Ref

FÖRETAGS-HÄLSOVÅRD för alla

SLUTBETÄNKANDE AV 1976 ÅRS FÖRETAGSHÄLSOVÅRDSUTREDNING

SOU 1983:32

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Ref

FÖRETAGS-HÄLSOVÅRD för alla

SLUTBETÄNKANDE AV 1976 ÅRS
FÖRETAGSHÄLSOVÅRDSUTREDNING

SOU 1983:32

71

Statens offentliga utredningar
1983:32
Arbetsmarknadsdepartementet

Företagshälsovård för alla

Slutbetänkande av
1976 års företagshälsovårdsutredning

Stockholm 1983

Omslag Johan Ogden

ISBN 91-38-07563-6
ISSN 0375-250X

minab/gotab Stockholm 1983 74595

Till statsrådet och chefen för arbetsmarknadsdepartementet

Regeringen bemyndigade den 26 februari 1976 chefen för arbetsmarknadsdepartementet att tillkalla högst sju sakkunniga med uppdrag att utreda vissa frågor om företagshälsovård och yrkesmedicin. Med stöd av detta bemyndigande förordnade departementschefen den 7 april 1976 till ledamöter i utredningen generaldirektören i arbetarskyddsstyrelsen Gunnar Danielson, tillika ordförande, dåvarande riksdagsledamoten Bengt Bengtsson (c), ombudsmannen Monica Breidensjö, TCO, ombudsmannen Leif Kjellstrand, LO, direktören Gunnar Lindström, SAF, dåvarande landstingsrådet Sven Wilander, Landstingsförbundet och riksdagsledamoten Olle Östrand (s). Genom beslut den 14 april 1977 utökades bemyndigandet till att avse högst tio sakkunniga. Den 25 april 1977 utsågs till ledamöter även professorn Osborne Bartley, SACO/SR, barnläkaren Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) och riksdagsledamoten Rune Rydén (m). Fr o m den 1 november 1977 ersattes Bartley som ledamot av ombudsmannen Olle Hessleborn, SACO/SR.

De sakkunniga antog namnet 1976 års företagshälsovårdsutredning.

Experter i utredningen har under arbetet med föreliggande betänkande varit med lic Erik Bolinder, LO, departementssekreteraren Birgitta Bratthall, socialdepartementet, ombudsmannen May-Britt Carlsson, TCO (fr o m den 1 december 1981), dåvarande departementssekreteraren i budgetdepartementet, numera planeringschefen i Statshälsan, Bo Claeson, lektorn Henry Egidius, professorn Gideon Gerhardsson, SAF, hyresrådet Hans Gullberg, tidigare arbetsmarknadsdepartementet, departementssekreteraren Carl-Göran Högås, arbetsmarknadsdepartementet (fr o m den 1 april 1981), sekreteraren Åke Jonsson, Landstingsförbundet, dåvarande departementssekreteraren Eva Kvarfordt, arbetsmarknadsdepartementet (t o m den 31 mars 1981), chefläkaren Sven Kvarnström, Sveriges läkarförbund, professorn Nils Lundgren, arbetarskyddsstyrelsen (t o m den 14 januari 1981), yrkeshygienikern Egon Magnusson, LO, med lic Nils Masreliez, SAF (t o m den 31 december 1981), leg läkaren Gunnar Nerell, TCO (t o m den 30 november 1981), dåvarande sektionschefen, numera personaldirektören i Malmö kommun, Per-Olof Näslund, Svenska kommunförbundet, miljöchefen Håkan Teljstedt, Föreningen Teknisk Företagshälsovård, professorn Ulf Ulfvarson, arbetarskyddsstyrelsen (fr o m den 15 januari 1981), avdelningschefen Gunnar Wennström, socialstyrelsen, leg sjuksköterskan Berit Ydreborg, Svenska Hälso- och Sjukvårdens Tjänstemannaförbund och med lic Sven Yllner, SAF (fr o m den 1 januari 1982).

Sekreterare i utredningen har varit avdelningsdirektören Yvonne Wess-

man (fr o m den 1 maj 1977). Biträdande sekreterare har varit civilingenjören Bernt Nilsson (fr o m den 9 april 1979). Ruth Adolfsson har varit assistent (fr o m den 1 september 1977).

Företagshälsovårdsutredningen har i maj 1980 överlämnat delbetänkandet Utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22). I det redovisade utredningen förslag till utbyggnadsprogram m m för den sjukhusanknutna yrkesmedicinska verksamheten. I delbetänkandet Mät- och laboratorieresurser för bättre arbetsmiljö (Ds A 1981:1), som utredningen överlämnade i januari 1981, har utredningen lagt förslag om mät- och analysresurser m m för företagshälsovården.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet Företagshälsovård för alla (SOU 1983:32). Till betänkandet har fogats gemensam reservation av ledamöterna Danielson, Kjellstrand, Wilander och Östrand. Särskilda yttranden har avgivits av ledamöterna Bengtsson, Breidensjö, Hessleborn, Lindström, Ronne-Björkqvist och Rydén. Särskilda yttranden har också avgivits av experter i utredningen.

Företagshälsovårdsutredningen har därmed slutfört sitt uppdrag.

Stockholm i maj 1983

Gunnar Danielson

Bengt Bengtsson	*Monica Breidensjö*	*Olle Hessleborn*
Leif Kjellstrand	*Gunnar Lindström*	*Ingrid Ronne-Björkqvist*
Rune Rydén	*Sven Wilander*	*Olle Östrand*

/Yvonne Wessman
Bernt Nilsson

Innehåll

Sammanfattning 13

1 *Inledning* 33
1.1 Utredningsuppdraget 33
1.2 Utredningens arbete 34

I Bakgrund

2 *Arbetsmiljö och hälsa* 41
2.1 Inledande synpunkter 41
2.2 Arbetsmiljön och dess effekter 42
2.2.1 Hur ser arbetsmiljön ut? 42
2.2.2 Arbetsskadorna 45
2.2.3 Arbetsmiljö och sjukfrånvaro 49
2.2.4 Förtidspensionering 52

3 *Utvecklingen av arbetarskyddet och företagshälsovården* . . 55
3.1 Samhällets resurser för arbetarskydd 55
3.2 Företagshälsovården som en del av arbetarskyddet 60

4 *Arbetsmiljöavtal och riktlinjer för företagshälsovård* 63
4.1 Inledning 63
4.2 Avtalsområdena och avtalens täckning 63
4.2.1 Avtal inom den privata sektorn 63
4.2.2 Avtal inom den offentliga sektorn 65
4.2.3 Hängavtal m m 66
4.2.4 Hur många omfattas av avtal om företagshälsovård? . 67
4.2.5 Vilka saknar avtal om företagshälsovård? 69
4.3 Avtalens innehåll 70
4.3.1 Företagshälsovårdens mål och innehåll i stort . . . 70
4.3.2 Företagshälsovårdens arbetsuppgifter enligt avtalen . 71
4.3.3 Företagshälsovårdens organisation och utbyggnad enligt avtalen 75
4.3.4 Företagshälsovårdens personal och interna organisation enligt avtalen 78

4.4 Något om de organisatoriska formerna för företagshälsovård i dag 78
4.4.1 Översikt 78
4.4.2 Inbyggd företagshälsovård 79
4.4.3 Företagshälsovårdscentraler 80
4.4.4 Branschhälsovård 81
4.4.5 Landstingsdriven extern företagshälsovård 82

II Överväganden och förslag

5 *Företagshälsovårdens arbetsfält* 83
5.1 Principiella synpunkter på företagshälsovårdens uppgifter och arbetssätt 83
5.2 Problem och utvecklingstendenser av särskild betydelse för den framtida företagshälsovården 86
5.2.1 Ökad medverkan i företagens planering 86
5.2.2 Sjukvårdens roll i företagshälsovården 89
5.2.2.1 Från industrisjukvård till företagshälsovård 89
5.2.2.2 Varför har sjukvården fortfarande så stort utrymme? 90
5.2.2.3 Ändrade förutsättningar 91
5.2.2.4 Företagshälsovården och primärvården måste samverka 91
5.2.3 Företagshälsovårdens psykologiska och sociala arbetsuppgifter 93
5.2.3.1 En vidgad syn på arbetsmiljön 93
5.2.3.2 Företagshälsovårdens uppgifter 95
5.2.4 Företagshälsovårdens anpassnings- och rehabiliteringsuppgifter 96
5.2.4.1 Handikapp och miljö 96
5.2.4.2 Arbetshandikapp och dess omfattning . . 97
5.2.4.3. Ökat stöd för arbetshandikappade 98
5.2.4.4 Företagshälsovårdens roll 99
5.2.5 Ergonomi. Ett utvecklingsområde för företagshälsovården 101
5.2.6 Företagshälsovården, datorisering och automatisering 103
5.2.6.1 Datorisering och automatisering 103
5.2.6.2 Konsekvenser för arbetsmiljön 104
5.2.6.3 Företagshälsovårdens insatser 105
5.2.7 Bättre arbetsskadeutredningar med hjälp av företagshälsovården 106
5.2.7.1 Arbetsskadelagstiftningen 106
5.2.7.2 Erfarenheter av arbetsskadeutredningar . . 106
5.2.7.3 Företagshälsovårdens uppgifter 107
5.3 Miljöinriktade förebyggande insatser 108
5.3.1 Olycksfallsförebyggande verksamhet 108
5.3.1.1 Allmänna synpunkter 108
5.3.1.2 Utredning av olycksfall och tillbud . . . 109

5.3.1.3 Åtgärder mot olycksfall 110
5.3.1.4 Första hjälpen mot olycksfall och akut sjukdom 112
5.3.1.5 Brandskydd 113
5.3.2 Arbete med fysikaliska miljöfaktorer 113
5.3.2.1 Allmänna synpunkter 113
5.3.2.2 Buller 114
5.3.2.3 Vibrationer 115
5.3.2.4 Joniserande och icke-joniserande strålning . 115
5.3.2.5 Belysning och synförhållanden 116
5.3.2.6 Klimat 117
5.3.3 Arbete med kemiska och biologiska miljöfaktorer . 118
5.3.3.1 Allmänna synpunkter 118
5.3.3.2 Bedömning av ämnen och kemiska produkter 120
5.3.3.3 Mätning och kontroll av kemiska hälsorisker i arbetsmiljön 120
5.3.3.4 Åtgärder mot kemiska hälsorisker i arbetsmiljön 122
5.3.3.5 Särskilt om ventilation 122
5.3.4 Ergonomisk utrednings- och åtgärdsverksamhet . . 123
5.3.4.1 Allmänna synpunkter 123
5.3.4.2 Utformning av arbetsplatser med hänsyn till arbetstyngd och belastning 124
5.3.4.3 Utformning av arbetsplatser med hänsyn till psykisk belastning 125
5.3.4.4 Arbetsorganisatoriska aspekter 126
5.3.5 Den organisatoriska och sociala miljön 127
5.3.5.1 Arbetsorganisationens betydelse 127
5.3.5.2 Den sociala miljön 128
5.3.6 Vissa hygieniska aspekter 129
5.4 Individ- och gruppinriktade förebyggande insatser 130
5.4.1 Nyanställningsundersökningar 130
5.4.2 Riktade hälsoundersökningar och uppföljning av riskgrupper 131
5.4.2.1 Hälsoundersökningar riktade mot särskilda problem 131
5.4.2.2 Uppföljning av riskgrupper 132
5.4.2.3 Principiellt om friskvård m m 133
5.4.2.4 Författningsreglerade hälsoundersökningar . 134
5.4.2.5 Utredning av exponeringsförhållanden . . 135
5.4.3 Åtgärder för anpassning av arbete och arbetsplatser . 136
5.4.4 Rådgivning om personlig skyddsutrustning 137
5.5 Behandlande verksamhet 137
5.5.1 Olycksfall 137
5.5.2 Akutsjukvård 138
5.5.3 Arbetsrelaterad sjukvårdande verksamhet 138
5.5.4 Åtgärder i samband med påfrestningar psykiskt och socialt 139
5.5.4.1 Allmänna synpunkter 139

