillskottet av för sluttjänst färdigutbildade läkare.

Utredningen har uppskattat det hittillsvarande antalet arbetstagare som har tillgång till företagshälsovård till ca 400 000. Ökningen av antalet utbildade företagsläkare fram till 1980 innebär – om läkarnas genomsnittliga tjänstgöringstid antas vara 2 veckotimmar per 100 anställda – att resurserna i fråga om läkare skulle göra det möjligt att bereda företagshälsovård åt ytterligare ca 360 000 arbetstagare. Under förutsättning att man också kan utbilda tillräckligt antal företagsköterskor, skyddsingenjörer och andra skyddstekniker, skulle utbildad personal finnas för att anordna företagshälsovård för totalt ca 760 000 arbetstagare eller ca en fjärdedel av det totala antalet arbetstagare i landet.

Som i inledningen av detta kapitel framhålls är det utredningens uppfattning att behov av företagshälsovård föreligger vid praktiskt taget alla arbetsplatser samt att utbyggnaden bör genomföras med personal som särskilt utbildats härför. Utbyggnadsmöjligheterna är emellertid beroende av tillgången på läkare, sjuksköterskor och tekniker. Utredningen är medveten om att det måste ske omsorgsfulla avvägningar med avseende på hur föreliggande knappa personella resurser skall disponeras för att tillgodose angelägna behov i samhället.

Med hänsyn till det stora värde utredning-

en tillmåter företagshälsovården är en utbyggnadstakt, som 1980 kan ge endast en fjärdedel av alla arbetstagare tillgång till företagshälsovård, helt otillfredsställande. Om man vill uppnå eller åtminstone närma sig det angivna målet, är det därför angeläget att snarast väsentligt utöka utbildningsresurserna.



Redan i det betänkande från socialvårdskommittén (SOU 1944: 15) som låg till grund för 1947 års lag om allmän sjukförsäkring konstaterades betydelsen av hälsovårdande åtgärder. Kommittén ansåg sig emellertid icke böra föreslå att sjukförsäkringskassornas uppgifter utvidgades till hälsovård av det skälet att man icke från början ville belasta den nya organisationen med uppgifter som alltför mycket skulle sträcka sig utöver dem som då åvilade de erkända sjukförsäkringskassorna. Kommittén underströk emellertid att frågan om en utvidgning av kassornas uppgifter att omfatta även vissa delar av hälsovården borde upptas till ny prövning utan alltför långt dröjsmål. I propositionen 1946: 312 framhöll departementschefen att spörsmålet om en utökning av hjälpformerna borde upptas till omprövning sedan någon erfarenhet vunnits om lagens verkningar. Detta ansågs bl. a. böra gälla de hälsovårdande åtgärderna.

I socialförsäkringsutredningens betänkande (SOU 1952: 39), som låg till grund för 1953 års beslut i sjukförsäkringsfrågan, erinrades om den hälso- och sjukvårdande verksamheten vid vissa företag. I syfte att främja arbetsgivarnas intresse för att anordna läkarvård eller annan sjukvård för de anställda föreslog utredningen, att allmän sjukförsäkringskassa skulle ha möjlighet att efter överenskommelse med arbetsgivare lämna skälig gottgörelse för kostnaderna för vården, om denna kunde antas minska kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen.

Förslaget upptogs i propositionen i ämnet 1953: 178 och godkändes av riksdagen. Bestämmelsen, som infördes i 19 § andra stycket lagen om allmän sjukförsäkring, hade följande lydelse:

Allmän sjukförsäkringskassa äger med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kunna antagas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader. Överenskommelsen skall för att vara gällande fastställas av tillsynsmyndigheten.

Motsvarande bestämmelse finns intagen i 2 kap. 7 § lagen om allmän försäkring den 25 maj 1962.

I november 1954 tillställde riks-försäkringsanstalten sjukförsäkringskassorna en promemoria avsedd att tjäna till ledning vid träffande av sådana överenskommelser. Svenska arbetsgivareföreningen hemställde emellertid i skrivelse till socialministern om vissa ändringar av anvisningarna i riks-försäkringsanstaltens promemoria. Denna skrivelse jämte riks-försäkringsanstaltens yttrande över densamma överlämnades till utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning för övervägande vid fullgörande av utredningens uppdrag.

Utredningen kom vid prövning av frågan till den uppfattningen, att man från sjukförsäkringskassorna hade anledning att inta en mindre restriktiv hållning till frågan om gottgörelsens storlek vid tolkningen av 19 § andra stycket sjukförsäkringslagen, och att det var möjligt att utan lagändring åstadkomma gynnsammare förutsättningar för överens-

kommelser mellan sjukkassor och arbetsgivare om gottgörelse för sjukvårdande åtgärder.

Det framhölls emellertid, att utredningen i samband med denna tolkning av förenämnda lagbestämmelse inte ansett sig böra ta ståndpunkt till frågan om i vad mån det är lämpligt och möjligt att låta sjukförsäkringen utge ersättning även för åtgärder av allmänt hälsovårdande natur.

I anslutning härtill föreslog utredningen i en särskild promemoria i augusti 1955 vissa riktlinjer för en ändrad tillämpning av 19 § andra stycket sjukförsäkringslagen.

Detta förslag från utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning låg till grund för ett kungligt brev den 2 december 1955 till dåvarande riksförsäkringsanstalten vari meddelades, att de riktlinjer som föreslagits i utredningens promemoria i huvudsak skulle följas vid tillämpningen av ifrågakvarande lagrum.

Riksförsäkringsanstalten utfärdade därefter genom cirkulärskrivelse (nr 7/1956) den 26 januari 1956 till sjukkassorna nya föreskrifter angående tillämpningen av 19 § andra stycket lagen om allmän sjukförsäkring. De sålunda meddelade föreskrifterna är av följande lydelse:

Allmän sjukkassa må vid träffande av överenskommelse med arbetsgivare, som anordnar *läkarvård* eller vidtager *andra sjukvårdande åtgärder* så att kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kunna antagas minska, förbinda sig att gottgöra arbetsgivaren med högst hälften av den nettokostnad han har för sådana åtgärder. Vidtager arbetsgivaren jämväl åtgärder av hälsovårdande natur, må gottgörelsen bestämmas till högst hälften av hans sammanlagda nettokostnader för sjuk- och hälsovårdande åtgärder, så framt minst hälften av dessa kostnader kan antagas belöpa på de sjukvårdande åtgärderna; underskrider nettokostnaden för sistnämnda åtgärder hälften av de sammanlagda nettokostnaderna, skall gottgörelsen jämkas nedåt i minst motsvarande mån.

Vid bedömningen av arbetsgivarens nettokostnader för här ifrågakvarande åtgärder skall gälla, att kostnaderna för sådana åtgärder som åligga arbetsgivaren enligt arbetarskyddslagstiftningen icke må tagas i beräkning och att övriga kostnader ej må beräknas till högre belopp än vad som kan anses skäligt.

Värdet och betydelsen av hälsovårdande

åtgärder har således i olika sammanhang understrukits och samtidigt har det framhållits, att man efter hand som erfarenhet vunnits skulle ompröva möjligheten att utvidga sjukkassans uppgifter till att omfatta även hälsovårdande verksamhet.

Denna principiella inställning kom också till klart uttryck i socialministerns diktamen till statsrådsprotokollet i december 1961, vid beslut om tillsättande av sjukförsäkringsutredningen, genom bl. a. följande yttrande:

För att rätt till sjukvårdsförmåner från sjukförsäkringen skall föreligga kräves enligt nuvarande regler att sjukdom föreligger. Åtgärder som är avsedda att förebygga uppkomsten av sjukdomstillstånd är alltså icke ersättningsgilla. Det är uppenbart att ett mycket nära samband föreligger mellan den förebyggande hälsovården och sjukvården. Allt mer har man också kommit till insikt om värdet av att genom olika åtgärder hindra uppkomsten av sjukdom. Resurserna när det gäller sådan förebyggande vård har också stärkts. Det står utan vidare klart att denna vård står mycket nära de intressen som beröres av sjukförsäkringslagstiftningen.

Företagshälsovårdutredningen anser det otillfredsställande att alltjämt endast sjukvårdande – efterhjälpande verksamhet är ersättningsgill men inte förebyggande verksamhet. Nuvarande restriktiva bestämmelser är inte ägnade att stimulera utvecklingen av företagshälsovården på ett sätt som motsvarar dess stora betydelse i samhällets totala hälsovårdande och sjukvårdande verksamhet. Särskilt bör härvid beaktas att tyngdpunkten i modern företagshälsovård ligger på förebyggande åtgärder. Sjukvården är att se som ett komplement härtill och kan därför ej numera rimligtvis utgöra huvudkriteriet för ersättning från försäkringskassa till arbetsgivare. Den nu angivna synen på företagshälsovården framkommer både i vad utredningen i det tidigare anförts och i den överenskommelse i frågan, som 1967 träffades mellan SAF och LO.

Vidare ger utredningens erfarenheter vid handen, att det bör undersökas om den administrativa gången av ersättningsärendena kan förenklas. Det är av vikt att erhålla en smidig prövning av en viss företagshälsovårds ersättningsgillhet och en snabb utbe-

talning av ersättningen. Behovet härav framstår särskilt starkt i företagshälsovårdscentralerna, som ju administreras av en förening eller stiftelse – till vilken arbetsgivarna ansluter sig – och som på grund därav saknar det rörelsekapital som ett företag med företagshälsovård i egen regi kan förutsettas ha. Även för den senare typen av företagshälsovård är emellertid en smidig och snabb handläggning av ersättningsfrågorna i hög grad önskvärd.

Utredningen har haft kontakt och överläggningar med 1961 års sjukförsäkringsutredning och till denna framfört sina synpunkter på behovet av en översyn och förbättring av villkoren för gottgörelse från försäkringskassa till företag, som anordnar företagshälsovård i egen regi eller via företagshälsovårdscentraler. Försäkringsutredningens representanter deklarerade mycket positivt intresse för frågan och bekräftade, att det enligt direktiven fick anses ingå i utredningens uppgifter att utreda även denna fråga.