5.5.4.2 Stöd till grupper och individer 140
5.5.5 Rehabilitering 141
5.6 Utredning av arbetsskadefall 142
5.7 Information och utbildning 143
5.7.1 Arbetsmiljöutbildning för skyddsombud och arbetsledare m fl 143
5.7.2 Utbildning för vissa kategorier av beslutsfattare . . 144
5.7.3 Information om olycksfalls- och hälsorisker, föreskrifter och regler samt "skyddspropaganda" m m 144
5.7.4 Utbildning i första hjälpen 144
5.7.5 Hälsoinformation 145
5.7.6 Utbildning av personal för företagshälsovården . . 145
5.7.7 Utbildning av personal i hälso- och sjukvården . . . 145
5.7.8 Information om företagshälsovården 146
5.8 Utvecklingsarbete och forskning 146
5.8.1 Allmänna synpunkter 146
5.8.2 Exempel på utvecklingsinriktade uppgifter 146
5.8.2.1 Analyser av sjukfrånvarostatistik, olycksfallsstatistik och statistik på personalomsättning 146
5.8.2.2 Epidemiolgiska studier 147
5.8.2.3 Utvärdering av arbetsmetoder, processer och maskiner som underlag för systematiska åtgärder 148
5.8.2.4 Utveckling av kravspecifikationer för utrustning m m 148
5.8.2.5 Utveckling av metoder med psykologisk och social inriktning 149
5.8.3 Bevakning av och anknytning till aktuell forskning . 149
5.8.4 Företagshälsovården som idé- och informationsförmedlare utåt 150
5.9 Planerings- och samverkansuppgifter 151
5.9.1 Planerad samverkan i kontakter med ansvariga organ inom företaget 151
5.9.2 Planering och samverkan med företagsexterna organ . 154
5.10 Företagshälsovården och den yttre miljön 155

6 *Företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling* 157
6.1 Inledning 157
6.2 Förväntningar på utbyggnaden av företagshälsovården . . . 157
6.2.1 Arbetsmiljöutredningens synpunkter 157
6.2.2 Företagshälsovårdsutredningens direktiv 158
6.2.3 Fackliga krav på utbyggnad av företagshälsovården . 159
6.2.3.1 LO:s, TCO:s och SACO/SR:s synpunkter . 159
6.2.3.2 LO:s krav 159
6.2.3.3 TCO:s synpunkter på utbyggnaden av företagshälsovården 160
6.2.3.4 SACO/SR:s synpunkter på utbyggnaden av företagshälsovården 161
6.3 Företagshälsovårdens utbyggnad hittills 161

6.4 Företagshälsovård för alla 167
6.4.1 Saknas behov på vissa områden? 167
6.4.2 Företagshälsovård en rättighet för alla arbetstagare . 170
6.4.3 Även ensamföretagare m fl har behov av företagshälsovård 170
6.5 Förutsättningar för den fortsatta utbyggnaden 172
6.6 Åtgärder för utbyggnad och utveckling av företagshälsovården 175
6.6.1 Helt utbyggd företagshälsovård om tio år och insatser för detta 175
6.6.2 Bättre anpassning till behoven av företagshälsovård . 176
6.6.3 Arbetsmarknadens parter ansvarar för att utbyggnad sker inom avtalsområdena 179
6.6.4 Utvidgning av befintlig företagshälsovård och etablering av nya enheter 180
6.6.5 Landstingens och primärkommunernas medverkan till heltäckande företagshälsovård 183
6.6.5.1 Landstingen och extern företagshälsovård . 183
6.6.5.2 Utredningens undersökning 1981 183
6.6.5.3 Landstingens nya roll 187
6.6.5.4 Landstingen och utbyggnaden av företagshälsovården 188
6.6.5.5 Primärkommunerna och extern företagshälsovård 190
6.6.5.6 Exempel på tänkbart kommunalt engagemang vid utbyggnad av företagshälsovården . . 191
6.6.5.6.1 Kriterier på extern kommunal företagshälsovård 191
6.6.5.6.2 Anslutning av företag till inbyggd kommunal företagshälsovårdsenhet 192
6.6.5.6.3 Anslutning av företag till kommunal företagshälsovård som drivs i form av aktiebolag 193
6.6.5.6.4 Kommunen säljer resurser till en småföretagscentral 194
6.6.5.6.5 Kommunen bygger upp en "småföretagscentral" som efter uppbyggnad och start överlåts till småföretagen 194
6.6.5.6.6 Administrativt och annat stöd vid uppbyggnad av småföretagscentral 194
6.6.5.6.7 Länsbolag och länscentral för företagshälsovård 195
6.6.6 Statshälsan och företagshälsovård för andra än statligt anställda 196
6.6.7 Reglerna för samhällets ekonomiska stöd till företagshälsovården måste ändras 197
6.6.7.1 Lagreglering m m av samhällets ersättning för kostnader vid företagshälsovård 197
6.6.7.2 Anvisningar och föreskrifter 199
6.6.7.3 Ersättningens utveckling 201

6.6.7.4 Förslag om ändrade ersättningsregler . . . 202
6.6.7.5 Företagshälsovårdsutredningens synpunkter 204
6.6.8 Behöver rätten till företagshälsovård lagfästas? . . 205
6.6.9 Samverkan för att åstadkomma utbyggnad och utveckling av företagshälsovården 208
6.6.9.1 Syftet med samverkan 208
6.6.9.2 Regional samverkan 209
6.6.9.3 Yrkesinspektionsnämndens uppgifter och sammansättning 209
6.6.9.4 Yrkesinspektionsnämndernas arbete med företagshälsovårdsfrågor 210
6.6.9.4.1 Riktlinjer för arbetet 210
6.6.9.4.2 Nämndernas aktiviteter och deras syn på framtida uppgifter 212
6.6.9.5 Yrkesinspektionsnämnden som samverkansorgan 216
6.6.9.5.1 Samverkansuppgifter 216
6.6.9.5.2 Samverkansformer och resurser . 219
6.6.9.6 Samverkan centralt 220
6.6.9.6.1 Företagshälsovårdsdelegationens tillkomst och uppgifter 220
6.6.9.6.2 Delegationens hittillsvarande arbete 220
6.6.9.6.3 Framtida uppgifter, sammansättning och resurser för delegationen . . 222

7 *Personal* 225
7.1 Personalgrupper i företagshälsovården 225
7.1.1 Nuläget 225
7.1.2 Framåtblick 228
7.1.3 Något om företagshälsovårdens interna organisation och arbetssätt 229
7.2 Personalens arbetsuppgifter och arbetsfördelning 230
7.2.1 Företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde 230
7.2.2 Arbetsfördelning i företagshälsovårdens medicinska verksamhet 233
7.2.3 Medicinsk personal 237
7.2.3.1 Företagsläkaren 237
7.2.3.2 Företagssköterskan 238
7.2.3.2.1 Sjuksköterskans arbetsfält . . . 238
7.2.3.2.2 Företagssköterskans roll och arbetsfält 238
7.2.3.3 Företagssjukgymnasten 240
7.2.3.3.1 Sjukgymnastens arbetsfält . . . 240
7.2.3.3.2 Företagssjukgymnastens arbetsfält 240
7.2.3.4 Undersköterskan i företagshälsovården . . 241
7.2.4 Företagshälsovård som tekniskt verksamhetsområde och personal för området 242
7.2.4.1 Skyddsingenjören 243
7.2.4.2 Yrkeshygienikern 244

7.2.4.3 Skyddsteknikern 245
7.2.5 Beteendevetare i företagshälsovården 246
7.2.5.1 Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter 246
7.2.5.2 Personal för psykologiska och sociala uppgifter 247
7.2.6 Administrativ personal 248
7.2.6.1 Administrativ personal i företagshälsovården 248
7.2.6.2 Verkställande direktör, administrativt ansvarig 248
7.2.6.3 Sekreterare/assistent i företagshälsovården . 250
7.3 Personalbehovet 251
7.3.1 Principiella synpunkter 251
7.3.2 Företagsläkare 252
7.3.2.1 Läget de senaste åren 252
7.3.2.2 Hur ser det ut framöver? 253
7.3.2.3 Hur får man företagsläkare till utbyggnaden av företagshälsovården? 254
7.3.3 Företagssköterskor 255
7.3.3.1 Dagsläget 255
7.3.3.2 Utbyggnaden 256
7.3.4 Skyddsingenjörer 257
7.3.4.1 Dagsläget 257
7.3.4.2 Utbyggnaden 257
7.3.5 Företagssjukgymnaster 258
7.3.6 Undersköterskor och annan medicinsk biträdespersonal 259
7.3.7 Yrkeshygieniker 259
7.3.8 Skyddstekniker 260
7.3.9 Beteendevetare (motsv) 260
7.3.10 Administrativ personal 261
7.4 Behörighets- och meritvärderingsfrågor 261
7.4.1 Behörighet för anställning 261
7.4.2 Särskilt om meritvärdering för medicinsk personal . 263
7.4.2.1 Bakgrund 263
7.4.2.2 Utredningens överväganden och förslag . . 266

8 *Utbildning för företagshälsovårdens personal m m* 269
8.1 Den nuvarande och framtida utbildningen 269
8.1.1 Principiella utgångspunkter 269
8.1.1.1 Utbildning för företagsläkare 270
8.1.1.1.1 Den nuvarande utbildningen . . 270
8.1.1.1.2 Nackdelar med den nuvarande ordningen 272
8.1.1.1.3 Den framtida utbildningen bör vara medicinsk specialitet 273
8.1.1.1.4 Genomförande 275
8.1.1.2 Utbildning för företagssköterskor 277
8.1.1.2.1 Den nuvarande utbildningen . . 277
8.1.1.2.2 Den framtida utbildningen . . . 279

8.1.1.2.3 Genomförande 280
8.1.1.3 Utbildning för undersköterskor 281
8.1.1.4 Utbildning för företagssjukgymnaster . . 282
8.1.1.4.1 Den nuvarande utbildningen . . 282
8.1.1.4.2 Den framtida utbildningen . . . 283
8.1.1.4.3 Genomförande 283
8.1.1.5 Utbildning för skyddsingenjörer 284
8.1.1.5.1 Den nuvarande utbildningen . . 284
8.1.1.5.2 Den framtida utbildningen . . . 289
8.1.1.5.3 Utbildning av skyddsingenjörer för jordbruks- och trädgårdsnäringen och andra frågor om branschinriktad utbildning för skyddsingenjörer . 292
8.1.1.5.4 Genomförande 293
8.1.1.6 Yrkeshygienikerutbildning 295
8.1.1.7 Skyddsteknikerutbildning 296
8.1.1.8 Utbildning för beteendevetare m fl . . . 297
8.1.1.9 Utbildning för sekreterare, assistenter och andra administratörer 300
8.1.2 Efterutbildning 301
8.2 Resurser, organisation och samordning 302
8.2.1 Nuläget 302
8.2.2 Framtiden 304
8.3 Kostnader och finansiering av utbildningen 306
8.3.1 Arbetarskyddsstyrelsens utbildning 306
8.3.2 Finansiering av högskoleutbildning 306
8.3.3 Vidareutbildningskurser för läkare 307
8.3.4 Framtida kostnader och finansiering 307
8.4 Arbetsmiljöinnehåll i grundutbildningen 309

9 *Kostnads- och finansieringsfrågor* 311
9.1 Nuvarande kostnader och finansiering 311
9.2 Kostnader och finansiering i framtiden 312

Reservation 317
Särskilda yttranden 323

Bilaga 1 *Direktiv för 1976 års företagshälsovårdsutredning* . . . 341
Bilaga 2 *Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter (Av Henry Egidius)* 347
Bilaga 3 *Småföretag. En översikt med hänsyn till förutsättningar för och behov av företagshälsovård* 375

Sammanfattning

Bakgrund

Företagshälsovårdsutredningens uppdrag i den del som redovisas i detta betänkande avser översyn av företagshälsovården i fråga om innehåll, organisation, utbyggnad, personal, utbildningsfrågor m m.

Utredningen tar inledningsvis upp några aspekter på arbetsmiljön och dess effekter på hälsa och välbefinnande. Det finns fortfarande stora grupper av anställda som upplever påtagliga besvär av brister i arbetsmiljön. Tunga lyft och olämpliga arbetsställningar präglar ännu i dag många arbetsplatser. Kemiska hälsorisker upplevs i allt högre grad som problem på arbetsplatserna. Buller är fortfarande en påtaglig olägenhet på många håll. Psykiska och sociala arbetsmiljöproblem ägnas ökad uppmärksamhet.

Utredningen beskriver effekter av brister i arbetsmiljön. Årligen inträffar c 100 000 olycksfall på arbetsplatserna och det anmäls c 20 000 arbetssjukdomar. Ökad sjukfrånvaro kan ha samband med faktorer i arbetsmiljön. Förtidspensionering kan ofta ha sin grund i tidigare hårda fysiska arbetskrav och dålig arbetsmiljö. De samhällsekonomiska konsekvenserna i form av produktionsbortfall samt kostnader för sjukersättning och pensioner är betydande.