Vid utformningen av nya bestämmelser för ersättning från försäkringskassa bör även beaktas behovet av nära samverkan mellan företagsläkaren och skyddsingenjören för att åstadkomma en företagshälsovård, som omfattar såväl medicinskt som tekniskt förebyggande åtgärder samt viss sjukvård och rehabilitering.

Företagshälsovårdsutredningen anser att en omprövning bör ske av villkoren för gottgörelse från försäkringskassa till arbetsgivare, som anordnar företagshälsovård i egen regi, genom företagshälsovårdscentral eller på annat likvärdigt sätt.

I ILO-rekommendationens allmänna anvisningar punkt 25 uttalas att »Den nationella lagstiftningen bör föreskriva vilken myndighet som skall vara ansvarig för övervakningen av företagshälsovårdens organisation och verksamhet. I tillämpliga fall må rådgivningsverksamheten på detta område delegeras på erkända tekniska organ».

I remissyttranden över rekommendationen till delegationen för det internationella socialpolitiska samarbetet, nuvarande ILO-kommittén, erinrade år 1959 dåvarande medicinalstyrelsen om sina allmänna skyldigheter och rättigheter att övervaka den medicinska och hygieniska verksamheten i vårt land samt om medicinalpersonalens ansvar inför den högsta medicinska instansen, medicinalstyrelsen. I yttrandet framhölls vidare beträffande denna punkt i rekommendationen bl. a. följande: I princip har styrelsen rätt att övervaka och bedöma medicinalpersonalens medicinska handlande. Å andra sidan har även arbetarskyddsstyrelsen övervakningsskyldigheter och rättigheter vis å vis arbetstagare. Några speciella föreskrifter om inspektion av den medicinska verksamheten vid företagen finnes för närvarande icke. Det vore enligt medicinalstyrelsens mening synnerligen lämpligt att sådana utformades. Ett samgående mellan arbetarskyddsstyrelsen och medicinalstyrelsen torde här kunna bli till stort gagn.

Arbetarskyddsstyrelsen framhöll i sitt yttrande att det stora flertalet av de frågor,

som är upptagna i rekommendationen, är av den natur, att de faller under bestämmelserna i arbetarskyddslagen. Arbetarskyddsstyrelsen har således i dessa delar de befogenheter, som skall tillkomma den myndighet, som enligt punkt 25 i rekommendationen skall vara ansvarig för övervakningen av företagshälsovårdens verksamhet. De frågor som icke faller under arbetarskyddsverkets tillsynsområde, t. ex. de i rekommendationens kapitel V upptagna frågorna angående personal och utrustning, torde böra handhas av annan myndighet, närmast medicinalstyrelsen.

Som framgår av kapitel 16 »Sammanfattning och förslag» (sid. 105) anser utredningen att frågan om förverkligandet av ILO-rekommendationen om företagshälsovård inte bör lösas genom lagstiftning i vårt land. I konsekvens härmed finner utredningen det inte heller motiverat föreslå lagstiftningsåtgärder beträffande tillsyn och rådgivning ifråga om företagshälsovårdens organisation och verksamhet. Det bör enligt utredningens mening vara möjligt att frivilligt åstadkomma erforderligt samråd och samarbete beträffande denna verksamhet. De olika organisationer och institutioner som beröres av denna verksamhet, bör givetvis inte verka på var sitt område utan kontakt med varandra.

Socialstyrelsen har sina givna uppgifter ifråga om företagshälsovården. Arbetarskyddsstyrelsen likaså. SAF-LO har genom

ömsesidig överenskommelse beslutat verka för utveckling av företagshälsovård i första hand inom sina respektive organisationers verksamhetsområden. Landstingen har i sin egenskap av sjukvårdshuvudmän också intresse av företagshälsovårdens utveckling. Andra intressenter finns också.

Det bör vara ett gemensamt intresse att genom ömsesidig information söka få en samlad överblick över hela verksamhetsområdet för att kunna fortlöpande följa och befrämja utvecklingen av företagshälsovården i hela landet. Genom ett organiserat samråd bör det bli möjligt att få aktuella uppgifter om såväl behov som tillgängliga resurser av läkare, skyddsingenjörer och sjuksköterskor liksom även utbildningsresurser. I ett sådant organ kan berättigade intressen från olika områden av verksamheten framföras och prövas. Det bör kunna bli en observationspost, som ger möjlighet till utblick för att kunna bedöma den företagshälsovårdande verksamheten i och för sig men också som en del i samhällets hälsovård och sjukvård.

Resursfrågan har avgörande betydelse för framstegstakten i utbyggnaden av företagshälsovården. Den måste därför ha en framskjuten plats i planeringen av verksamheten. Samråd och samplanering även med huvudmännen för samhällets hälsovårdande och sjukvårdande verksamhet är därför en angelägen uppgift.

Utredningen ifrågasätter givetvis inte socialstyrelsens och arbetarskyddsstyrelsens uppgifter och befogenheter beträffande företagshälsovården även i fortsättningen. Socialstyrelsen har möjligheter att genom sjukvårdshuvudmännen inhämta vissa uppgifter om företagshälsovårdande aktiviteter på olika håll i landet. Arbetarskyddsstyrelsen bör kunna erhålla motsvarande uppgifter genom yrkesinspektionsdistrikten. Arbetsgivareföreningen och Landsorganisationen kan utnyttja sina underorganisationer eller Arbetarskyddsnämnden för att få uppgifter inom deras verksamhetsområden. Även Landstingsförbundet och Kommunförbundet bör som riksorganisationer kunna på motsvarande sätt följa verksamheten. Det är önskvärt

att man på grundval av dessa var för sig avgränsade aktiviteter kan följa upp och sammanföra tillgängliga informationer för att därigenom överblicka verksamheten över hela landet. Med hänsyn till att utbildningsuppgifterna enligt utredningens förslag väsentligen anförtros åt arbetsmedicinska institutet, bör det också ankomma på detta att ta erforderliga kontakter och följa upp verksamheten i denna del.

Behovet av att söka motverka en splittrad verksamhet är enligt utredningens mening så starkt, att det motiverar organiserat samråd och samarbete i någon form på riksplanet, i varje fall under en uppbyggnadsperiod och till dess större erfarenhet av verksamheten vunnits. Utredningen utgår från att det hos berörda instanser finns intresse och förståelse för behovet av att genom samråd och samverkan söka åstadkomma bästa möjliga utnyttjande av de resurser som kan engageras för företagshälsovården. Utan någon form av överenskommelse om detta blir det i regel endast sporadiska kontakter när en eller annan fråga är aktuell. Liksom man mellan arbetsmarknadens parter, SAF och LO, baserar sitt arbete för företagshälsovården på frivillig överenskommelse, bör det också vara möjligt att genom frivilligt åtagande få till stånd organiserad kontakt och samverkan i en vidare krets, så att den täcker all företagshälsovårdande aktivitet i landet.

Utredningen har däremot ansett sig ej för närvarande böra förorda motsvarande form av samverkan på regionplanet men förutsätter, att sjukvårdshuvudmannen inom respektive region och övriga intressegrupper söker kontakt för samråd om företagshälsovården. Det bör ankomma på det föreslagna samrådsorganet på riksplanet att utforma och rekommendera riktlinjer för detta samarbete på regionplanet.

Med hänsyn till det anförda anser utredningen, att ett samråds- och samarbetsorgan bör bildas på riksplanet med representanter för socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen och arbetsmedicinska institutet, för staten i dess egenskap av arbetsgivare samt för Svenska arbetsgivareföreningen, Lands-

organisationen, Tjänstemännens centralorganisation, Svenska landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Detta samrådsorgan bör enligt utredningens mening anknytas till arbetarskyddsstyrelsen, som då bör ge erforderlig sekretariatservice.

### Sammanfattning

Internationella Arbetsorganisationen antog på sin konferens 1959 en rekommendation (nr 112) angående företagshälsovård. I föreliggande betänkande diskuteras hur rekommendationens principer bör föras ut i det svenska arbetslivet.

#### Behov av företagshälsovård

För att skydda arbetstagarna mot yrkesrisker och ohälsa och för att över huvud taget uppnå en god anpassning mellan människa och arbete är det angeläget att vidta olika åtgärder av skyddsteknisk, arbetshygienisk, ergonomisk och arbetspsykologisk art. Företagens ansvar i dessa avseenden växer i takt med den tekniska utvecklingen och de snabbt skiftande förhållandena i arbetslivet. Vetenskapliga framsteg, särskilt inom tekniken, har gjort det möjligt att i ökande omfattning tillämpa rationellare produktionsformer. Denna omställning av produktionsapparaten innebär i sin tur ofta stora förändringar av den enskilde arbetstagarens arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Dessa olika omständigheter och föränderligheten inom arbetslivet medför ett allt större behov av företagshälsovård. Målet för denna bör vara att på arbetsplatserna förebygga yrkesrisker, främja hälsa och arbetsförmåga samt bidra till arbetstillfredsställelse, trygghet och arbetseffektivitet.

Samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare i syfte att främja säkerheten och sundheten i arbetet har sedan lång tid tillbaka förekommit i vårt land. Det var till en början huvudsakligen inriktat på åtgärder, som avsåg att förhindra olycksfall i arbetet, men har senare kommit att alltmer omfatta även åtgärder för att förebygga hälsoskador till följd av arbetet och arbetsförhållandena.

Till denna hälsovårdande verksamhet kan även räknas den medicinska kontroll, som föreskrivits genom lagstiftning och som avser den minderåriga arbetskraften samt arbetstagare i vissa särskilt hälsofarliga selsättningar. Någon allmän läkarkontroll av vuxna arbetstagare är däremot icke föreskriven i arbetarskyddslagen.

#### Företagshälsovårdens utveckling

Vid många företag har som ett led i den personalvårdande verksamheten anställts medicinsk expertis. Detta har framförallt gällt de stora företagen, som i allmänhet har både praktiska och ekonomiska förutsättningar att anordna en verksamhet med läkare och sjuksköterskor och utrusta lämpliga lokaler härför. Av de av utredningen redovisade företagen med mer än 1 000 anställda har fyra femtedelar en företagshälsovård ordnad på detta sätt. Även om den är kvalitativt och kvantitativt olika, överensstämmer den i allmänhet nära med ILO-rekommendationen.