Den bästa vägen att åstadkomma bättre arbetsmiljö är en effektivt förebyggande verksamhet. Företagshälsovården är den resurs i arbetslivet som har bäst förutsättningar för detta. Företagshälsovården är således en oundgänglig del av modernt arbetarskydd. Den har utvecklats ur äldre tiders industrihälsovård och blivit en medicinsk och teknisk expertresurs i eller i nära anslutning till företagen, inriktad på arbetsmiljön. Företagshälsovårdens uppgift har blivit tekniskt och medicinskt förebyggande verksamhet och i viss utsträckning sjukvårdande och rehabiliterande.

Företagshälsovården har vuxit fram på initiativ av arbetsmarknadens parter. Den första överenskommelsen om företagshälsovård slöts mellan SAF och LO 1967. Därefter har arbetsmiljöavtal och överenskommelser om företagshälsovård i en fortgående process slutits inom samtliga sektorer av arbetsmarknaden. I dag omfattas c 90 procent av de anställda av sådana överenskommelser.

Företagshälsovården är en partsobunden utredande och rådgivande expertresurs. Skyddskommittén (motsv), i vilken arbetsgivare och arbetstagare samverkar i arbetsmiljöfrågor, är i princip huvudman för verksamheten med uppgiften att bl a fastställa arbetsprogram och medverka vid anställning

av personal. Arbetsgivarna svarar för kostnaderna med möjlighet till viss ersättning från samhället.

Företagshälsovården har enligt avtalen kunnat organiseras på olika sätt med hänsyn till företagens förutsättningar. I större företag, landsting, kommuner och statliga verk finns i regel "inbyggd" företagshälsovård för de egna anställda. Små och medelstora företag har slutit sig samman och bildat företagshälsovårdscentraler med uppgift att vara en resurs för medlemsföretagen. I vissa branscher har branschhälsovård anordnats för företag inom branschen. Bygghälsan är därvid unik som rikstäckande branschhälsovård. Den omfattar de flesta anställda i byggnadsbranschen. Dessutom förekommer branschhälsovård i en del andra branscher men begränsad till en eller ett par regioner eller orter. Många landsting har engagerat sig i extern företagshälsovård för att hjälpa små företag att få tillgång till företagshälsovård. Detta har skett i olika organisatoriska former.

Parternas gemensamma ansvar för företagshälsovården har lett fram till att c 2 250 000 eller närmare 60 procent av alla arbetstagare har företagshälsovård våren 1983.

Överväganden och förslag

Företagshälsovårdens arbetsfält

Företagshälsovårdsutredningen har ingående analyserat företagshälsovårdens arbetsuppgifter och arbetssätt samt de krav som kan förväntas i framtiden. I kapitel 5 redovisar utredningen vilka arbetsuppgifter företagshälsovården bör ha.

Utredningens principiella inställning är inledningsvis att företagshälsovårdens arbetsfält skall vara företagets (motsv) arbetsmiljö, arbetsförhållanden och förutsättningarna fysiskt, psykiskt och socialt för de människor som har sitt arbete i företaget. Företagshälsovården skall som opartisk, rådgivande expertfunktion medverka till att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar.

Med den angivna utgångspunkten är det självklart att företagshälsovården i huvudsak skall vara förebyggande och ha arbetsmiljön som "patient". Dess uppgift blir att medverka till att alla de synpunkter beaktas i företaget som har att göra med kraven att anpassa arbetsmiljö och arbetsförutsättningar så att risker och hälsofaror undviks.

Med hänsyn till att företagshälsovården, enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning, är ett viktigt instrument för att förverkliga intentionerna i arbetsmiljölagen anser utredningen, att företagshälsovården måste vara integrerad i eller arbeta i nära samverkan med företagens lokala arbetsmiljöorganisation. Den skall vara en del av arbetarskyddet.

Företagshälsovården får därmed skyddskommittén som sin närmaste uppdragsgivare och skall vara en rådgivande, opartisk expertfunktion till den lokala arbetsmiljöorganisationen med skyddskommittén, skyddsombud, arbetsledare m fl som ingår i det lokalt organiserade skyddsarbetet. Företagshälsovården skall inrikta sina arbetsuppgifter och arbetsformer efter denna förutsättning. Det är därvid väsentligt att företagshälsovården har kontinuerliga kontakter med skyddskommittén. Det bör således vara rutin

att någon representant från företagshälsovården är med på kommitténs sammanträden för att ge synpunkter på förhållanden som behandlas samt presentera utredningsresultat m m som kan belysa frågeställningar som tas upp. Idéer till utredningar, åtgärdsprogram m m kan givetvis också komma från företagshälsovårdens erfarenheter.

Företagshälsovårdens roll som rådgivande expertfunktion får inte innebära att den enbart skall arbeta med frågeställningar som uppdragsgivarna kommer med. Tvärtom bör det även vara företagshälsovårdens uppgift att ta initiativ inom expertområdet och utifrån egna observationer och hypoteser lägga fram uppfattningar och synpunkter som underlag för diskussioner och förslag till åtgärder. Det är också angeläget att företagshälsovården kommer med direkta förslag till vilka åtgärder som bör vidtas.

Utredningen anser sammanfattningsvis att följande kriterier bör gälla för företagshälsovård.

- Opartisk, rådgivande expertfunktion.
- Medicinskt och tekniskt samt psykiskt och socialt förebyggande med arbetsmiljön som utgångspunkt (hälsoskydd i arbetslivet).
- Integrering i eller annan samordning med det lokala arbetarskyddet.
- Partsinflytande på verksamheten.
- En sammanhållen resurs sedd från nyttjarnas sida.

Företagshälsovårdsutredningen har under arbetets gång kunnat konstatera att det finns ett stort behov av en samlad redovisning av företagshälsovårdens uppgifter. Utredningen har därför gjort en relativt ingående beskrivning i kapitel 5 för att belysa företagshälsovårdens karaktär av hälsoskydd i arbetet och bredden i det arbete som företagshälsovårdens personal skall utföra. Företagshälsovårdens uppgifter kan schematiskt återges på följande sätt.

- Miljöinriktade förebyggande insatser som
  - olycksfallsförebyggande verksamhet
  - arbete med fysikaliska miljöfaktorer
  - arbete med kemiska och biologiska miljöfaktorer
  - ergonomisk utrednings- och åtgärdsverksamhet
  - insatser som rör den organisatoriska och sociala miljön
  - allmänhygieniska uppgifter
- Individ- och gruppinriktade förebyggande insatser som
  - nyanställningsundersökningar
  - andra typer av hälsoundersökningar
  - utredning av exponeringsförhållanden
  - anpassning av arbete och arbetsplatser
  - rådgivning om personlig skyddsutrustning
  - uppföljning av riskgrupper
- Behandlande verksamhet som
  - behandling av olycksfall
  - akutsjukvård
  - arbetsrelaterad sjukvård
  - åtgärder i samband med vissa påfrestningar psykiskt och socialt
  - rehabilitering
- Utredning av arbetsskadefall

- Information och utbildning
- Utvecklingsarbete och forskning
- Planering och samverkan.

Utredningen har ägnat några områden särskild uppmärksamhet i beskrivningen med hänsyn till deras stora betydelse för inriktning och tyngdpunkter i den framtida företagshälsovården. Ett sådant är *medverkan i företagens planering*. Företagshälsovården bör enligt utredningens uppfattning i betydligt större utsträckning än som nu är fallet gå in i företagens planering och medverka till att arbetsmiljöaspekterna finns med från idéstadiet till och med genomförandet av förändringen. Självfallet skall företagshälsovården inte bära ansvaret för att arbetsmiljön blir rätt utformad. Detta är primärt ett ansvar för arbetsgivare, arbetsledare m fl i nära samverkan med de anställdas företrädare. Däremot skall företagshälsovården med sitt expertkunnande ge beslutsfattarna underlag som gör det möjligt att i planeringen också sörja för att arbetsmiljön blir tillfredsställande. Sådana insatser förutsätter kontinuerlig samverkan mellan företagshälsovården och företagens inköpsansvariga och olika planerings- och projektgrupper m m.

Sjukvårdens roll i företagshälsovården är ett annat område som utredningen specialstuderat. Det är enligt utredningens mening av största vikt att smidiga samverkansformer utvecklas mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård, främst primärvården. Det behövs en bättre kommunikation mellan dessa två kompetensområden så att var och en kan bidra med sina särskilda kunskaper och förutsättningar vid behov av sjukvård. Därvid skall gälla att företagshälsovården bör bidra med sin särskilda kunskap om de arbetsmiljörelaterade aspekterna på diagnos, vård- och rehabiliteringsplanering. Även underlag för försäkringstekniska bedömningar bör kunna hämtas från företagshälsovården.

I övrigt bör givetvis alla de resurser av medicinsk och sjukvårdsteknisk art som samhällets hälso- och sjukvård förfogar över bära den tunga delen av sjukvården i samverkan mellan dessa två system. Företagshälsovårdens roll i denna samverkan blir speciellt påtaglig i början och slutet av ett sjukdomsförlopp. Den får i stor utsträckning ta på sig den förmedlande rollen i patientens väg mot rätt vårdinstans och rollen som förmedlare av relevanta miljödata i diagnos- och vårdplaneringsskedet.

Företagshälsovårdsutredningen har i samarbete med Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) studerat, hur företagshälsovården och primärvården samverkar idag och på vilket sätt samverkan kan förbättras. Projektet och förslag till åtgärder beskrivs närmare i en Spri-rapport.

Utredningen framhåller betydelsen av att företagshälsovården engagerar sig i *psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem*. Utredningen har valt att i en särskild expertbilaga, Psykologiska och sociala uppgifter för företagshälsovården, redovisa ett av underlagen för utredningens ställningstaganden. Utredningen konstaterar att företagshälsovårdens arbete skall utgå från en helhetssyn på arbetsmiljön. Psykologiska och sociala frågor behöver ökad uppmärksamhet från företagshälsovården, vilket i en del fall innebär en breddning av det arbetsfält företagshälsovården hittills har haft.

De psykologiska och sociala insatserna skall ha samma syfte som

företagshälsovårdsarbetet i övrigt och främst vara inriktade på att förebygga ohälsa. Företagshälsovården skall därvid vara en av många resurser som kan bidra till att arbetslivets psykiska och sociala problem uppmärksammas, förebyggs och åtgärdas. Företagshälsovårdens insatser skall i första hand gälla hur man i samverkan med arbetsmiljöansvariga kan planera, utforma och förändra arbetsplatsen med hjälp av den kunskap om grundläggande mänskliga behov och reaktioner som tagits fram inom främst beteende- och samhällsvetenskaperna. Psykologiska och sociala insatser skall inte avse enbart enskilda fysiska, tekniska och sociala faktorer i miljön och de enskilda arbetsuppgifterna. De skall också gälla planering och organisation av arbetsplatsen som helhet eller del av denna.

Utredningen vill betona att det verksamhetsområde som här berörs är under utveckling. Erfarenheter av den fortsatta verksamheten och de behov som framgår därur måste i väsentliga delar bilda underlag för de fortsatta insatserna på området liksom de resurser som behöver avsättas. Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter måste således successivt preciseras i nära samverkan mellan arbetsmarknadens parter och företagshälsovårdens personal. Stor uppmärksamhet måste därvid ägnas integritetsfrågor för enskilda arbetstagare.

Företagshälsovården har en viktig uppgift i *anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet* inom företagen. Enligt utredningens mening är det väsentligt att företagshälsovården kan förstärka sina insatser på området. De åtgärder som kan bli aktuella kan vara medicinska men i många fall tekniskt-ergonomiska, psykologiska och sociala och passar väl in i den inriktning mot förebyggande verksamhet som företagshälsovården skall ha. Det är emellertid en speciell dimension som tillförs denna inriktning när det förebyggande arbetet skall gälla arbetsmiljö-, grupp- och individinriktade åtgärder av så krävande karaktär som det är fråga om när svåra psykiska, fysiska och sociala arbetshinder skall beaktas.

En betydande andel av arbetssjukdomarna har samband med förslitning i arbetet. Enligt utredningens uppfattning har den tekniska utvecklingen inte i tillräcklig omfattning tagit hänsyn till de ergonomiska aspekterna. Utredningen har därför funnit anledning att särskilt uppmärksamma *de ergonomiska frågorna* som ett område där företagshälsovården kommer att få betydande uppgifter framöver och där behoven av kvalificerade insatser är ökande.

Arbetslivets ökande *automatisering och datorisering* kommer att ställa nya krav på insatser av företagshälsovården. Enligt utredningens mening är det av stor vikt att företagshälsovårdens speciella kunnande utvecklas och tas tillvara i samband med planeringen av sådana förändringar i företagen.

Ytterligare ett område där företagshälsovården bör ta på sig ökade uppgifter i framtiden är *arbetsskadeutredningar*. Erfarenheterna av försäkringskassornas handläggning av arbetsskadeärenden pekar på behov av en mer kvalificerad och inträngande sambandsbedömning. Företagshälsovården har enligt utredningens uppfattning särskilda förutsättningar att utarbeta underlag som medger en allsidig bedömning av de arbetsmiljöförhållanden som förelegat i det enskilda fallet i relation till den skada eller sjukdom som kunnat påvisas. Det bör också vara en uppgift för företagshälsovården att medverka vid anmälan av arbetsskada.

Företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling

I kapitel 6 behandlar utredningen de centrala frågorna om företgagshälsovårdens utbyggnad och utveckling. Därvid uppehåller sig utredningen en hel del vid de kvantitativa aspekterna på utbyggnaden men framhåller betydelsen av att kvantitet och kvalitet följs åt i utbyggnaden.

Utredningen konstaterar, att mellan 50 och 60 procent av arbetstagarna har tillgång till företagshälsovård. C 1 600 000 arbetstagare står utan företagshälsovård. Eftersom det i stor utsträckning är anställda i små företag som inte har tillgång till företagshälsovård och eftersom arbetsmiljöavtal i många fall inte gäller på dessa företag har utredningen ingående analyserat vad som är känt om arbetsmiljön i sådana företag. Som underlag för bedömning av behovet av företagshälsovård i dessa företag har utredningen ställt samman fakta från en rad undersökningar om arbetsmiljömedvetande och arbetsmiljörisker i små företag. Resultaten framgår av bilaga 3, Småföretag. En översikt med hänsyn till förutsättningar för och behov av företagshälsovård. Utredningen har också följt projekt som avser småföretag och företagshälsovård.

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera, att enligt gjorda undersökningar skiljer sig arbetsmiljöriskerna i små företag inte särskilt från de risker som finns i större företag. De små företagen har i stort sett samma arbetsmiljöproblem som större företag i samma bransch. Branschtillhörigheten betyder således mer än storleken på företaget. Därmed är det inte sagt att skillnader skulle saknas mellan små och stora företag. Det finns en del problem som kan vara vanliga i små företag. Särskilt gäller det sådana som hänger samman med arbetslokaler, personalutrymmen och ventilation.

Utredningen har inte funnit, att någon del av arbetsmarknaden, vare sig det skulle gälla bransch, företagsstorlek eller annan indelningsgrund, kan vara helt utan företagshälsovård. Utredningen anser därför, att det skall vara en rättighet för arbetstagarna på alla arbetsplatser att i anslutning till den egna arbetsplatsen kunna få opartisk expertmedverkan vid bedömning av arbetsmiljön och dess effekter på hälsan. Det skall gälla såväl befintlig arbetsmiljö som planerad. Det skall också vara arbetsgivarens skyldighet att tillhandahålla och bekosta denna expertmedverkan i form av företagshälsovård. Företagshälsovården skall medverka med expertsynpunkter både som hälsoövervakare i trängre bemärkelse och i sådan planering som leder till ny arbetsmiljö eller anpassning av befintlig.

Från samhällets utgångspunkt är arbetarskydd inte något som hör samman med anställningsförhållandet. I och med den nya arbetsmiljölagen kom lagstiftningen att vidgas till att i princip också gälla ensamföretagare, medhjälpande familjemedlemmar och personer som utför yrkesmässigt arbete för gemensam räkning.

Anledningen till vidgningen av arbetsmiljölagstiftningen till att också gälla ensamföretagare var en allmän bedömning att dessa kunde ha arbetsmiljöproblem som var väl så besvärliga som i företag med anställda. Detta gällde särskilt inom jordbruket. Arbetsmiljöutredningen framhöll att allvarliga risker för ohälsa och olycksfall finns för dem som arbetar i jordbruket, oavsett om detta bedrivs som familjejordbruk eller i annan form.

Enligt företagshälsovårdsutredningens mening kan företagshälsovård för

ensamföretagare i många fall vara väl så motiverad som för andra grupper. Det finns därför anledning att i den fortsatta planeringen av företagshälsovårdens utbyggnad för småföretag också beakta de c 270 000 ensamföretagarnas behov. Givetvis kan det härvid inte bli fråga om annat än ett frivilligt engagemang från ensamföretagarnas sida.

Utredningen har sett som sin främsta uppgift att lägga förslag som syftar till heltäckande företagshälsovård för landets arbetstagare. Det bör dock vara naturligt att en företagare med anställda som ansluter sig till företagshälsovård kan göra detta också för egen del. Så sker redan i dag i stor utsträckning. Den redovisade inställningen vad gäller ensamföretagare skall uppfattas som en markering att dessa i takt med att resurserna byggs ut skall erbjudas anslutning till företagshälsovården. Detta förutsätts ske på ett sådant sätt att det inte hindrar att alla arbetstagare erbjuds företagshälsovård inom rimlig tid.

Företagshälsovårdsutredningen har ingående analyserat de förutsättningar som kan finnas för utbyggnad av företagshälsovården till heltäckning. Utredningen har därvid gjort den bedömningen att brist på personal eller andra resurser inte behöver vara ett hinder för utbyggnaden. De hinder och problem som utredningen kunnat identifiera ligger snarare på det strukturella området och är nära förknippade med situationen i små företag, d v s sådana företag som "blivit över" vid utbyggnaden av företagshälsovården. Utredningen lyfter därför fram "småföretagsproblemet" som det som kan hindra utbyggnaden, om inga särskilda insatser görs.

När det gäller den offentliga sektorn finns formella förutsättningar för att företagshälsovården skall byggas ut. Stat, kommun och landsting har för sina respektive verksamheter träffat avtal med arbetstagarna om utbyggnad av företagshälsovården. Många kommuner och i stort sett alla landsting har byggt ut företagshälsovården. Verksamheten kan i somliga landstings- och primärkommuner behöva få en starkare arbetsmiljöinriktning än den "personalhälsovård" har som man ibland bedriver. Vidare behöver verksamheten förstärkas på främst den tekniska sidan men också det kan uppnås via avtalen.

På den statliga sidan finns också avtal som ger underlag för full utbyggnad.

Det samlade utbyggnadsbehovet på den offentliga sektorn rör sig uppskattningsvis om c 400 000 personer, varav c 50 000 kan beräknas ha tillgång till "företagshälsovård" som inte är komplett.

Anledningen till att man kan se med viss tillförsikt på att utbyggnaden blir heltäckande på den offentliga sidan inom en inte alltför avlägsen framtid är inte endast att det avtalsmässigt finns förutsättningar. En annan betydelsefull faktor är att stat, landsting och kommuner i allmänhet är så stora arbetsgivare inom ett visst geografiskt område att det går att få underlag för företagshälsovård utan att en lång rad arbetsgivare skall samverka för att skapa de organisatoriska förutsättningarna. Problemen med små företag är långt ifrån så uttalade på den offentliga som i den privata sektorn, även om det förekommer små och ibland utspridda arbetsplatser också inom offentlig sektor.

Inom den privata sektorn är bilden inte så enhetlig och entydig. Man kan konstatera att c 800 000 av de c 1 200 000 arbetstagarna inom privat sektor

som saknar företagshälsovård kan få sådan via arbetsmiljöavtalen. Av dessa kan upp till 450 000 beräknas vara anställda i företag som är medlem i arbetsgivarförening. Förutom SAF avses härmed SFO, KFO, BAO, TA m fl arbetsgivarföreningar. Därtill kommer upp till 260 000 arbetstagare som är anställda i företag med hängavtal. Dessa företag ingår således inte i de centrala parternas gemensamma områden men arbetsmiljöavtalet gäller också här. Vidare finns bland de 800 000 sådana anställda som har viss service, t ex i form av personalläkare, vilket inte kan klassificeras som företagshälsovård.

Det finns i dagsläget åtminstone 220 000 företag med färre än 50 anställda. Av dessa kan endast uppemot 27 000 bedömas ha företagshälsovård. I många av de mindre företag som saknar företagshälsovård finns arbetsmiljöavtal. Men trots att avtal om företagshälsovård således träffats kan arbetsgivaren ibland vara mindre benägen att ansluta sina anställda till befintlig företagshälsovård eller samverka med andra för att bygga upp företagshälsovård. Den beskrivna situationen är väl belagd i projekt och på annat sätt.

Ännu mer komplicerade är förutsättningarna i företag där man inte slutit arbetsmiljöavtal. De beräkningar företagshälsovårdsutredningen gjort visar, att c 400 000 personer arbetar i företag som saknar arbetsmiljöavtal. I allmänhet är såväl arbetsgivare som arbetstagare i sådana företag oorganiserade. Det finns skäl att räkna med att så gott som samtliga anställda i "avtalslösa företag" saknar företagshälsovård. Det finns också anledning att räkna med att inte alla arbetsgivarna i dessa företag kommer att söka anslutning till företagshälsovård.

Företagshälsovårdsutredningen sammanfattar de faktorer som utredningen anser påverkar förutsättningarna att få heltäckande företagshälsovård för små företag på följande sätt.

- Småföretag saknar ofta organiserat skyddsarbete.
- Kunskaperna om arbetsmiljöfrågor och företagshälsovård är ofta bristfälliga i små företag.
- Anslutningen till facklig organisation respektive arbetsgivarorganisation är inte så god i små som större företag.
- Många småföretag saknar arbetsmiljöavtal.
- Arbetsgivarnas benägenhet att ansluta sina anställda till företagshälsovård är många gånger inte så stor.
- Företagshälsovården är ibland innehållsmässigt mindre väl avpassad för små företags behov.
- Det kan vara särskilda organisatoriska och ekonomiska problem förenade med att anordna företagshälsovård för många små företag.
- Det saknas samordnings- och samverkansinitiativ för att få igång företagshälsovård för många små företag.

Inom utredningen råder enighet om målet att alla arbetstagare skall omfattas av företagshälsovård inom en tioårsperiod och att även ensamföretagare skall ges möjlighet att ansluta sig till företagshälsovård. Det skulle innebära företagshälsovård för i princip alla arbetstagare samt möjlighet för ensamföretagare m fl att ansluta sig före mitten av 1990-talet.

Den kommande tioårsperioden behöver användas för att dels i vissa fall konsolidera den befintliga företagshälsovården, dels finna vägar att bereda

de små företagen företagshälsovård. Att en så lång period kan behövas för att nå full täckning har också sin förklaring i att den fortsatta utbyggnaden avser en mycket stor mängd företag som det kan ta viss tid att finna lämpliga lösningar för. Det är också av stor vikt att kvalitetsfrågorna för företagshälsovården i sin helhet får en framskjuten plats under utbyggnadsperioden.

I avsnitt 6.6 går utredningen närmare in på de resurser som står till buds eller bör tillskapas för att säkra utbyggnaden av företagshälsovården enligt utredningens intentioner. Därvid framhåller utredningen betydelsen av att befintliga företagshälsovårdsenheter byggs ut. Landstingens och primärkommunernas olika möjligheter att medverka till att små företag får tillgång till företagshälsovård belyses särskilt. Utredningen föreslår dessutom en rad åtgärder som syftar till att resurserna genom samverkan m m blir väl utnyttjade och att verksamheten blir ekonomiskt försvarbar såväl samhällsekonomiskt som företagsekonomiskt. Detta bör kunna ske utan att man fördenskull gör avkall på parternas inflytande på verksamheten eller kvaliteten i den. Utredningen vill särskilt framhålla betydelsen av regional samverkan och lokal planering för att motverka att resurserna splittras och för att bygga upp verksamheten med beaktande av de skilda behov och förutsättningar som kan finnas i olika regioner.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning kommer utbyggnaden och utvecklingen av företagshälsovården att ställa krav på en rad åtgärder som kan sammanfattas i följande punkter.