Vid företag med mellan 501 och 1 000 anställda är förhållandet annorlunda. Omkring en fjärdedel av dessa har egen läkare och verksamheten är mera heterogen och begränsad. I många fall finner man även på företag av denna storlek en verksamhet, som väl tillgodoser företagshälsovårdens syften.

Av företag i storleksgruppen 201–500 anställda har ca en sjundedel företagsläkare. Huvudparten av dessa företag bedriver sin verksamhet i egen regi men en del av dem anlitat läkare från större företag inom samma concern eller på samma ort.

För företagshälsovårdens uppbyggnad och utveckling under senare tid har de grundläggande principer för utövandet av denna form av hälsovård, som SAF och LO enades om 1954, varit av stor betydelse. Företagshälsovården har härigenom erhållit en mera bestämd form och förankring till företaget, och dess arbetsuppgifter har blivit bättre preciserade. Ett starkare stöd har denna verksamhet fått genom den av SAF och LO år 1967 antagna överenskommelsen om företagshälsovård.

### Målsättning

I en arbetsmiljö, som i så hög grad präglas av den tekniska utvecklingen, framstår det som allt angelägnare att utnyttja tekniken i människovårdande och miljövårdande syfte. Det är önskvärt, att företagshälsovården så långt möjligt gestaltas som en utvidgad form av arbetarskyddet och att den genom utökade resurser anpassas till utvecklingen i modernt arbetsliv och till de nya behov, som följer därav.

Genom en planmässig och successiv utbyggnad av företagshälsovården kan allt större grupper av anställda erbjudas en rationell förebyggande hälsovård. Av särskilt värde är därvid möjligheten att fortlöpande följa den enskilda individens hälsotillstånd och samordna förebyggande, rehabiliterande och kurativa åtgärder, vilket kan förväntas reducera sjukligheten och bidra till god social anpassning.

Utöver arbetsplatsernas företagshälsovård

bör i samhällets regi finnas service- och konsultationsorgan på såväl den tekniska som den medicinska sidan, på vilka den arbetsplatsanknutna verksamheten kan repliera. Detta behov är särskilt angeläget för de små och medelstora företagen, där de egna resurserna ofta är begränsade.

### Innehåll och arbetsområden

Företagshälsovården bör i första hand vara förebyggande och genomföras i nära anknytning till produktionen. Den bör utövas av teknisk och medicinsk expertis i samverkan med företagens övriga funktioner och anpassas till behoven på varje enskilt företag. Verksamheten organiseras i företaget på en teknisk och en medicinsk del med erforderliga resurser i form av lokaler, utrustning och personal. Den tekniska delen omfattar tekniskt arbetarskydd, arbetshygien, ergonomi och miljövård samt den medicinska delen förebyggande hälsovård, rehabilitering och viss sjukvård.

Det *tekniska arbetarskyddet* avser i första hand förebyggande av olycksfall. Dessa är ofta resultat av flera samverkande faktorer i samspelet mellan individ, arbetsprocess och arbetsmiljö. Förutom tekniska orsaker är även individens konstitution och hälsotillstånd av betydelse. Skillnaden mellan arbetskrav och arbetskapacitet och andra anpassningsfaktorer liksom arbetspsykologiska samband kan vara bidragande orsaker till uppkomsten av olycksfall. En allmänt sett god arbetsanpassning minskar därför olycksfallsriskerna. Det hör till företagshälsovårdens uppgifter att även organisera en god beredskap mot svårare olycksfall. Snabba och effektiva insatser kan verka livsräddande.

Behovet av arbetsmedicinska och framförallt *tekniskt arbetshygieniska* undersökningar är omfattande och växer i takt med förändringarna av den tekniska arbetsmiljön och den ständiga tillkomsten av nya fysikaliska och kemiska hjälpmedel. Arbetshygien framstår därigenom som en särskilt betydelsefull del av företagshälsovården. Dit hör övervakning, mätning och kontroll av



olika fysikaliska och kemiska miljöfaktorer såsom damm, rök, gaser, lösningsmedel, hudirriterande och allergiframkallande ämnen, buller, värme, radioaktiv strålning, både innanför och utanför företaget. Utformningen av den tekniska miljön påverkar också trivseln och får därigenom betydelse för arbetstillfredsställelsen och arbetseffektiviteten.

*Ergonomins* syfte är att anpassa arbetsformer och arbetsmiljö till arbetstagarnas förutsättningar. Tillämpning av ergonomiska principer gör det möjligt att undvika skadliga återverkningar av arbetet på individen, reducera fysiska och psykiska påfrestningar och skapa förutsättningar för ökat välbefinnande i arbetet. De ergonomiska åtgärderna består av praktiskt tekniska tillämpningar av fysiologiska, psykologiska och medicinska principer.

Ett viktigt led i företagshälsovården är *anställningsundersökningen*, som bör utformas som en placeringsundersökning. Det förhållandet att läkaren utför undersökningen på uppdrag av företaget bör icke hindra honom att samtidigt vara rådgivare åt de arbetssökande. Dessa bör kunna få information i första hand om undersökningsfynden och deras medicinska innebörd men också om hur eventuella hälsorubbningar bedömes återverka på förmågan att utföra olika arbeten.

Företagshälsovårdens *hälsokontroller* är ett värdefullt medel att följa de anställdas hälsa och arbetsanpassning. De ger vissa möjligheter att påvisa tidigare icke kända eller beaktade sjukdomstillstånd men också att vid varje form av hälsorubbningar pröva behovet av utredning, fortsatt kontroll och behandling. Ett väsentligt syfte är att bedöma arbetsanpassningen och att vid störningar klarlägga orsakssammanhangen och undersöka möjligheterna till korrigerande och kompenserande åtgärder.

På svenska arbetsplatser har av tradition *sjukvården* utgjort en betydande del av förekommande medicinsk verksamhet. Enligt utredningens mening bör en viss sjukvårdande verksamhet ingå i företagshälsovårdens aktiviteter. Genom en till företagen förlagd sjukvård vinnes bland annat att företagsläka-

ren får bättre underlag för bedömningen av hälsosituationen i företaget. För den anställde är det värdefullt om han i första hand kan vända sig till företagsläkaren med vissa sjukdomsproblem, eftersom läkaren känner honom och hans arbetsförhållanden. Det är också bekvämt och tidsbesparande. Dessutom bör ett sådant arrangemang innebära en viss avlastning från den allmänna sjukvården. Det är emellertid av vikt att företagshälsovårdens resurser icke engageras i sjukvård som hellre bör åvila samhällets sjukvårdsorganisation. Enligt utredningen bör sjukvården huvudsakligen omfatta första hjälpen vid olycksfall och akuta insjuknanden, behandling av bagatellåkommor, skador och sjukdomar med nära relation till arbetet, sjukvård med anknytning till hälsoundersökningar, viss eftervård samt beredskap.

Behovet av *rehabiliterande verksamhet* accentueras av utvecklingen på arbetsmarknaden, som i hög grad präglas av struktur- och omvandlingar. Minskande personalbehov inom vissa näringsgrenar liksom nedläggningar och omgrupperingar av företag får ofta allvarliga konsekvenser för stora grupper av arbetstagare. Många friställda måste övergå till helt nya former av yrkesverksamhet. För att få lämpligt arbete måste de ofta byta bostadsort. Särskilt för de betingat arbetsföra innebär sådana omställningar svåra problem.

Om man i begreppet rehabilitering inräknar alla åtgärder, som syftar till att reaktivera en försämrad arbetsanpassning, kan man konstatera, att flera av företagshälsovårdens aktiviteter inrymmer rehabiliterande syften. Företagsläkaren bör ha särskilt goda möjligheter att i sin verksamhet vidta rehabiliteringsåtgärder. Han har som regel en väl grundad insikt i arbetstagarens allmänna hälsotillstånd, medicinska arbetsförmåga och arbetssituation samt känner ofta hans sociala förhållanden.

## Organisationsformer

Det är angeläget att för företagshälsovården finna organisationsformer, som passar till förhållandena vid arbetsplatser av mycket

skiftande typ. Hänsyn måste sålunda tas till arbetsplatsens storlek och produktionens art men också till förekomsten av yrkesrisker, personalens sammansättning, företagets belägenhet och närheten till andra företag samt till de lokala hälso- och sjukvårdande resurserna i samhället.

Utredningen anser det varken möjligt eller lämpligt att utarbeta detaljerade organisationsplaner utan presenterar i stället följande organisationsmodeller, avsedda närmast som vägledning vid införande av företagshälsovård.

#### Inbyggd företagshälsovård

Inbyggd företagshälsovård med deltidсанställd företagsläkare

#### Företagshälsovårdscentraler

Branschknuten företagshälsovård med regionala centraler och rörliga enheter

Andra organisationsformer för företagshälsovård.

Dessa modeller är uppbyggda på basis av erfarenheter från redan existerande verksamheter och har utformats med beaktande av företagshälsovårdens syften, uppgifter och arbetsformer.

Genom uppdelningen av företagshälsovården i en teknisk del och en medicinsk del har utredningen angivit vilka huvuduppgifter som skall ingå i företagshälsovården. Det har härvid starkt betonats vikten av ett nära samarbete mellan den tekniska och den medicinska delen.

### Skyddsingenjör

För ledningen av den tekniska delens verksamhet bör finnas en skyddsingenjör sidordnad med företagsläkaren. Utredningen förutsätter att skyddsingenjören är en tekniskt utbildad person, som ägnar sig åt skyddstekniska, arbetshygieniska, ergonomiska och miljövårdande frågor men också mera aktivt än vad som hittills varit vanligt deltar i planerings- och produktionsfrågor, som sammanhänger med företagshälsovården. Vid sidan om skyddsingenjören behövs också annan teknisk personal på olika nivåer, i varje fall inom de större företagen.

De arbetsuppgifter, som skall åvila skyddsingenjör, ställer stora krav på kunskaper och erfarenheter inom arbetslivet. Han bör ha god teknisk grundutbildning från högskola eller gymnasium och vara väl förtrogen med produktion och arbetsliv, arbetsmiljöns problem, människans arbetsbetingelser och företagshälsovårdens syften. Utöver grundutbildningen bör skyddsingenjör ha en för uppgiften lämplig specialutbildning samt praktisk erfarenhet på företagshälsovårdens tekniska område.