- Företagshälsovårdens innehåll och den organisatoriska uppbyggnaden av verksamheten måste differentieras i större utsträckning för att tillgodose behoven.
- Arbetsmarknadens parter samverkar inom respektive avtalsområde och ansvarar för att utbyggnad sker genom anslutning till befintlig företagshälsovård eller till nya företagshälsovårdsenheter som parterna bygger upp själva eller i samverkan med andra. Parterna måste också samverka över avtalsgränserna.
- Befintlig företagshälsovård, landstingen, primärkommunerna och staten via Statshälsan medverkar till att små företag får företagshälsovård.
- Företagshälsovården inriktar sin verksamhet på förebyggande åtgärder riktade mot arbetsmiljön.
- Företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård samverkar i syfte att komplettera varandra.
- Samhällets ekonomiska stöd till den som anordnar företagshälsovård ges i syfte att stimulera till en förebyggande inriktning i verksamheten.
- Utifrån det övergripande ansvaret för befolkningens hälsa enligt hälso- och sjukvårdslagen förutsätts landstingen med kraft verka för att tillhandahålla företagshälsovård om inga andra möjligheter står till buds.
- Arbetsmarknadens parter, yrkesinspektionen, landstingen m fl samverkar regionalt för att samordna strävandena att bygga ut företagshälsovården till heltäckning samt för att främja utvecklingen av företagshälsovården. Samverkan sker i och i anslutning till yrkesinspektionsnämnderna, som består av företrädare för arbetsmarknadens parter samt chefen för respektive yrkesinspektionsdistrikt.
- Företagshälsovårdsdelegationen, som är ett centralt samverkansorgan

mellan arbetsmarknadens parter, arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen, fortsätter att vara forum för central samverkan när det gäller företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling.

Utredningen framhåller också betydelsen av att arbetsmarknadens parter och yrkesinspektionen gör särskilda insatser för att förbättra skyddsarbetet och arbetsmiljömedvetandet i små företag.

I utredningen har även lagfäst rätt till företagshälsovård för alla arbetstagare diskuterats, innebärande att arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård skrivs in i lag.Inom den avtalsreglerade sektorn kan finnas svårigheter att övertyga enskilda företag om nödvändigheten att ansluta sig till företagshälsovård. Framförallt kan det vara fallet i samband med hängavtal. Detta kan medföra svårigheter att på ett framgångsrikt sätt fullborda utbyggnaden. Det kan också finnas arbetsgivare som inte är beredda att stå för de kostnader som en anslutning till företagshälsovård medför eller av andra skäl ställer sig tveksamma. Det finns därför inom denna sektor behov av ytterligare stöd för den fortsatta utbyggnaden.

Vad gäller arbetsplatser som i dag saknar arbetsmiljöavtal har utredningen inte funnit belägg för att företagshälsovården kommer att byggas ut annat än marginellt och i långsam takt, om inte särskilda åtgärder vidtas.

Mot den redovisade bakgrunden har utredningen övervägt de fördelar och nackdelar som kan vara förenade med att lagfästa rätten till företagshälsovård. En fördel skulle vara att det skulle skapas bättre instrument för att planera och bygga ut företagshälsovården under beaktande av olika krav på kvalitet och inriktning. En lagstiftning skulle också medverka till att arbetsgivare som av t ex kortsiktiga, ekonomiska skäl inte vill söka anslutning till företagshälsovård för sina anställda skulle få ikläda sig samma ansvar och kostnader som de arbetsgivare som anordnar eller anslutit sig till företagshälsovård.

De nackdelar som utredningen kan se med en lagstiftning är för det första att arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om företagshälsovård skulle kunna uppfattas som normerande även för den företagshälsovård som drivs enligt avtalen. Det finns en påtaglig risk att parternas intresse och engagemang skulle avta och att man skulle överlåta ansvaret på myndigheterna. En annan nackdel skulle vara att en lagstiftning för arbetsgivare utan arbetsmiljöavtal skulle kunna leda till att dessa för sin verksamhet skulle kunna åläggas att ta i anspråk företagshälsovårdsresurser innan alla arbetstagare med arbetsmiljöavtal fått tillgång till företagshälsovård.

Utredningen har stannat för att inte föreslå att rätten till företagshälsovård lagregleras. Utredningen föreslår istället att de ovan nämnda åtgärderna kompletteras med att yrkesinspektionen riktar särskilda informationsinsatser om företagshälsovård till företag som inte omfattas av arbetsmiljöavtal.

Fyra ledamöter har reserverat sig till förmån för lagfäst rätt till företagshälsovård för alla arbetstagare. Enligt reservanterna bör lagstiftning införas fr o m den 1 januari 1988.

Personal

Personalfrågor behandlas i kapitel 7. I företagshälsovården måste finnas medicinskt och tekniskt samt psykologiskt och socialt kunnande för att arbetsmiljöproblemen skall kunna angripas på ett allsidigt sätt. I företagshälsovården behövs även administrativt kunnande för att verksamheten skall fungera.

Utredningen utgår från att företagshälsovården skall byggas upp och byggas ut med i huvudsak de personalkategorier som i dag finns i verksamheten, d v s företagsläkare, företagssköterska, skyddsingenjör, företagssjukgymnast, VD (motsv), sekreterare/assistent och i en del fall beteendevetare, undersköterska, yrkeshygieniker och skyddstekniker.

Utredningen framhåller betydelsen av att arbetet i företagshälsovården organiseras så att problemet avgör vilken personal som behöver medverka vid lösningen. Skyddskommittéer, företagshälsovårdskommittéer, skyddsombud, enskilda arbetstagare och arbetsledare m fl skall kunna vända sig till företagshälsovården med sina frågor och problem och känna att företagshälsovården ger svar och service utifrån den samlade kunskap som finns inom enheten. Företagshälsovårdens förebyggande arbete måste ha samma målsättning.

Yrkesprofilen hos olika personalgrupper beskrivs med särskild markering av vad det arbetsmiljöinriktade arbetet kräver av t ex medicinsk och teknisk personal. Företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde beskrivs som bakgrund till utredningens förslag om att området skall bli självständig medicinsk specialitet. Utredningen pekar på möjligheterna att vidga i första hand företagssköterskornas arbetsuppgifter. Detta kan ske efter delegering från företagsläkare men bör också kunna ske till följd av de speciella förutsättningar arbetet i företagshälsovården ger och efter t ex utbildningsinsatser. Med hänsyn till att det förebyggande arbetet i företagshälsovården är under utveckling och kan behöva förstärkas ger en ändrad arbetsfördelning företagsläkarna ökade möjligheter att ägna sig åt utveckling av det medicinskt förebyggande arbetet. Med företagssjukgymnast i arbetslaget ökar också företagshälsovårdens möjligheter att medicinskt i anslutning till belastningsproblem göra sambandsbedömningar, insatser för anpassning av arbetsplatsen samt program för rehabilitering.

Företagshälsovårdsutredningen framhåller den tekniska verksamhetens särart i företagshälsovården i förhållande till de insatser som tekniker i linjen respektive vid yrkesinspektionen svarar för. Företagshälsovårdens tekniska insatser vid planering och projektering betonas. Arbetsfördelning mellan skyddsingenjör, yrkeshygieniker och skyddstekniker redovisas med markering av att skyddsingenjören tekniskt bör ha huvudansvaret i verksamheten.

Utredningen konstaterar, att företagshälsovårdens personal måste ha ökad beredskap att uppmärksamma, förebygga och i övrigt angripa psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem. De psykologiska och sociala frågornas tyngd och karaktär kan variera från arbetsplats till arbetsplats och därmed även behovet av kompetens för dessa uppgifter. Enligt utredningens uppfattning bör man så långt det är möjligt integrera de nya uppgifterna i den medicinska och tekniska personalens uppgifter. Som komplettering till

medicinsk och teknisk personal med viss kompetens, t ex inhämtad genom efterutbildning, kan det i somliga företagshälsovårdsenheter bli aktuellt med personal som har sin yrkesprofil inom det beteendevetenskapliga området.

De administrativa uppgifterna i företagshälsovården kan behöva uppmärksammas, konstaterar utredningen, och pekar på behovet av personal för såväl administrativa ledningsuppgifter som för den löpande administrationen.

I avsnitt 7.3 redovisar utredningen sin syn på hur personalbehovet i företagshälsovården skall kunna tillgodoses med beaktande av den arbetsfältsbeskrivning som gjorts och med målet att alla arbetstagare skall ha tillgång till företagshälsovård om tio år. Utvecklingen av arbetsmarknaden och inom arbetsmiljöområdet är sådan att man i dag inte med säkerhet kan förutse vilken personalsammansättning och personaltäthet som är mest ändamålsenlig i företagshälsovården om tio år. Utredningens överväganden bygger på genomsnittliga beräkningar och får inte uppfattas som normtal för personalbemanningen i företagshälsovården. Här får man utgå från varierande behov, inte minst efter den mera ingående behovsanalys som utredningen föreslår skall göras generellt och särskilt i den fortsatta utbyggnaden.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning är tre personalkategorier oundgängligen nödvändiga i företagshälsovården. Det är företagsläkare, företagssköterska och skyddsingenjör. När det gäller företagsläkare räknar utredningen med att läkartätheten skulle kunna minska i den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården av följande skäl.

- Samhällets hälso- och sjukvård har under senare år byggts ut och planeras att bli bättre bemannad och tillgänglig än tidigare. Den beräknas kunna avlasta företagshälsovården sjukvårdande uppgifter.
- Företagssköterskorna bör anförtros vidgade uppgifter inom företagshälsovårdens medicinska arbetsfält med den avlastning detta kan innebära för företagsläkarna.
- I den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården finns i vissa fall mindre behov av medicinska företagshälsovårdsinsatser än i den företagshälsovård som hittills byggts ut.
- Företagssjukgymnaster rekryteras till företagshälsovården och kan i viss utsträckning avlasta läkarna uppgifter.

Utredningen drar slutsatsen att med nuvarande antal utbildningsplatser skulle det vara möjligt att 1993 ha byggt ut företagshälsovården till heltäckning för landets arbetstagare med i genomsnitt en företagsläkare per drygt 3 000 till företagshälsovården anslutna personer. Utsikterna att rekrytera läkare till företagshälsovården bedöms vara goda.

Motsvarande bedömning görs när det gäller företagssköterskor, men i det fallet räknar utredningen med i genomsnitt en företagssköterska per c 1 500 anslutna, d v s ett ökat inslag av företagssköterskor.

Rekryteringssituationen för skyddsingenjörer bedöms också som god. Utredningen föreslår viss utökning av antalet utbildningsplatser för skyddsingenjörer för att därmed säkra att utbyggnaden kan genomföras med samma genomsnittliga antal skyddsingenjörer som i dagsläget, d v s en skyddsingen-

jör per c 2 000 anslutna.

Utredningen ser även företagssjukgymnasten som en viktig resurs men konstaterar, att bristen på utbildningsplatser kan hindra att ett önskvärt antal företagssjukgymnaster utbildas. Detta skall emellertid enligt utredningens uppfattning inte behöva hindra utbyggnaden. Företagshälsovårdsdelegationen förutsätts verka för att fler utbildningsplatser kommer fram.

Utredningen är inte beredd att kvantifiera behovet av beteendevetare under den kommande tioårsperioden utan föreslår att delegationen följer utvecklingen och kommer med förslag.

I avsnitt 7.4 belyser utredningen behörighets- och meritvärderingsfrågor. Utredningen anser, att man av bl a kvalitetsskäl bör sträva efter att ha samma behörighetsreglering för den medicinska personalen i företagshälsovården som för medicinsk personal inom den offentliga hälso- och sjukvården. Regleringen innebär i allmänhet krav på viss utbildning för att inneha tjänst. Enligt utredningens mening bör den behörighetslag som är under utredning öppna möjlighet för sådana regler också i företagshälsovården.

I avvaktan på att praktiska och författningsmässiga förutsättningar för behörighetsreglering skapas bör tillämpningen av de rekommendationer som företagshälsovårdsdelegationen utfärdat stramas upp.

Företagshälsovårdsdelegationen bör också utfärda rekommendationer med krav på viss utbildning för tekniker som skall anställas i företagshälsovården. Lagreglering anses inte påkallad i det sammanhanget.

Meritvärdering vid tjänstgöring som företagsläkare har länge uppfattats som ett problem. Läkare har ibland framhållit, att de varit tveksamma att gå in i företagshälsovården, eftersom de befarat att inte få tillgodoräkna sig sådan tjänstgöring om de senare skulle vilja övergå till tjänst inom den allmänna hälso- och sjukvården. Problemet kan vara likartat för annan medicinsk personal.