### Företagsläkare

För ledningen av den medicinska verksamheten inom företagshälsovården bör enligt utredningen finnas en företagsläkare sidordnad med skyddsingenjören. På den medicinska sidan krävs dessutom tillgång till företagssköterska, i vissa fall också biträdande företagsläkare.

Företagsläkaren bör ha god allmänmedicinsk utbildning kompletterad med speciell utbildning i arbetsmedicin. Den allmänmedicinska utbildningen bör förvärfvas genom lämpligt avvägd sjukhustjänstgöring i underordnad ställning, förenad med systematisk undervisning och kunskapskontroll och samordnad med utbildningen för blivande allmänpraktiker. Den speciella utbildningen bör omfatta ett »arbetsmedicinskt år», sammanhållet av arbetsmedicinska institutet. Utbildningen bör omfatta dels under tillsammans sex månader kursbunden undervisning i arbetsmedicin och socialmedicin förenad med tjänstgöringar vid institutet eller annan av detta anvisad institution eller sjukhusklinik, dels under sex månader praktisk tjänstgöring inom företagshälsovården under ledning.

Den föreslagna utbildningen för företagsläkare under det arbetsmedicinska året avser att göra dem kompetenta för specialistfunktion inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.

### Företagssköterska

Företagssköterskans uppgift är närmast att vara företagsläkarens kvalificerade medicins-

ka medarbetare i de aktiviteter som hör till företagshälsovårdens medicinska del. Det är därför nödvändigt att företagssköterskan har sådana kvalifikationer, att hon i största möjliga utsträckning kan biträda företagsläkaren och avlasta honom arbetsuppgifter. Företagssköterskans arbete bör liksom företagsläkarens huvudsakligen vara förebyggande och omfatta främst medverkan i olika former av hälsoundersökningar och andra kontakter med de anställda för att följa deras hälsa och arbetsanpassning. Det krävs av henne yrkeserfarenhet samt god kännedom om det egna företaget och om arbetslivets hälsovårdsproblem i allmänhet.

Företagssköterskornas utbildning bör göra dem kompetenta att tjänstgöra såväl som företagsläkarens medarbetare i inbyggd verksamhet och vid företagshälsovårdscentraler som i de tjänster inom företagshälsovården, som kräver en högre grad av självständig verksamhet. Utbildningen bör därför ge grundliga insikter i hygien, socialmedicin och förebyggande hälsovård samt ingående kännedom om företagshälsovårdens syften, innehåll och arbetsformer. Den bör också förmedla kunskap om arbetslivets uppbyggnad, om företaget som funktionell enhet, om olika arbetsformer och arbetsmiljöer, liksom om yrkesrisks- och arbetsanpassningsfrågor.

### Personalbehov

Företagshälsovården i vårt land har i huvudsak kommit till stånd under de senaste 15–20 åren, och utvecklingen har skett i en successivt ökad utbyggnadstakt. Den omfattar dock alltjämt mindre än 15 % av den förvärvsarbetande befolkningen, främst arbetstagare vid stora industriella arbetsplatser. De senaste 3–4 åren har tillkommit ett flertal företagshälsovårdscentraler, gemensamma för mindre och medelstora arbetsplatser inom olika branscher.

Behov av företagshälsovård föreligger också för icke-industriella arbetsplatser och kommer enligt utredningens mening att finnas vid praktiskt taget alla företag oavsett

storlek och näringsgrenstillhörighet. En så omfattande utbyggnad är givetvis resurskrävande och kan därför genomföras endast på lång sikt. Utredningen har ändå ansett sig böra presentera en uppskattning av de personalresurser en sådan utbyggnad skulle komma att kräva. Denna har baserats på uppgifter om den förvärvsarbetande befolkningens storlek enligt folkräkningen 1965 samt på vissa antaganden beträffande erforderlig tidsinsats för företagsläkare, företagssköterskor, skyddsingenjörer och övriga tekniker med uppgifter inom företagshälsovården.

För företagsläkare har räknats med en genomsnittlig tjänstgöringstid av två veckotimmar och för företagssköterskor av tre veckotimmar per 100 anställda och avser då såväl den förebyggande verksamheten som den i anslutning härtill utövade sjukvården. För skyddsingenjörer har tjänstgöringstiden räknats till två veckotimmar per 100 anställda liksom även för andra tekniker med uppgifter inom företagshälsovården. Dessa antaganden, som alltså avser en total utbyggnad, är i huvudsak baserade på erfarenheter från redan existerande företagshälsovård.

Nyrekryteringsbehovet för företagshälsovården, beräknat på grundval av ovan angivna uppgifter och antaganden, kan uppskattas till följande:

- 1 300 företagsläkare,
- 1 950 företagssköterskor,
- 1 300 skyddsingenjörer samt
- 1 300 andra tekniker med uppgifter inom

företagshälsovården.

Vid bedömning av de framräknade personalbehoven bör emellertid beaktas att införandet av företagshälsovård kan återverka på behovet av insatser inom den allmänna hälso- och sjukvården. I den mån sjukvården vid den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården får mindre omfattning än hittills, innebär detta att de framräknade behoven av företagsläkare och företagssköterskor blir mindre.

Om en beräkning av personalbehovet göres med hänsyn till enbart företagshälsovårdens förebyggande verksamhet och denna antas kräva en tjänstgöringstid av en vecko-

timme per 100 anställda för företagsläkare och 1,5 veckotimmar för företagssköterska, kan nyrekryteringsbehovet uppskattas till 650 företagsläkare och 975 företagssköterskor.

Företagshälsovårdens förebyggande verksamhet kan på kort sikt leda till ökade anspråk på samhällets sjukvårdsresurser, bland annat därför att hälsoundersökningar aktualiserar potentiella utrednings- och behandlingsbehov. På längre sikt bör man däremot kunna förvänta en motsatt effekt. I företagshälsovårdens uppgifter ingår att fortlöpande och systematiskt inventera och tidigt angripa hälso- och anpassningsproblem. Härigenom kan många gånger undvikas att sjukdomstillstånd utvecklas i ogynnsam riktning och att arbetsoförmåga inträder. Man bör därför ha anledning att räkna med ett reducerat behov av samhälleliga vårdinsatser av olika slag.

### Utbyggnadstakt

Utredningen har, för att bilda sig en uppfattning om den takt i vilken den fortsatta utbyggnaden kan ske, gjort vissa beräkningar av företagsläkarkårens tillväxt fram till 1980. Dessa, som är utförda under förutsättning att utbildningsvolymen blir oförändrad, visar att nytillskottet av företagsläkare under åren 1969–80 kommer att vara begränsat till ca 180. Detta motsvarar endast ca 4 % av det totala nytillskottet av för sluttjänst färdigutbildade läkare.

Utbyggnadsmöjligheterna för företagshälsovård är starkt beroende av tillgången på läkare, sjuksköterskor och tekniker. Det måste därför ske omsorgsfulla avvägningar vid planering av verksamheten, så att föreliggande knappa personella resurser utnyttjas på bästa möjliga sätt. Med hänsyn till det stora värdet av företagshälsovård anser vi dock en utbyggnadstakt som 1980 ej kan ge tillgång till sådan verksamhet för mer än ca en fjärdedel av alla arbetstagare vara otillfredsställande. Det är därför angeläget att så snart som möjligt öka utbildningsresurserna, så att en snabbare utbyggnad kan ske.

### Ersättning från försäkringskassa

Till företagare, som anordnar företagshälsovård, utgår för närvarande gottgörelse från försäkringskassa. Det är emellertid enligt utredningens uppfattning otillfredsställande att alltjämt endast sjukvårdande – efterhjälpande verksamhet är ersättningsgill men inte förebyggande verksamhet. Nuvarande restriktiva bestämmelser är inte ägnade att stimulera utvecklingen av företagshälsovården på ett sätt som motsvarar dess stora betydelse i samhällets totala hälsovårdande och sjukvårdande verksamhet. Särskilt bör härvid beaktas att tyngdpunkten i modern företagshälsovård ligger på förebyggande åtgärder.

### Samrådsorgan

Det bör vara ett gemensamt intresse för alla berörda att genom ömsesidig information söka få en samlad överblick över hela företagshälsovårdsområdet för att kunna fortlöpande följa och påverka utvecklingen av denna verksamhet i hela landet. Detta torde enligt utredningens mening förutsätta någon form av organiserat samråd. Utredningen anser därför att ett särskilt samrådsorgan bör inrättas för detta ändamål.

### Överväganden och förslag

Vid övervägande av den förelagda frågan om och i vad mån principerna i ILO-rekommendationen (nr 112) angående företagshälsovård bör komma till uttryck i lagstiftning eller i särskilda av arbetarskyddsstyrelsen utfärdade anvisningar har utredningen kommit till, att lagstiftningsåtgärder för närvarande icke är påkallade. Såsom ovan framhållits har Svenska arbetsgivareföreningen och Landsorgansationen under år 1967 träffat en överenskommelse om riktlinjer för företagshälsovård och lokalt samråd på företagshälsovårdens område. Den frivillighetens väg som sålunda beträffs bör enligt utredningens mening få prövas. Med hänsyn till den utveckling som skett och de erfarenheter

som vunnits på den svenska arbetsmarknaden ifråga om frivilliga överenskommelser mellan arbetsmarknadsparternas huvudorganisationer beträffande olika verksamheter, bl. a. arbetarskydd och företagshälsovård, bör det finnas förutsättningar att även för övriga områden av arbetslivet söka förverkliga ILO-rekommendationens syften genom frivilliga åtaganden och samverkan.

I syfte att få till stånd en sådan hela arbetslivet omspännande aktivitet för att förverkliga rekommendationens intentioner föreslår utredningen att ett samråds- och samarbetsorgan bildas. I detta organ för frivilligt organiserad samverkan bör ingå representanter för socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen och arbetsmedicinska institutet, för staten i dess egenskap av arbetsgivare samt för Svenska arbetsgivareföreningen, Landsorganisation, Tjänstemännens centralorganisation, Svenska landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Detta samrådsorgan bör enligt utredningens mening anknytas till arbetarskyddsstyrelsen, som då också bör ge erforderlig sekretariatservice.