Meriter som förvärvats exempelvis som företagsläkare i en privat företagshälsovårdsenhet kan enligt gällande lagstiftning inte automatiskt tillgodoräknas som tjänsteår i samband med tillsättning av offentligt reglerade läkartjänster. Hittills har framställningar från läkare som är verksamma inom privat företagshälsovård och som hos socialstyrelsen begärt tjänsteårsrätt varit sparsamma. I de fall läkare begärt tjänsteårsrätt har de dock erhållit sådan.

Utredningen anser, att det nuvarande meritvärderingssystemet har en rad negativa konsekvenser för företagshälsovården, eftersom det är "snårigt" och svårtolkat och ofta inbjuder till missuppfattningar. Därför ser utredningen positivt på socialstyrelsens förslag att det särskilda tjänsteårsrättsbegreppet slopas. Det skulle därvid bli möjligt att helt jämställa tjänstgöringar inom olika verksamhetsområden, oavsett om dessa fullgjorts inom offentlig hälso- och sjukvård eller inom t ex företagshälsovård.

Utbildning

Utredningen behandlar i kapitel 8 utbildning för företagshälsovårdens personal. Som utgångspunkt för förslagen om den framtida utbildningen har utredningen formulerat följande principiella krav.

- En anpassning till det vanliga systemet för grund- eller vidareutbildning som gäller motsvarande yrkesgrupper inom andra områden skall eftersträvas.
- Den framtida företagshälsovårdsutbildningen skall vara generell med hänsyn till förhållandena inom arbetsmarknaden. Branschinriktad utbildning anordnas endast på efterutbildningsnivå.
- Praktik eller handledd praktisk tjänstgöring skall utgöra ett väsentligt inslag i den framtida företagshälsovårdsutbildningen.
- Utbildningen i företagshälsovård bör, för att bli lätt tillgänglig för de studerande, spridas geografiskt och anordnas även på andra orter än Stockholm, Umeå och Jönköping. "Utbildningscentra" med utbildning för två eller fler kategorier befattningshavare i företagshälsovården skall eftersträvas.
- Utbildningarna skall utformas och dimensioneras så att den pågående utbyggnaden av företagshälsovården inte stannar upp utan kan fortsätta i åtminstone nuvarande takt.
- Företagshälsovårdens personal skall vara utbildad för arbete i företagshälsovården före anställning.

Utredningen föreslår, att företagsläkarutbildningen anordnas inom det reguljära vidareutbildningssystemet för läkare och att företagshälsovård blir medicinsk specialitet. Vidareutbildningen skall omfatta fyra och ett halvt års praktisk tjänstgöring varav 18 månader företagshälsovård, 18 månader allmänmedicin, 12 månader internmedicin och 6 månader allmän psykiatri. Vissa utbytesmöjligheter skall finnas. Till utbildningen skall knytas nio veckor teoriundervisning i huvudsak bestående av arbetarskyddsstyrelsens nuvarande specialutbildning för företagsläkare. I utbildningen föreslås också ingå tre s k NLV-kurser.

Utredningens förslag innebär att s k FV-block för företagsläkare inrättas. Detta förutsätter att landstingen och arbetsgivarna är beredda att inrätta utbildningstjänster och ställa upp med handledning inom respektive område. Utredningen räknar med att det vid fullt utbyggd specialistutbildning kommer att behövas c 90 FV-block per år.

Förslaget innebär att företagsläkarutbildningen i sin nuvarande form trappas ned i takt med att FV-block och utbildningstjänster inrättas. Därvid förutsätts att arbetarskyddsstyrelsens teoretiska kurser i företagshälsovård går in som en del i den nya utbildningen.

Utredningen föreslår, att socialstyrelsen får i uppdrag att med ledning av utredningens förslag skyndsamt utforma den medicinska specialiteten företagshälsovård samt lägga förslag om att sådan inrättas. Arbetet bör bedrivas i nära samverkan med arbetarskyddsstyrelsen och den därtill knutna företagshälsovårdsdelegationen. Eventuella samordningsmöjligheter mellan företagsläkarutbildningen och yrkesmedicinarutbildningen skall tas till vara.

Den framtida företagssköterskeutbildningen bör enligt utredningens mening förbereda för ett vidgat arbetsfält för företagssköterskorna. Vidareutbildningen till företagssköterska bör därför på sikt utökas till att omfatta 40 poäng och bygga på den nya grundutbildningen för sjuksköterskor om 80 poäng, hälso- och sjukvårdslinjen i högskolan, samt minst två års arbete som sjuksköterska. Av den föreslagna vidareutbildningens 40 poäng bör c 15

bestå av praktik i företagshälsovård och c 25 av teoretisk utbildning.

Utökningen till 40 poäng av företagssköterskeutbildningen bör ske i takt med att sjuksköterskor utbildas enligt de nya utbildningsplanerna för hälso- och sjukvårdslinjen. Första kullen sjuksköterskor med 80 poängs grundutbildning enligt den nya utbildningsplanen examineras 1984. 1986 är således den första teoretiska möjligheten att till vidareutbildning anta de "nya" sjuksköterskorna, eftersom de inte blir behöriga att söka till utbildningen förrän efter två års yrkesverksamhet. Beträffande den nuvarande utbildningen föreslår utredningen en viss utökning av den teoretiska delen.

Utredningen förutsätter, att arbetarskyddsstyrelsen tills vidare anordnar utbildning för företagssköterskor men stävar efter att sprida den till nya orter. Sådan utbildning bör kunna anordnas på uppdrag av arbetarskyddsstyrelsen.

Utredningen föreslår, att UHÄ i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och Landstingsförbundet utreder de närmare förutsättningarna att anordna företagssköterskeutbildning som reguljär högskoleutbildning vid landstingens vårdskolor.

Beträffande undersköterskor inom företagshälsovården konstaterar utredningen att det inte finns behov av särskild utbildning i företagshälsovård före anställning inom företagshälsovården. Däremot bör viss introduktionsutbildning och orienterande utbildning ges i kursform. Sådan kan med fördel anordnas i samarbete mellan ett antal företagshälsovårdsenheter som ligger nära varandra. Eventuellt bör detta kunna ske i samarbete med den kommunala vuxenutbildningen.

Utredningen konstaterar att antalet platser för utbildning av företagssjukgymnaster långt ifrån är tillräckligt och föreslår därför att arbetarskyddsstyrelsen snarast ökar antalet utbildningsplatser från 24 till minst 50 per år i sin utbildning för företagssjukgymnaster. Utredningen föreslår också att företagshälsovårdsdelegationen undersöker möjligheterna att få fram ytterligare utbildningsplatser på andra håll.

Utredningen har vidare tagit upp möjligheterna att utforma en framtida företagssjukgymnastutbildning som påbyggnadsutbildning till den nya rehabiliteringslinjen om 100 poäng i högskolan. En sådan påbyggnadsutbildning för blivande företagssjukgymnaster kunde omfatta 20 poäng varav c 10 praktik. UHÄ har nyligen påbörjat utredning om sjukgymnasternas vidareutbildning och utredningen föreslår därför, att UHÄ i samråd med arbetarskyddsstyrelsen i det sammanhanget undersöker förutsättningarna att inrätta den föreslagna påbyggnadslinjen om 20 poäng.

Beträffande skyddsingenjörer inom företagshälsovården betonar utredningen vikten av god teknisk grundkompetens. Utredningen föreslår att skyddsingenjörsutbildningen anordnas i följande två varianter.

- Ettårig (40 poäng) vidareutbildning efter tidigare teknisk grundutbildning inom högskolan (civilingenjörsutbildning) alternativt efter viss annan teknisk utbildning som kompletterad med yrkesverksamhet kan bedömas ge erforderlig teknisk grundkompetens.
- Specialinriktning inom teknisk linje (civilingenjörsutbildning) omfattande 40 poäng av linjens totalt 160 poäng.

I båda varianterna bör ingå c 10 poäng praktik inom företagshälsovården.

Utredningen föreslår, att arbetarskyddsstyrelsen i vissa avseenden modifierar sin nuvarande skyddsingenjörsutbildning. Vidare föreslås att UHÄ verkar för att vidareutbildning till skyddsingenjör också inrättas vid högskolan samt prövar förutsättningarna att bygga upp skyddsingenjörsutbildning som en specialinriktning av civilingenjörsutbildningen.

Utredningen har tidigare i särskild ordning lämnat förslag till utbildning av yrkeshygieniker. Förslaget innebär att sådan utbildning anordnas som 60 poängs påbyggnadsutbildning efter genomgången kemitekniklinje eller kemistlinje inom högskolan. Utbildningen beräknas komma igång snarast vid universitetet i Lund.

Utbildning för skyddstekniker inom företagshälsovården föreslås omfatta åtta kursveckor.

Beträffande utbildning för beteendevetare inom företagshälsovården konstaterar utredningen att det är svårt att nu ange vilken grundläggande utbildning eller vilken vidareutbildning som bäst lämpar sig för beteendevetare i företagshälsovården. I avvaktan på att de psykologiska och sociala arbetsuppgifterna i företagshälsovården preciseras klarare bör man emellertid överväga på vilket sätt t ex psykologutbildningen och påbyggnader på socionomutbildningen kan få ett innehåll som direkt tillgodoser krav som ställs på beteendevetare i företagshälsovården.

Företagshälsovårdsutredningen föreslår, att UHÄ får i uppdrag att i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och i nära samverkan med företagshälsovårdsdelegationen utreda behovet av och förutsättningarna för att anordna utbildning med beteendevetenskaplig inriktning för arbete i företagshälsovården. Därvid bör man utreda om vissa beteendevetenskapliga grundutbildningar bör profileras mot företagshälsovård eller på annat sätt förstärkas med inslag som rör företagshälsovård.

Företagshälsovårdsutsredningen föreslår vidare, att UHÄ och arbetarskyddsstyrelsen vid sina överväganden om utbildning i företagshälsovård för beteendevetare också uppmärksammar behovet av utbildning för beteendevetare som redan arbetar i företagshälsovården utan vidareutbildning för detta.

I detta sammanhang föreslår utredningen också att psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön uppmärksammas särskilt i vidareutbildningen (motsv) som förbereder medicinsk och teknisk personal för arbete i företagshälsovården. Utredningen föreslår, att företagshälsovårdsdelegationen verkar för att efterutbildning inom detta område kommer fram snarast för företagssköterskor, skyddsingenjörer, företagsläkare och företagssjukgymnaster. En sådan utbildning skall syfta till att göra de nämnda personalgrupperna beredda att i sin ordinarie yrkesfunktion arbeta med psykiska och sociala arbetsmiljöproblem.

Utredningen har också tagit upp utbildningen av sekreterare/assistenter inom företagshälsovården. Utredningen har därvid haft tillfälle att föra fram sina synpunkter på sådan utbildning i SÖ:s nyligen genomförda översyn av sekreterareutbildningen. Det förslag till ny sekreterareutbildning som SÖ nu presenterat ger enligt utredningens mening en avsevärt bättre plattform för företagshälsovårdens intressen, eftersom utbildningen "höjs" till att bygga på gymnasial utbildning. Företagshälsovårdens och yrkesmedicinens speciel-

la arbetsuppgifter på det administrativa området kan beaktas i den nya utbildningen.

De av utredningen föreslagna utbildningarna för skilda kategorier av befattningshavare i företagshälsovården innebär att flera utbildningar i framtiden kan komma att anordnas inom högskolan respektive av socialstyrelsen inom NLV-systemet.

Under de närmaste åren kommer huvudansvaret för att genomföra företagshälsovårdsutbildningen fortfarande att åvila arbetarskyddsstyrelsen, men därefter kommer således ansvaret alltmer att delas mellan arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen och högskoleorganisationen. Det är därför enligt utredningens uppfattning angeläget att ett närmare samarbete snarast etableras mellan dessa tre utbildningsanordnare för planering och genomförande av den kommande utbildningen i företagshälsovård.

Den företagshälsovårdsutbildning som anordnas av arbetarskyddsstyrelsen är i alla avseenden jämförbar med högskoleutbildning respektive NLV-utbildningens teoretiska del. Utredningen anser det viktigt att de studerande oavsett var de genomgår företagshälsovårdsutbildning, gör det utifrån samma mål och krav för utbildningen samt får den likvärdigt bedömd både på arbetsmarknaden och vid tillträde till annan utbildning. Utredningen föreslår därför, att UHÄ verkar för att arbetarskyddsstyrelsens utbildningar för personal inom företagshälsovården med avseende på meritvärde m m jämställs med motsvarande utbildning i högskolan.