Frågan om arbetarskyddsstyrelsen i dagens läge bör utfärda anvisningar rörande organiserande och bedrivande av företagshälsovård på arbetsplatserna har inom utredningen besvarats nekande. Företagshälsovården får – även om det förekommer både många och goda lösningar – sägas befinna sig i ett begynnelsekedje, där olika möjligheter bör få prövas. Vad som nu behövs är information och rådgivning om de möjligheter som prövats eller som är tänkbara. Sådan information och rådgivning har utredningen sökt ge i föreliggande betänkande.

Resurserna ifråga om skyddsingenjörer, företagsläkare och företagssköterskor är av avgörande betydelse för framstegstakten i utbyggnaden av företagshälsovården. Ökade utbildningsmöjligheter för sådan personal är därför nödvändiga för att inom rimlig tid kunna genomföra ett med hänsyn till behovet realistiskt utbyggnadsprogram på detta område.

En viktig förutsättning för ökad aktivitet på utbildningsområdet är dels att arbetsmedicinska institutet erhåller den resursförstärk-

ning som är nödvändig för ökad utbildningskapacitet, dels att de av en tidigare utredning (SOU 1963: 46) föreslagna yrkesmedicinska sjukhusenheterna, i första hand vid regionsjukhusen, nu kommer till stånd.

Företagshälsovård eller det vidare begreppet arbetsmedicin uppfyller enligt utredningens mening de kriterier som uppställts för en medicinsk specialitet. Utredningen föreslår därför att arbetsmedicin upptas i specialitetsförteckningen. För arbetsgivaren, som skall anställa företagsläkare, kan detta vara värdefullt som kvalitetsbekräftelse och kan även bli en stimulans för rekrytering till företagshälsovården.

För att stimulera och underlätta anordnandet av företagshälsovård utgår sedan flera år viss gottgörelse från försäkringskassa. Villkoren för sådan gottgörelse är emellertid alltjämt så utformade, att de icke ger möjlighet till ersättning för den förebyggande företagshälsovården, som utgör den huvudsakliga delen av verksamheten. Med hänsyn härtill föreslår utredningen att en omprövning sker av villkoren för gottgörelse från försäkringskassa till arbetsgivare, som anordnar företagshälsovård i egen regi, genom företagshälsovårdscentral eller på annat likvärdigt sätt.

Med hänsyn till de speciella förhållanden, som råder inom sjöfartsnäringen, bör enligt utredningens mening frågan om förutsättningar och former för en väl anpassad och rationell företagshälsovård inom branschen göras till föremål för särskild utredning. I denna bör ingå representanter för berörda partsorganisationer samt för närmast berörda samhällsinstanser.

# Bilaga 1      Rekommendation (nr 112) angående företagshälsovård

Internationella arbetsorganisationens allmänna konferens, vilken av styrelsen för Internationella arbetsbyrå sammankallats till Genève och där samlats den 3 juni 1959 till sitt fyrtiotredje sammanträde, och beslutat antaga vissa förslag angående företags-hälsovård, vilken fråga utgör den fjärde punkten på sammanträdets dagordning, samt beslutat att dessa förslag skola taga form av en rekommendation, antager denna den tjugofjärde dagen i juni månad år nittonhundrafemtionio följande rekommendation, vilken skall benämnas »rekommendation angående företagshälsovård, 1959» (Occupational Health Services Recommendation, 1959).

## I. Definition

1. Med uttrycket »företagshälsovård» avses i denna rekommendation 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.

## II. Tillämpningsmetoder

2. Företagshälsovården bör med hänsyn till olikheterna i de enskilda ländernas förhållanden och praxis, allt efter omständigheterna, genomföras

a) genom lagstiftning;

b) genom kollektivavtal eller annan mellan berörda arbetsgivare och arbetstagare träffad överenskommelse; eller

c) på annat av vederbörande myndighet efter samråd med arbetsgivarnas och arbetstagarnas organisationer godkänt sätt.

## III. Organisation

3. Företagshälsovården bör, alltefter omständigheterna och med beaktande av tillämpliga normer,

a) organiseras av vederbörande företag eller anslutas till ett utomstående organ;

b) organiseras

i) såsom en särskild verksamhet inom ett enda företag; eller

ii) såsom en för flera företag gemensam verksamhet.

4. I syfte att bereda alla arbetstagare tillfälle att komma i åtnjutande av företagshälsovård, bör sådan anordnas för industri-

ella och icke industriella företag, för jordbruksföretag samt för allmän tjänst; dock att därest företagshälsovård icke kan omedelbart anordnas för alla företag, dylik verksamhet i första hand bör upprättas

a) för företag, där hälsoriskerna synes vara störst;

b) för företag, där arbetstagarna äro utsatta för speciella hälsorisker;

c) för företag, vilka sysselsätta mera än ett föreskrivet minimiantal arbetstagare.

5. Där företagshälsovård, enligt definitionen i denna rekommendation, icke tills vidare kan genomföras av geografiska eller andra skäl, bör företaget träffa avtal med en läkare eller ett lokalt hälsovårdsorgan rörande

a) handhavandet av första hjälpen vid olycks- och sjukdomsfall;

b) läkarundersökningar, föreskrivna i den nationella lagstiftningen;

c) övervakning av de hygieniska förhållandena inom företaget.

#### IV. Uppgifter

6. Företagshälsovården bör vara av huvudsakligen förebyggande natur.

7. Företagshälsovården bör icke handha kontrollen av bortovaro på grund av sjukdom; den bör dock icke hindras vare sig från att utröna de förhållanden som kunna ha lett till en arbetstagares sjukledighet eller från att inhämta upplysningar om sjukdomens förlopp, för att därigenom bättre kunna planera sitt förebyggande arbete, upptäcka yrkesrisker samt föreslå lämplig arbetsplacering i rehabiliterande syfte.

8. Företagshälsovårdens uppgifter böra, allt efter omständigheterna och med beaktande av den utsträckning, i vilken en eller flera av sagda uppgifter lösas på ett tillfredsställande sätt av andra lämpliga organ i enlighet med nationell lagstiftning eller praxis, successivt utvecklas att omfatta i synnerhet följande:

a) övervakning av alla inom ett företag förekommande faktorer, som kunna påverka arbetstagarnas hälsa, samt rådgivning i detta hänseende till företagsledning och ar-

betstagare eller deras representanter inom företaget;

b) arbetsanalys eller deltagande i dylik från hygieniska, fysiologiska och psykologiska synpunkter samt rådgivning till företagsledning och arbetstagare rörande bästa möjliga anpassning av arbetet efter arbetstagaren med beaktande av dessa synpunkter;

c) samverkan med andra berörda avdelningar och organ inom företaget i förebyggandet av olycksfall och yrkessjukdomar samt i övervakningen av personlig skyddsutrustning och dess användande ävensom rådgivning till företagsledning och arbetstagare i detta hänseende;

d) övervakning av hygienin inom företagets sanitära anläggningar samt övriga för arbetstagarna avsedda välfärdsanordningar, såsom kök, marketenterier, barndaghem och vilohem samt i förekommande fall övervakning av för arbetstagarnas räkning inrättade dietiska anordningar;

e) läkarundersökningar vid nyanställning samt periodiska och speciella läkarbesiktningar – om så befinnes erforderligt även biologiska undersökningar och röntgenundersökningar – vilka föreskrivas i nationell lagstiftning eller i avtal mellan berörda parter eller organisationer eller vilka industri-läkaren finner tillrädliga i förebyggande syfte; sådana undersökningar böra trygga en särskild övervakning av vissa arbetstagar-kategorier, såsom kvinnor, minderåriga arbetstagare utsatta för speciella yrkesrisker samt partiellt arbetsföra;

f) övervakning av arbetets anpassning till arbetstagarna, särskilt de partiellt arbetsföra, i överensstämmelse med deras fysiska förutsättningar, deltagande i sådana arbetstagar-es rehabilitering och omskolning ävensom rådgivning i detta hänseende;

g) rådgivning till företagsledning och arbetstagare i samband med placering eller omflyttning av arbetstagare;

h) rådgivning på framställning av enskilda arbetstagare i fråga om sjukdomsbesvär, som må uppkomma eller förvärras under arbetet;

i) första hjälpen vid olycks- eller sjukdomsfall samt under vissa omständigheter

och i samförstånd med berörda parter (arbetstagarens egen läkare däri inbegripen) ambulans behandling av arbetstagare, som ej avbrutit sitt arbete eller som återupptagit detsamma;

j) utbildning och regelbunden träning av personal för första hjälp vid olycks- och sjukdomsfall samt övervakning och underhåll av utrustning för sådan hjälp, där så finnes lämpligt i samverkan med andra avdelningar eller organ;

k) upplysningsverksamhet bland företagets personal i frågor rörande hälsa och hygien;

l) sammanställning och periodisk granskning av statistiska uppgifter rörande hälsotillståndet inom företaget;

m) forskning rörande företagshälsovård eller deltagande i sådan forskning i samverkan med sakkunniga personer eller institutioner.

9. Där en eller flera av de i föregående punkt uppräknade uppgifterna i enlighet med nationell lagstiftning eller praxis utövas av andra lämpliga organ än det som omhändervar företagshälsovården, böra dessa tillhandahålla industriläkaren varje upplysning av betydelse, som han kan anse sig behöva.

10. Företagshälsovården bör upprätthålla nära kontakt med andra berörda avdelningar eller organ inom företaget rörande arbetstagarnas hälsa, säkerhet eller välfärd, särskilt med social-, säkerhets- och personalavdelningarna, fackföreningsrepresentanterna inom företaget, skydds- och hälsokommittéerna liksom varje annan kommitté eller person inom företaget som befattar sig med hälso- och välfärdsfrågor.

11. Företagshälsovården bör jämväl upprätthålla kontakt med tjänster och organ utanför företaget, vilka befatta sig med frågor rörande arbetarnas hälsa, säkerhet, omskolning, rehabilitering, omplacering och välfärd.

12. 1) Företagshälsovården bör vid undersökning av arbetstagaren i samband med nyanställning eller vid hans första besök lägga upp ett personligt konfidentiellt hälsokort, som kompletteras vid varje påföljande undersökning eller besök.

2) Företagshälsovården bör dessutom föra lämpliga anteckningar, så att erforderliga upplysningar kunna lämnas rörande dess verksamhet och rörande arbetstagarnas allmänna hälsotillstånd, dock att därvid de i punkten 21 lämnade anvisningarna skola iakttagas.

## V. Personal och utrustning

13. Varje tjänst inom företagshälsovården bör stå under ledning av en läkare, som har att svara för verksamheten antingen direkt inför företagsledningen eller inför den myndighet som verksamheten är underställd.

14. Läkare inom företagshälsovården böra icke under sin vård ha ett större antal arbetstagare än de effektivt kunna övervaka med beaktande av de särskilda problem, som äro förenade med ifrågavarande industrityp och natur.

15. Läkare inom företagshälsovården böra i yrkesmässigt och moraliskt hänseende intaga en helt oberoende ställning i förhållande till såväl arbetsgivare som arbetstagare. I syfte att trygga detta oberoende böra industriläkarnas anställningsvillkor, särskilt med avseende på tillträde till och avgång ur tjänst, regleras i den nationella lagstiftningen eller i avtal mellan berörda parter eller organisationer.

16. Den läkare som anförtros ledningen av företagshälsovården bör såvitt möjligt äga specialutbildning i sådan hälsovård eller bör åtminstone vara förtrogen med yrkeshygieniska frågor, första hjälpen vid olycks- och sjukdomsfall samt arbetspatologi ävensom med den lagstiftning som berör hans olika åligganden. Läkaren bör beredas tillfälle att vidareutbilda sig på dessa områden.

17. Den till företagshälsovården knutna sjukvårdspersonalen bör äga av vederbörande myndighet föreskrivna kvalifikationer.

18. Personalen för den första hjälpen vid olycks- och sjukdomsfall bör

a) bestå uteslutande av lämpligt kvalificerade personer;

b) vara lätt tillgänglig under arbetstid.

19. Företagshälsovårdens lokaler och ut-



rustning böra uppfylla en av vederbörande myndighet föreskriven standard.

#### VI. Nödvändiga förutsättningar för uppgifternas fullgörande

20. För att framgångsrikt kunna fullgöra sina uppgifter bör företagshälsovården

a) äga fritt tillträde till företagets samtliga arbetsplatser och underställda anläggningar;

b) inspektera arbetsplatserna med lämpliga mellanrum, om så erfordras gemensamt med andra organ inom företaget;

c) äga tillgång till upplysningar rörande de arbetsprocesser och arbetsmetoder som tillämpas och de ämnen som komma till användning eller som man planerar att använda;

d) äga befogenhet att utföra eller hos godkända tekniska organ begära utförande av

i) besiktningar och undersökningar beträffande potentiella hälsorisker i arbetet, t. ex. genom provtagning och analys av luften i arbetslokalerna, av produkter och ämnen, som användas i produktionen, eller av annat material, som kan antagas vara skadligt;

ii) kontroll av förekomsten av skadliga fysiska faktorer;

e) äga befogenhet att hos vederbörande myndigheter begära kontroll av tillämpningen av fastställda normer för sundhet och säkerhet i arbetet.

21. 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, dock med de undantag som den nationella lagstiftningen må föreskriva.

#### VII. Allmänna anvisningar

22. Alla arbetstagare och deras organisationer böra lämna sin fulla medverkan till förverkligandet av företagshälsovårdens mål.

23. De tjänster som företagshälsovården tillhandahåller inom ramen för denna rekommendation böra vara kostnadsfria för arbetstagarna.

24. Där den nationella lagstiftningen icke annorledes föreskriver och i avsaknad av överenskommelse mellan berörda parter, böra kostnaderna för företagshälsovårdens organisation och verksamhet bestridas av arbetsgivaren.

25. Den nationella lagstiftningen bör föreskriva vilken myndighet som skall vara ansvarig för övervakningen av företagshälsovårdens organisation och verksamhet. I tillämpliga fall må rådgivningsverksamheten på detta område delegeras på erkända tekniska organ.

## Bilaga 2 Överenskommelse om riktlinjer för företagshälsovård samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på företagshälsovårdens område

### § 1

SAF och LO antar bifogade riktlinjer för företagshälsovård. Parterna är ense om att riktlinjerna bör utgöra grunden för en fortsatt utbyggnad av företagshälsovården i samråd mellan arbetsgivare och arbetstagare. Utbyggnaden av företagshälsovården enligt riktlinjerna bör äga rum så snabbt som den allmänna tillväxten av resurserna på hälsovårdens område tillåter.

### § 2

Parterna förbinder sig att verka för att företagshälsovård grundad på riktlinjerna kommer till stånd.

### § 3

Parterna är ense om att uppdra åt Arbetarskyddsnämnden att fullgöra vissa uppgifter på företagshälsovårdens område på sätt framgår av överenskommelsen om arbetarskyddsnämnd samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på arbetarskyddets område.

### § 4

Förbunden å ömse sidor bör verka för en utbyggnad av företagshälsovården grundad på riktlinjerna.

### § 5

Förbunden bör följa och främja utvecklingen av samarbetet mellan de lokala parterna på företagshälsovårdens område. Detta skall ske på sätt som anges i överenskommelsen den 29 april 1966 mellan SAF, LO

och TCO om främjande av samarbetet mellan företagsledning och anställda, dvs. genom regelbundna och planmässiga överläggningar mellan förbunden å ömse sidor, t. ex. genom för visst ändamål eller permanent inrättade samarbetskommittéer, arbetsgrupper e. dyl.

### § 6

Det ankommer på de lokala parterna att verka för att företagshälsovård grundad på riktlinjerna inrättas och utövas. Samråd rörande företagshälsovården förs endera inom företagsnämnden, skyddskommittén eller ett särskilt för ändamålet tillsatt råd för företagshälsovård.

### § 7

Parterna rekommenderar förbunden å ömse sidor att sig emellan anta §§ 4 och 5 som en överenskommelse och § 6 som en rekommendation.

Denna överenskommelse skall såväl mellan SAF och LO som mellan förbund, vilka antagit densamma gälla tills vidare med en ömsesidig uppsägningstid av sex månader.

Stockholm den 22 maj 1967

SVENSKA ARBETSGIVARE-  
FÖRENINGEN

*Curt-Steffan Giesecke*  
*/Gunnar Lindström*

LANDSORGANISATIONEN  
I SVERIGE

*Arne Geijer*  
*/Olle Gunnarsson*

### *Allmän motivering*

Utvecklingen inom näringslivet under efterkrigstiden har medfört ett successivt vidgat ansvar för de funktioner inom företagen som har att ansvara för skyddsfrågor och hälsofrågor. Arbetsmiljön förändras snabbt. Med föränderligheten följer svåra och skiftande hälsoproblem. I samband med nya metoder och produkter uppstår ständigt nya risker. Inte minst måste de psykiska påfrestringarna i det moderna arbetslivet uppmärksammas. Anpassningen av arbetsmiljön till individen framstår därför som ett väsentligt mål för såväl arbetsgivaren som den anställde.

Ergonomiska, hygieniska, medicinska och psykologiska synpunkter måste i allt högre grad beaktas vid de avgöranden, som personer på olika nivåer inom företaget har att fatta. Det framstår därför som nödvändigt att tillföra den organisation, som inom företagen verkar på arbetarskyddsområdet, en i företaget väl integrerad företagshälsovård med framför allt förebyggande uppgifter.

Parternas intressen sammanfaller i allt väsentligt i vad gäller företagshälsovårdens syften. Dess strävan att anpassa människa, arbetsuppgift och arbetsmiljö till varandra bidrar till ökad arbetstillfredsställelse, hälsa och arbetseffektivitet samt högre grad av trygghet för arbetstagarna. Härav följer minskad personalomsättning, reducerad olycksfalls- och sjukfrånvaro samt ökad produktivitet.

I överenskommelsen 1942 om allmänna regler för den lokala säkerhetstjänstens organisation överenskomms mellan parterna, att arbetarskyddet skulle betraktas som ett samarbetsområde. I överenskommelsen inskrevs de regler om centralt och lokalt samarbete, som med vissa ändringar alltjämt gäller och som varit en förutsättning för ett framgångsrikt arbete på detta fält.

Utvecklingen sedan 1942 har kommit företagshälsovården att framstå som en fördjupad och utvidgad form av arbetarskyddet. Ett understrykande av företagshälsovård-

dens betydelse skedde, då SAF och LO vid ett sammanträde med Arbetsmarknadskommittén 1954 enades om vissa grundläggande principer för dess utövande. Eftersom de anställdas positiva attityd och medverkan är en förutsättning för att arbetsgivaren skall kunna utöva en framgångsrik företagshälsovård är det lämpligt, att den inordnas i det system för samverkan mellan parterna, som redan tidigare är etablerat.

Stora insatser görs sedan länge av företag och organisationer på företagshälsovårdens område. Intresset för denna verksamhet ökar också såväl från företagens som de anställdas sida. Efter hand som samhället kan ställa ökade resurser till förfogande bör insatserna därför vidgas till att omfatta allt flera företag. Målet bör vara en kvalitativt högtstående företagshälsovård på alla arbetsplatser i landet.

Parterna är väl medvetna om den avvägning som måste ske beträffande fördelningen på olika områden i samhället av sådan kvalificerad personal som krävs för utövande av företagshälsovård. En utbyggnad av företagshälsovården måste alltså ske i intim samverkan med samhällets ansvariga instanser. Parterna vill emellertid gemensamt arbeta för att inom den del av arbetslivet, som faller inom deras område, skapa en ordning som på ett ändamålsenligt sätt skall kunna verka för en successiv utbredning av företagshälsovården i takt med de resurser, som samhället kan ställa till förfogande.

### *Samråd om företagshälsovård*

Det är viktigt, att samråd äger rum mellan arbetsgivaren och arbetstagarna i företaget, såväl rörande införandet av företagshälsovård som rörande dess utövning.

Samrådet rörande företagshälsovården kan föras endera inom företagsnämnden, skyddskommittén eller ett särskilt för ändamålet tillsatt råd för företagshälsovård. Om man väljer företagsnämnden som forum, bör denna utökas med ett skyddsombud – helst huvudskyddsombudet om sådant finns – därest det normalt inte ingår något skyddsombud i nämnden. Då enighet i frågan inte

kan uppnås, skall lösningen med förstärkt företagsnämnd användas. I företag med färre än 50 anställda äger samrådet rum mellan arbetsgivaren och företagsombudet eller skyddsombudet i frågan.