Enligt utredningens mening bör all företagshälsovårdsutbildning komma in i det planeringssystem som gäller för högskolan respektive NLV-utbildningen. Det gäller t ex fastställande av utbildningsplan, beslut om dimensionering, lokalisering och meritvärdering samt eventuell samordning vid utannonsering av och antagning till utbildningen.

Utredningen föreslår därför, att regeringen uppdrar åt UHÄ, arbetarskyddsstyelsen och socialstyrelsen att överväga på vilket sätt samverkan och samordning rörande företagshälsovårdsutbildningen bäst kan uppnås.

Utredningen pekar i detta sammanhang på företagshälsovårdsdelegationen. Denna bör främja samverkan mellan arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen och högskoleorganisationen i frågor rörande utbildningen i företagshälsovård.

I den mån de av utredningen föreslagna utbildningarna i företagshälsovård anordnas i högskolan föreslår utredningen att finansieringen skall tillgå på för högskolan sedvanligt sätt, vilket innebär att alla kostnader för utbildningen belastar högskolans budgetmedel och deltagarnas kostnader finansieras med studiemedel. Företagsläkarutbildningen förutsätts bli finansierad på samma sätt som annan vidareutbildning av läkare, d v s utbildningstjänster tillhandahålls av landstingen och företagshälsovården och kostnaderna för den systematiska undervisningen (kursveckorna) belastar socialstyrelsens anslag enligt gängse normer för NLV-utbildning.

Utredningens förslag till framtida företagshälsovårdsutbildning inom högskolan torde i något fall kunna genomföras utan några väsentliga tillskott av nya tjänster. I andra fall torde sådana behövas. Anslagen för utbildning får antingen höjas eller får omfördelning ske till förmån för företagshälsovårdsutbildningen.

Den nuvarande finansieringen av arbetarskyddsstyrelsens utbildning i

företagshälsovård bör fortsätta att tillämpas tills företagshälsovården är fullt utbyggd, d v s i ytterligare c tio år. Därefter bör åtminstone deltagarnas kostnader finansieras på ett enhetligt sätt, oberoende av var utbildningen anordnas, nämligen med studiemedel. Undantag är företagsläkarutbildningen. Även då företagshälsovården är fullt utbyggd bör den finansieras på samma sätt som annan specialistutbildning för läkare.

De personella och andra resurser som kommer att frigöras vid arbetarskyddsstyrelsen i takt med att vidareutbildningen i företagshälsovård i ökad utsträckning kommer att anordnas av högskolan bör, enligt utredningens uppfattning, användas för en utökning av arbetarskyddsstyrelsens efterutbildningsprogram i företagshälsovård eller andra ändamål inom arbetarskyddet. Utredningen pekar på behov av efterutbildning som olika utbildningsanordnare bör kunna medverka till.

Utredningen förutsätter, att UHÄ och SÖ mera systematiskt i samband med översyn av nya utbildningar inom sitt område bevakar att arbetsmiljö, företagshälsovård och yrkesmedicin bereds utrymme inom utbildningar som förbereder för vidareutbildning i företagshälsovård respektive verksamhet där samverkan med företagshälsovård och yrkesmedicin är aktuell.

Kostnads- och finansieringsfrågor

Utredningen belyser i kapitel 9 kostnads- och finansieringsfrågor i samband med utbyggnaden av företagshälsovården. Sedan länge är det en accepterad princip att kostnaderna för det lokala arbetarskyddet skall bäras av produktionen. Företagshälsovården som utgör en del av arbetarskyddet bekostas därför för närvarande till större delen av arbetsgivarna, även om viss ersättning för sjukvård lämnas av försäkringskassan.

Utredningen anser inte att det finns skäl att frångå principen att kostnaderna för företagshälsovården skall tas ur produktionen. Det innebär att de former för finansiering av företagshälsovården som i dag finns i huvudsak bör behållas.

Enligt utredningens mening bör dock samhället även i fortsättningen lämna ersättning för viss del av kostnaderna. Den nuvarande ersättningen från försäkringskassan kan nämligen med lämplig utformning komma att utgöra ett betydelsefullt intrument för att stimulera utbyggnaden och för att uppnå företagshälsovård som uppfyller de kriterier som parterna på arbetsmarknaden är överens om.

Utredningen konstaterar, att en utbyggnad så att alla arbetstagare inom rimlig tid får tillgång till företagshälsovård knappast kan åstadkommas utan att den medför ökade kostnader för samhället på kort sikt. Det är därför befogat att samhället åtar sig vissa kostnader i anslutning till utbyggnaden samt verkar för att de resurser, bl a vad gäller utbildad personal, som behövs kommer fram. Detta kan ses som ett fullföljande av intentionerna bakom arbetsmiljölagen som förutsatte en snabb utbyggnad av företagshälsovården. Kommer sådana insatser inte till stånd riskerar utbyggnaden att bli avsevärt försenad, vilket enligt utredningens uppfattning vore allvarligt med tanke på att de företag som nu saknar företagshälsovård inte kan sägas ha mindre behov av sådan service än de som redan fått tillgång till den. I detta sammanhang är det väsentligt att också erinra om de samhällsekonomiska

vinster som ligger i en effektiv förebyggande verksamhet.

Utredningen konstaterar att företagshälsovården byggts upp på initiativ av parterna på arbetsmarknaden. Man har varit överens om dess utformning, innehåll och bemanning. Några ekonomiska hinder för utbyggnaden har hittills inte anförts utan företagshälsovården får i sin nuvarande utformning anses vara väl avpassad till de ekonomiska förutsättningarna. Utredningens förslag innebär inga ökade kostnader för befintlig företagshälsovård utformad enligt avtalen. Tvärtom pekar utredningen på möjligheten till omprioriteringar vad gäller personalen, t ex vidgade uppgifter för företagssköterskor, vilket också kan ge kostnadsmässiga fördelar. Utredningen har även understrukit vikten av att i framtiden i större utsträckning differentiera företagshälsovården med hänsyn till skilda behov. Vidare räknar utredningen med att ett fördjupat samarbete mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård kan ge effektivitetsvinster.

Den återstående utbyggnaden av företagshälsovården kommer till stor del att omfatta småföretag. Även här måste principen att verksamheten skall finansieras ur produktionen naturligtvis gälla. Enligt utredningens uppfattning kan den kostnad som företagshälsovården kommer att betinga för dessa företag inte bedömas utgöra hinder för utbyggnaden. Tvärtom kan en utbyggd företagshälsovård också för de små företagen vara en mycket god investering. Utredningens förslag vad gäller de små företagen går inte utöver det som redan finns fastlagt i avtal mellan parterna på arbetsmarknaden. Utredningen pekar däremot på skilda vägar att rationellt och kostnadseffektivt organisera företagshälsovården för småföretag.

Enligt utredningens mening bör samhället på sikt stå för de direkta kostnaderna för utbildningen av företagshälsovårdens personal, vilket endast delvis är fallet i dag då bidrag för sådan utbildning även utgår ur arbetarskyddsfonden. Utredningen räknar inte med att utbyggnaden kommer att kräva stora tillskott av utbildningsplatser. En viss övergångsvis utökning av antalet platser för utbildning av skyddsingenjörer och företagssköterskor torde dock bli nödvändig samt en permanent utökning av antalet platser för utbildning av företagssjukgymnaster. Vad beträffar de föreslagna nya utbildningarna till företagsläkare respektive företagssköterska kan vissa resursbesparingar göras jämfört med nuvarande system.

Utredningens förslag innebär att företagshälsovårdens personal genom de nya utbildningsmöjligheterna kommer att ha genomgått vidareutbildning före anställning i företagshälsovården. Därigenom behöver företagshälsovården inte bära kostnader i samband med utbildningen.

Stat, landsting och kommun förutsätts medverka med skilda åtgärder för att underlätta den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården. Utredningen räknar inte med att förslagen kommer att åsamka de kommunala huvudmännen nämnvärda kostnader, som inte inryms i deras nuvarande lagstadgade ansvar.

Utredningen utgår ifrån att företagshälsovårdsdelegationen och yrkesinspektionsnämnderna får vissa resurstillskott för att bistå arbetsmarknadens parter i den fortsatta utbyggnaden. Därvid får man också förutsätta att även parterna är beredda att avsätta resurser för den planering som behövs för utbyggnaden inom avtalsområdena.

1 Inledning

1.1 Utredningsuppdraget

Regeringen bemyndigade den 26 februari 1976 chefen för arbetsmarknadsdepartementet att tillkalla sakkunniga med uppdrag att utreda vissa frågor om företagshälsovård och yrkesmedicin. Direktiven framgår av bilaga 1. De sakkunniga antog sedermera benämningen 1976 års företagshälsovårdsutredning.

De delar av direktiven som berör företagshälsovården och som varit vägledande för arbetet med slutbetänkandet syftar till att finna vägar för utbyggnad av företagshälsovården till samtliga löntagare. Utredningen skall studera de hinder som kan finnas för utbyggnaden och lämna förslag till hur de kan undanröjas. Härvid skall särskilt förutsättningarna och formerna för utbyggnad av företagshälsovård för små företag studeras liksom förutsättningarna för utbyggnad av företagshälsovård på den del av arbetsmarknaden som inte omfattas av avtal om företagshälsovård.

Utredningen skall vidare göra en översyn av företagshälsovårdens innehåll och därvid särskilt belysa vad de psykiska och sociala aspekterna på arbetsmiljön kan ställa för krav på företagshälsovården. Utredningen har också att behandla samverkan och samplanering mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården. I direktiven betonas att företagshälsovården, som huvudsakligen skall vara förebyggande, i praktiken fått en ganska dominerande sjukvårdsandel. En samverkan mellan företagshälsovården, som är en viktig del av arbetarskyddet, och den allmänna hälso- och sjukvården bör komma till stånd så att sjukvårdsbehovet i största möjliga utsträckning tillgodoses inom den allmänna hälso- och sjukvården. Även i andra frågor bör en ökad samverkan komma till stånd.

Utredningen skall vidare undersöka lämpliga vägar att utforma företagshälsovården så att den kan medverka till att tillgodose anpassningsgruppernas behov av service.

Enligt direktiven skall utredningen också undersöka olika möjligheter att förbättra företagshälsovårdens förutsättningar att utföra mätning, provtagning, analys och utvärdering av arbetsmiljöförhållanden. Härvid avses i första hand tekniska mätningar och analyser.

En viktig förutsättning för företagshälsovårdens utbyggnad är tillgången till väl utbildad personal för verksamheten. Utredningen skall studera behovet av olika personalkategorier inom företagshälsovården och formerna för reglering av kompetenskrav för dessa. Enligt direktiven skall utredningen

dessutom ägna stor uppmärksamhet år utbildningen för skilda kategorier av personal inom företagshälsovården. Utbildningens innehåll, uppläggning, dimensionering och lokalisering skall därvid behandlas.

Enligt direktiven har utredningen även i uppdrag att lämna förslag om fortsatt utbyggnad av den sjukhusanknutna yrkesmedicinska verksamheten. Utredningen redovisade sina förslag i den delen våren 1980 i betänkandet Utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22). Utredningen har vidare i särskild ordning behandlat frågan om yrkeshygieniska mät- och analysresurser. I början av 1981 redovisades utredningens förslag i betänkandet Mät- och laboratorieresurser för bättre arbetsmiljö (Ds A 1981:1).

Utöver de inledningsvis beskrivna direktiven har regeringen 1978 och 1980 utfärdat tilläggsdirektiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående finansiering av reformer, Dir 1978:40 respektive Dir 1980:20.

Regeringen har vidare till utredningen överlämnat några skrivelser enligt följande för beaktande.

Den 1 juni 1978 regeringsprotokoll R 1627/78 angående ratifikation av vissa ILO-konventioner m m.

Den 22 januari 1979 skrivelse från arbetarskyddsstyrelsen om översyn av reglerna om medicinsk silikoskontroll m m.

Den 22 januari 1979 skrivelse från Jordbrukets skyddspropaganda angående utbildning av skyddsingenjörer för jordbruks- och trädgårdsnäringarna.