I de fall företagshälsovård anordnas gemensamt för flera företag i form av företagshälsovårdscentral bör valda representanter för de anställda få tillfälle att samråda med centralens ledning.

### *Företagshälsovårdens uppgifter*

Företagshälsovården är tekniskt och medicinskt förebyggande, sjukvårdande och rehabiliterande. Den är en expertfunktion, som måste byggas upp med hänsyn till förhållandena vid det enskilda företaget och som måste vara väl samstämd med företagets organisation och produktion. I synnerhet är ett intimt samspel mellan företagshälsovården och övriga funktioner i företaget – framför allt det traditionella arbetarskyddet – nödvändigt.

Företagshälsovården bör i företaget infogas på ett sätt som tillåter enhetlig ledning och som främjar samverkan både mellan experterna inom verksamheten och mellan dem och linjeorganisationen.

Företagshälsovården utövas i företaget främst av företagsläkaren och skyddsingenjören. Dess funktion är att följa de förhållanden, som kan påverka de anställdas hälsotillstånd och arbetsanpassning, att ge härav föranledda råd till företagsledning och anställda samt att vidta sådana åtgärder att arbetstagarnas hälsa skyddas och att medverka till att dessa erhåller så lämpligt arbete som är möjligt. Företagshälsovården skall utövas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Mot bakgrund härav räknas till företagshälsovårdens arbetsuppgifter i tillämpliga delar

*att* medverka vid planering och genomförande av förändringar i arbetsmiljön i vad gäller frågor om ergonomi, arbetshygieniska förhållanden, åtgärder till förebyggande av yrkesskador samt personlig skyddsutrustning;

*att* utföra eller medverka till tekniska analyser av kemiska och fysikaliska faktorer, som kan vålla yrkesskador, erforderliga mätningar av t. ex. buller och luftföroreningar samt analyser av arbetsplatser med hänsyn till ergonomiska och andra anpassningssynpunkter;

*att* medverka med synpunkter på företagets personalplanering och därvid bl. a. sörja för hälsoundersökningar av nyanställda samt regelbundna undersökningar av sådana grupper av anställda, som har särskilt behov därav, t. ex. minderåriga, äldre och arbetstagare utsatta för särskilda yrkesrisker eller risker för anpassningsstörningar;

*att* ge råd till företagsledning och anställda vid omplacering av arbetstagare;

*att* verka för lämpliga åtgärder för rehabilitering av arbetstagare efter sjukdom och annan arbetsoförmåga;

*att* medverka vid organiserandet av första hjälpen vid plötslig sjukdom och olycksfall;

*att* medverka vid organiserandet av skyddsarbetet och vid arbetet i skyddskommittén, bl. a. genom årlig rapportering samt att i förekommande fall bistå skyddskommittén och skyddsombuden med råd och anvisningar;

*att* överblicka hälsotillståndet inom företaget bl. a. med hjälp av företagets frånvareregistrering samt sjuk- och yrkesskade-statistik;

*samt att* medverka i företagets utbildningsverksamhet.

Härutöver kan det i arbetsuppgifterna för läkaren och i förekommande fall sköterskan ingå

*att* utföra besiktningssläkares åligganden – i den mån förordnande av myndighet ges – i fall som avses i KK om läkarundersökning och läkarbesiktning till förebyggande av vissa yrkessjukdomar den 6 maj 1949 och 2 september 1966 (SFS 211/1949 och 522/1966) och KK om läkarundersökning och läkarbesiktning av minderåriga arbetstagare den 6 maj 1949 (SFS 213/1949);

*att* utföra eller organisera vaccinationer när det epidemiologiska läget så kräver eller när tjänsteförhållandena så påkallar;

*att* ge råd i fråga om hälsobesvär som

uppkommit eller förvärrats under arbetet samt om så överenskommes ge ambulansbehandling av arbetstagares olycksfallsskador;

samt att därest så överenskommes och under beaktande av principen om fritt läkarval utöva sjukvård bland de anställda, varvid i första hand skall ifrågakomma sådana fall där vård kan ges under fortsatt arbete eller där företagshälsovårdens särskilda kännedom om arbetsmiljö och arbetsuppgifter kan verksamt bidra till en snabb rehabilitering.

### *Företagshälsovårdens huvudsakliga arbetsfält*

Som framgått av beskrivningen av företagshälsovårdens uppgifter är dessa av såväl teknisk som medicinsk art. Syftet med verksamheten, vilken måste anpassas till förhållandena vid företaget, är att åstadkomma en god arbetsmiljö och en riktig arbetsanpassning. Uppgifterna skall lösas huvudsakligen genom förebyggande verksamhet, kompletterad med viss sjukvård, som dock inte i oskälig grad får inkräkta på det förebyggande arbetet.

Med hänsyn till vad som anförts rörande behovet av samverkan mellan företagshälsovården och övriga funktioner kan dess huvudsakliga arbetsfält kort beskrivas på följande sätt.

### *Ergonomi*

De ergonomiska åtgärderna syftar till att anpassa arbetsplatser och arbetsuppgifter till människornas varierande förutsättningar. God arbetsanpassning beror till stor del på att de som planerar och konstruerar arbetsmetoder tar hänsyn till dessa frågor. Detta innebär att det är i den planerande verksamheten som de ergonomiska åtgärderna har de största effekterna. Härvid bör medicinska synpunkter integreras med tekniska och tillämpas på de föreliggande problemen.

Genom att rationellt utnyttja möjligheterna att förändra arbetsprocesser och arbetsmiljö kan avgörande fördelar vinnas, när

det gäller att göra arbetet mera lämpligt för äldre, minderåriga och personer med arbetsbegränsningar av olika slag. Den ergonomiska verksamheten har därför stor betydelse för olika rehabiliteringsåtgärder inom företaget.

### *Arbetsanpassning*

Ökade krav på arbetstagarna, en förskjutning mot högre åldrar och en ökad rörlighet på arbetsmarknaden försvårar ofta bedömningarna vid personalplanering och arbetsplacering. Företagshälsovården och personalfunktionen bör samverka i dessa frågor. Därvid bör företagshälsovården medverka med arbetsmedicinska bedömningar. Ett medel härvidlag är hälsoundersökningar vid nyanställning och i övrigt av personal inom sektorer där anpassningsstörningar och yrkesrisker kan väntas.

### *Arbetshygieniska frågor*

Arbetshygienien har blivit ett allt mer komplicerat och vidsträckt begrepp. Det har blivit allt nödvändigare att övervaka, mäta och kontrollera sådant som påverkar de arbetshygieniska förhållandena, t. ex. damm, rök, gaser, lösningsmedel, hudirriterande och allergiframkallande ämnen, industribuller, värmebelastning samt radioaktiv strålning. Med de alltmer avancerade tekniska förfarandena följer nya tillverkningsprocesser, råvaror och produkter att ta hänsyn till. Utvecklingen medför en ständigt föränderlig arbetshygienisk situation. Företagshälsovården och övriga berörda funktioner bör samarbeta för att lösa de arbetshygieniska problemen.

### *Olycksfall*

Det olycksfallsförebyggande arbetet inom företaget har betydligt vidare aspekter än de rent skyddstekniska. Orsaken till olycksfall är inte endast att söka i rent tekniska faktorer utan även i samspelet mellan individen, arbetsprocessen och arbetsmiljön. I de flesta fall spelar sättet att arbeta, psykologiska faktorer, konditionsgrad, hälsotillstånd

m. m. en betydelsefull roll för olycksfallsbenägenheten. Såväl individens lämplighet och prestationsförmåga som arbetsplatsens tekniska utformning är väsentlig från olycksfallssynpunkt. Alla dessa faktorer motiverar medverkan av både teknisk och medicinsk personal vid den olycksfallsförebyggande verksamheten.

De medicinska experterna kan dessutom göra stora insatser för att organisera första hjälpen. Möjligheter att behandla olycksfall inom företaget samt korta kontaktvägar mellan läkare och arbetsledning gör det möjligt att få till stånd en lämplig arbetsplacering av skadade och konvalescenter samt bidrar till förkortning av arbetsfrånvaro och ger möjligheter till snabb och bekväm vård.

### *Sjukvård*

Det är för företaget och de anställda angeläget, att dessa har nära och fortlöpande läkarkontakt. En snabbt insatt vård kan bidra till att sjukdomar upptäcks och botas på ett tidigt stadium, varigenom allvarliga sjukdomsfall kan förhindras och arbetstagnationerna snabbare kan återgå i arbete.

Sjukvården bör bedrivas så, att hälsoproblem förorsakade av arbetsförhållandena särskilt uppmärksammas. Sjukvården bör därför ge impulser till förebyggande verksamhet.

Sjukvården i företagshälsovårdens regi skall i övrigt dimensioneras så att den inte i oskälig grad inkräktar på det förebyggande arbetet.

### *Rehabilitering*

Rehabilitering ingår såsom en del i företagshälsovården. I den mån den mera tids- och resurskrävande rehabiliteringen bättre kan genomföras i samhällets regi bör så ske. Företagsläkaren fungerar då som förmedlare mellan företaget och samhällets sjukvårdsinstanser. På samma sätt blir han det mellanled som förmedlar individens återgång till arbetet. Det är vidare företagshälsovårdens uppgift att vid individens återinträde i arbetslivet söka medverka till att han

får ett från rehabiliteringssynpunkt lämpligt arbete.

### *Företagshälsovårdens organisationsformer*

Företagshälsovården kan organiseras på flera olika sätt. Vilken organisationsform som skall väljas beror dels på företagets storlek, organisatoriska uppbyggnad, belägenhet och avstånd till andra företag, dels på arbetets art och förekomsten av särskilda hälsorisker samt dels slutligen på tillgången på erforderlig personal. I varje enskilt fall är det nödvändigt att anpassa företagshälsovårdens organisation till företaget.

I större företag bör företagshälsovården anordnas och drivas inom det egna företagets ram. Det är då lättast att få till stånd det önskvärda intima samarbetet med övriga funktioner inom företaget. För övriga företag kan organisationen för företagshälsovården få lov att byggas upp utanför företaget, t. ex. i form av en s. k. företagshälsovårdscentral gemensam för flera företag. Sådana centraler bör arbeta i så nära samverkan med de anslutna företagen som möjligt.

Den första formen av företagshälsovård skall främst tillämpas vid sådana företag som kan ge minst en företagsläkare full arbetsuppgift inom förebyggande hälsovård och sjukvård bland företagets anställda. Det förutsätts, att dylika företag har en väl utbyggd skyddstjänst. Inom de flesta typer av företag inom denna grupp föreligger behov av heltidsanställd skyddsingenjör. Företag med 2 000 anställda och däröver utgör regelmässigt tillräckligt underlag för denna modell. Vid industrier med speciella yrkesrisker kan gränsen sättas vid 1 500 anställda.

Vid företag av mindre storlek än dessa men med minst 500 anställda kan läkaren deltidsanställas för företagshälsovårdsuppgifterna. Han kan med fördel vara deltidsanställd som företagsläkare vid flera företag.

Vid många företag, särskilt medelstora och mindre, finns det inte möjlighet att ordna företagshälsovård på det sätt som ovan angivits. Sådana företag bör söka gemensamt bilda en företagshälsovårdscentral. Detta förutsätter ett sådant underlag av an-

slutna företag att en kompetent företagsläkare kan anställas vid centralen. Han bör i första hand sysselsättas med förebyggande hälsovård. Eventuellt kan även viss tid användas för sjukvård bland de anslutna företagens anställda. Vid centralen skall en eller flera företagssköterskor finnas. Större företag, som är anslutna till centralen, kan lämpligen hel- eller deltidanställa företagssköterska, som då arbetar under ledning av centralens läkare. Den tekniska delen av verksamheten leds av en kompetent skyddsingenjör, som kan vara hel- eller deltidanställd i respektive företag eller hos centralen.

I vissa fall kan det vara lämpligt att för branscher med geografiskt spridda, små och rörliga arbetsställen inrätta företagshälsovårdscentraler för en viss region. Dyliga centraler bör till sitt förfogande ha rörliga enheter, som kan uppsöka de mer avlägset belägna arbetsplatserna. Härutöver krävs i dylik regional gruppverksamhet att en central instans finns med uppgift att planera verksamheten, bearbeta vunna erfarenheter, föra statistik samt sörja för information och utbildning. Även denna typ av centraler bör ha tillgång till skyddsteknisk expertis.

De nu nämnda modellerna bör i första hand eftersträvas. De tillåter en företagsanpassad och från samverkans- och kvalitetsynpunkt effektiv företagshälsovård. Företag där dessa modeller inte kan tillämpas, bör emellertid överenskomma med tjänsteläkare eller privatpraktiserande läkare på orten om att denne

- a) övervakar ergonomiska och hygieniska förhållanden vid företaget
- b) deltar i bedömningar vid arbetstagares placering i arbete, då hälsofrågor kan vara aktuella
- c) bistår med första hjälpen vid olycksfall och sjukdom
- d) utför förekommande hälsoundersökningar.

Vid bestämmandet av vilken organisationsform, som i ett visst fall är lämpligast, måste beaktas samhällets resurser och företagets resurser, företagets behov och arbetstagarnas behov. SAF och LO är ense om att

det åvilar samhället att sörja för att tillräckligt med ingenjörer, läkare och sjuksköterskor utbildas. Dessutom måste arbetarskyddsverket och vissa andra organ förses med utrustning och kapacitet att utföra mer komplicerade och omfattande mätningar och undersökningar. De resurser som samhället skall sörja för är av grundläggande betydelse för möjligheterna att inrätta företagshälsovård. Brister det inom den samhälleliga sektorn kan företaget få lov att acceptera en annan modell för företagshälsovården än man ursprungligen eftersträvat och ansett lämplig.

Vid valet av organisationsform kan ett flertal faktorer, t. ex. brist på kompetent personal eller företagets belägenhet hindra ett genomförande av den bästa lösningen. Även kostnadsfrågan liksom, särskilt vid gruppverksamhet, lokalfrågan kommer för företaget in i bedömningen. Vid uppkommande svårigheter bör parternas experter konsulteras. Målet för företaget skall vara att välja en modell, som ger en företagsanpassad och kvalitativt högtstående företagshälsovård.

# Bilaga 3      Förslag till utbildningsprogram för skydds- ingenjörer och företagsläkare

## *I. Företaget och omgivningen*

a) Företaget som en del av samhället och som funktionell enhet

b) Topografiska faktorer

Lokalisering av bebyggelse och industri.

Företagets storlek, förläggning och planering o. d.

Arbetslokalers storlek, förläggning och inrättande, flytschema o. d.

c) Klimatologiska faktorer

Luftfuktighet, temperatur, vindriktningar, meteorologiska spridningsbetingelser m. m. Mätningar.

d) Omgivningshygieniska faktorer

Buller, vibrationer, strålning, belysning, biologiska agens, luft- och vattenföroreningar, markskador, skador på växtlighet etc. Tillgång till vatten (även vattendrag), renings- och destruktionsanläggningar. Mätningar.

## *II. Arbetet och arbetsmiljön*

a) Arbeten och arbetsprocesser

Skyddstekniska, arbetshygieniska och ergonomiska synpunkter på transport, lagerhållning, användning av maskiner, redskap, verktyg, ugnar, fordon, annan utrustning etc.

b) Kemiska, fysikaliska och biologiska faktorer

Arbetshygienisk-ergonomisk bedömning och kontroll av:

råmaterial, framställning, bearbetning, halvprodukter etc.,

gasformiga, flytande och fasta ämnen som användes eller bildas under arbetet, färdiga produkter, hantering, förpackning, distribution m. m.

Yrkesskador.

c) Mekaniska faktorer

Ergonomisk och skyddsteknisk bedömning av maskiner, redskap, verktyg, ugnar, fordon och annan utrustning m. m.

Yrkesskador.

d) Arbetskrav

Ergonomisk utformning av arbetsprocess, arbetsmetod och arbetsmiljö. Användning av ergonomiska checklistor.

## *III. Människan och arbetet*

a) Mänskliga faktorer

Ålder, kön, hälsotillstånd, hälsokontroll, kapacitetsprofil, arbetshygien, arbetspsykologi, personaladministration m. m.



b) Fysiologisk och mental påverkan av stressfaktorer

Arbete, arbetsprocess och arbetsmiljö.

c) Optimeringsfaktorer

Samspelet människa-maskin-arbetsmiljö, individuell ergonomi, åldersergonomi, ergonomiskt-arbetshygieniska problem vid rationalisering, mekanisering och automatisering.

d) Socialhygieniska och miljöhygieniska faktorer

Psyko-sociala problem, obehagsfaktorer, familjen och företaget etc.

e) Statistik och analys av yrkesskador, sjukfrånvaro o. d.

f) Instruktioner, skötselbeskrivningar, checklistor, kontroll, övervakning o. d.

#### IV. Allmän information

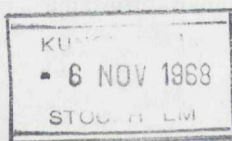
a) Lagstiftning och myndigheter

b) Företagshälsovård: mål och medel

c) Resurser för forskning och utbildning

d) Intern och extern utbildning

e) Informationsmaterial







# Nordisk udredningsserie (Nu) 1968

## Kronologisk förteckning

---

1. Nordisk patentråd. Tredje instans i patentsaker.
4. Københavns lufthavns fremtid.
5. Handelsdokumentguide.
6. Konsumentlovgivning i Danmark, Finland, Norge og Sverige.
8. Nordisk gränsregion. Näringspolitik och samhällsservice.
9. Nordic Economic and Social Cooperation.
10. Harmonisering av socialhjälpstiftningen i de nordiska länderna.
11. Langtidsplan for Nordforsk.

# Statens offentliga utredningar 1968

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

Handläggningen av säkerhetsfrågor. [4]  
Trafikmålsutredningar. [19]  
Förvaltningslag. [27]  
Intersexuellas könstillhörighet. [28]  
Verkställighet av utländska domar. [40]  
Utsökningsrätt VII. [41]

### Försvarsdepartementet

Ekonomisystem för försvaret. [1]  
Ekonomisystem för försvaret. Bihang. [2]  
Säkerhetspolitik och försvarsutgifter. [10]

### Socialdepartementet

Pensionstillskott m.m. [21]  
Företagshälsövård. [44]

### Kommunikationsdepartementet

Allmänna vägar. [17]  
Parkering. [18]  
Bilregistrering. [23]  
Lokal trafikservice. [33]  
Transportforskningens organisation. [34]  
Storlandstingets författning. [35]

### Finansdepartementet

Koncentrationsutredningen. II. Kreditmarknadens struktur och funktionssätt. [3] III. Industrins struktur och konkurrensförhållanden. [5] IV. Strukturutveckling och konkurrens inom handeln. [6] V. Ägande och inflytande inom det privata näringslivet. [7]  
Upphandling av byggnader. Del I. Formerna. [20]  
Avstämning av 1965 års långtidsutredning. [24]  
Andrade avskrivningsregler för rörelse- och hyresfastigheter. [26]  
1966 års fastighetstaxeringskommittéer. 1. 1965 års allmänna fastighetstaxering. [31] 2. Fastighetstaxeringens regler och organisation. [32]  
Elddistributionens rationalisering. [39]

### Utbildningsdepartementet

1958 års utredning kyrka-stat: XI. Svenska kyrkan och staten. [11]  
Förvaltningen av kyrklig jord m.m. [12]  
Läromedelsutredningen. 1. Skolboksleveranser. [14]  
2. Läromedel för specialundervisning. [36]  
Musikutbildning i Sverige. [15]  
Studieprognos och studieframgång. [25]  
Förslag till predikotexter ur Gamla Testamentet för kyrkoårets sön- och helgdagar. [42]

### Jordbruksdepartementet

Skogsbrukets planläggningsfrågor. [8]  
Virkesbalanser 1967. [9]  
Fritidsfisket. [13]  
Rennärningen i Sverige. [16]  
Jordhävdslag. [22]

---

### Inrikesdepartementet

Statistikbehov och statistikproduktion för regionala utredningar. [29]  
Bostadsbyggandets planering och kreditförsörjning. [30]  
Konfliktdirektiv. [37]  
Boendeservice 1. [38]  
Upphandling av stora bostadsprojekt. [43]