Den 29 maj 1980 med anledning av riksdagens skrivelse den 24 april 1980 (SoU 1979/80:36, rskr 1979/80:272) motionen 1979/80:845 yrkande 7 om utbildning av personal för företagshälsovården.

Till utredningen har dessutom inkommit ett antal skrivelser och handlingar från myndigheter, organisationer och enskilda.

1.2 Utredningens arbete

När det gäller företagshälsovårdsutredningens arbete i anslutning till förslagen om den sjukhusanknutna yrkesmedicinen hänvisar utredningen till kapitel 1 i betänkandet Utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22). I betänkandet Mät- och laboratorieresurser för bättre arbetsmiljö (Ds A 1981:1) finns i kapitel 1 en redovisning av utredningens arbete i anslutning till det betänkandet.

I utredningens slutbetänkande behandlas i första hand frågor som rör företagshälsovårdens innehåll, utveckling och utbyggnad till heltäckning. Med den breda representation avseende arbetsmarknadens parter, arbetarskyddsverket, sjukvårdshuvudmännen m fl som finns i utredningen i form av ledamöter och experter har det varit naturligt att arbetet till stor del tagit sin utgångspunkt i de bedömningar och önskemål som framförts inom denna krets.

Utredningen kunde tidigt konstatera, att det inte förelåg någon för hela landet samlad bild av företagshälsovårdens utbyggnad. Därför har utredningen fortlöpande undersökt hur långt utbyggnaden kommit. Den första undersökningen gjordes våren 1978 i anslutning till en enkät till landets företagsläkare. Den andra undersökningen gjordes i januari 1979 genom

enkät till länsförsäkringskassorna. Utredningen har redovisat resultaten i rapporten Företagsläkarna och företagshälsovården (Ds A 1979:3). Nästa undersökning genomfördes med hjälp av yrkesinspektionen hösten 1979. Undersökningen syftade till att ge en bild av företagshälsovårdens utbyggnad och att belysa struktur och branschtillhörighet hos företag med företagshälsovård. Motsvarande undersökning för företag utan företagshälsovård gjordes vad gäller Södermanlands och Gävleborgs län. Som jämförelsematerial samlade utredningen in uppgifter från länsförsäkringskassorna om utbyggnaden av företagshälsovården som den kan avläsas i kassornas avtal om ersättning till den som anordnar företagshälsovård. Resultaten av undersökningarna har publicerats våren 1980 i rapporten Kartläggning av företagshälsovården (Ds A 1980:5). I april 1982 följde utredningen upp de tidigare undersökningarna genom att samla in uppgifter från länsförsäkringskassorna avseende läget vid årsskiftet 1981/82. Utredningen har också på andra sätt tagit in uppgifter om utbyggnaden av företagshälsovården.

Den nämnda enkäten till företagsläkarna våren 1978 kom av praktiska skäl att riktas till företagsläkarna och innehöll en rad frågor som gällde företagsläkarnas arbete, rekryteringen av läkare till företagshälsovården samt utbildning för dessa m m. Enkäten, som gick ut till alla kända företagshälsovårdsenheter, innehöll emellertid också frågor som avsåg och skulle besvaras av den samlade personalen. Svaren på samtliga frågor i enkäten kom därför att ge en relativt heltäckande bild av läget i företagshälsovården vad gällde, förutom utbyggnaden, personal, arbetsuppgifter och vissa resurser. Enheternas behov av service från yrkesmedicinska kliniker belystes också i undersökningen.

Utredningen kunde konstatera, att det saknades en samlad redovisning av hur många anställda som omfattas av arbetsmiljöavtal och överenskommelser om företagshälsovård. I syfte att belysa denna fråga har utredningen inhämtat uppgifter från skilda organisationer på arbetsmarknaden, senast 1982.

Under utredningsarbetet har företagshälsovårdsutredningen fortlöpande haft kontakt med de yrkesföreningar som representerar skilda personalkategorier i företagshälsovården. På temat Företagshälsovården i framtiden har utredningen anordnat hearings med företagsläkarna i november 1979, skyddsingenjörerna i mars, företagssköterskorna i maj och företagssjukgymnasterna i september 1980. Hearing med sekreterare i företagshälsovården hölls också i september 1980. Vid de aktuella tillfällena redovisade personalgrupperna sina erfarenheter och förslag i fråga om företagshälsovårdens innehåll, utbyggnad, personal samt utbildningsfrågor m m.

Våren 1978 anordnade företagshälsovårdsutredningen hearing med de parter på arbetsmarknaden som drev eller planerade driva branschinriktad företagshälsovård. Utredningen har senare genom kontakter med berörda hälsor, bl a Lantbrukshälsan och Skogshälsan, följt utvecklingen och framhållit betydelsen av att branschinriktad företagshälsovård inte byggs upp på ett sådant sätt att det lokala underlaget för heltäckande företagshälsovård äventyras.

Utredningen har bedömt det som angeläget att relativt utförligt beskriva företagshälsovårdens arbetsfält. Som underlag för den arbetsfältsbeskrivning som presenteras i betänkandet ligger överväganden i två expertgrupper

inom utredningen, nämligen den medicinska och den tekniska expertgruppen. I den medicinska expertgruppen har ingått experterna Bolinder, Carlsson, Jonsson, Kvarnström, Wennström, Ydreborg och Yllner. Den numera entledigade experten Masreliez har tidigare ingått i gruppen. I den tekniska expertgruppen har ingått experterna Gerhardsson, Magnusson, Teljstedt och Ulfvarson. Den numera entledigade experten Lundgren har också ingått i den tekniska expertgruppen. Till den har även skyddsingenjörerna Anders Kamb, Daniel Landin och Magnus Rehn varit knutna under viss del av arbetet.

För att få utgångspunkter för överväganden och förslag som rör företagshälsovårdens arbete med arbetsmiljöns psykiska och sociala effekter uppdrog utredningen åt experten Egidius att efter samråd med utredningens medicinska, tekniska och några andra experter redovisa ett underlag. Egidius har fortlöpande lämnat sådant underlag till utredningen. I bilaga 2 sammanfattar Egidius sitt arbete.

De medicinska och tekniska expertgrupperna har också berett vissa frågor rörande personal och utbildning. Därvid har även ledamoten Hessleborn och experterna Claeson och Näslund deltagit i gruppernas arbete i vissa delar. Avdelningsdirektören Kaj Elgstrand, arbetarskyddsstyrelsen, har biträtt utredningen i vissa avseenden när det gäller utbildningsfrågor.

Som underlag för ställningstaganden rörande utbildning för företagshälsovårdens personal har utredningen inhämtat uppgifter från arbetarskyddsstyrelsen (PM 1982-03-05, Arbetarskyddsstyrelsens företagshälosvårdsutbildning. Hittillsvarande utveckling, nuläge och framtidsperspektiv) och SAF (PM 1980-09-26, Svenska Arbetsgivareföreningens specialutbildning och fortbildning för personal inom företagshälsovården). SAF:s material har kompletterats i juni 1982. Vidare har utredningen vid olika tillfällen inhämtat uppgifter om den skyddsingenjörsutbildning som drivs vid skogsmästarskolan i Skinnskatteberg. För att få en översikt över högskolans arbetsmiljöutbildning och resurserna för denna träffade utredningen hösten 1980 överenskommelse med UHÄ om att verket skulle genomföra en kartläggning. Resultatet av kartläggningen, som delvis bekostats av utredningen, redovisades av UHÄ våren 1982 i rapporten Arbetsvetenskap i högskolan (UHÄ-rapport 1982:11).

Företagssköterskornas och undersköterskornas i företagshälsovården arbetsuppgifter och utbildning har behandlats i en särskild arbetsgrupp. I gruppen har ingått företagssköterskorna Barbro Hallerborn och Sonja Lindström, utredningens expert Berit Ydreborg samt ombudsmannen Stefan Lundberg, SHSTF:s rikssektion för företagshälsovård. Vidare har förste byråsekreteraren Siv Törnqvist, arbetarskyddsstyrelsen, ingått i gruppen liksom utredningens sekreterare. I de delar av arbetet som avsåg undersköterskor har även ombudsmännen Lars-Åke Almqvist och Lilian Hindersson, Svenska kommunalarbetareförbundet, medverkat.

Utredningen har utarbetat förslag till specialistutbildning för företagsläkare, avsedd att bedrivas inom det ordinarie vidareutbildningssystemet för läkare. Den föreslagna specialiteten innehåller bl a 18 månaders handledd tjänstgöring i företagshälsovård. I syfte att pröva hur denna tjänstgöring skall kunna inordnas i det vidareutbildningssystem ("NLV–systemet") som gäller läkares vidareutbildning och som hittills är uppbyggt för handledd tjänstgö-

ring enbart inom den offentliga hälso- och sjukvården har utredningen hösten 1982 i samarbete med vissa landsting och företagshälsovårdsenheter inlett försöksverksamhet med den nya utbildningen. Avsikten med försöksverksamheten är också att pröva lämplig uppläggning av den handledda tjänstgöringen och till den knutna teoretiska kurser. Inför starten av försöksverksamheten anordnade utredningen med medel från arbetarskyddsstyrelsen handledarutbildning i juni 1982. Därvid utarbetades också 1982-06-23 Program för handledning m m i försöksverksamheten med företagsläkarutbildning (stencil).

Utredningen har under sitt arbete sökt bevaka att arbetsmiljö, företagshälsovård och yrkesmedicin får utrymme i grundutbildningen för sådana personalgrupper som kan bli verksamma i företagshälsovården eller kommer att samarbeta med företagshälsovårdens personal. Det har varit möjligt att på det sättet påverka UHÄ:s översyn av läkarutbildningen, sjuksköterskeutbildningen och sjukgymnastutbildningen. När det gäller sjuksköterskeutbildningen har utredningen t ex skrivit till samtliga berörda linjenämnder och framhållit betydelse av att företagshälsovård beaktas i den sedan hösten 1982 reviderade utbildningen. Hösten 1982 anordnade UHÄ och företagshälsovårdsutredningen en konferens om ökade inslag av arbetsmedicin i läkarnas grundutbildning. Vid konferensen utbyttes erfarenheter mellan utbildningsansvariga vid universiteten, företagsläkare och yrkesmedicinare. Konferensen utmynnade i förslag om hur man vid berörda läroanstalter skulle kunna förstärka de arbetsmedicinska inslagen i utbildningen.

Våren 1982 inledde utredningen samarbete med skolöverstyrelsen för att i SÖ:s översyn av sekreterarutbildningen bevaka att behovet av adekvat utbildning för sekreterare i företagshälsovården och vid yrkesmedicinska kliniker tillgodosågs. En ny utbildning startar hösten 1983.

Utredningen har också inlett samarbete med Projekt Lindholmen AB och skolstyrelsen i Göteborg i syfte att skyddsteknikerutbildning skall påbörjas inom Göteborgs kommunala vuxenutbildning.

Utredningens viktigaste uppgift har gällt företagshälsovårdens utbyggnad till heltäckning. Eftersom det i första hand är små företag som saknar företagshälsovård har utredningen särskilt studerat de förutsättningar som finns att bygga ut företagshälsovård för sådana företag och att få arbetsgivarna på dessa företag att ansluta sina anställda till företagshälsovården. Utredningen har därvid ställt samman sådan information om små företag och arbetsmiljö som kommit fram i utredningar, projekt och på annat sätt. Företagshälsovårdsutredningen har dessutom fortlöpande erhållit information från det till arbetarskyddsfonden knutna projektet Försöksverksamhet med företagshälsovård för småföretag i samverkan med landstingen (FÖLA-projektet). Utredningen har också nära följt det av yrkesinspektionsnämnden i Örebro distrikt initierade projektet Framtida företagshälsovård i Örebro län som slutredovisades hösten 1982. Utredningen har därvid även fått orientering om resultaten av två studier som rör arbetsmiljö och behov av företagshälsovård vid småföretag i Lindesbergs kommun.

Under senare delen av hösten 1980 gjorde utredningen en enkät till samtliga landsting (motsv) om deras engagemang i extern företagshälsovård, d v s sådan företagshälsovård som landstingen driver för andra än landstingsanställda. Enkäten följdes upp med intervjuer och resultaten sammanställ-

des i PM 19 1981-03-16, Landstingens (motsv) engagemang i extern företagshälsovård (stencil). Undersökningen gjordes för att kartlägga i vilken utsträckning och på vilket sätt landstingen medverkade till att små företag fick tillgång till företagshälsovård. Våren 1982 följde utredningen upp undersökningen med en konferens som Landstingsförbundet och utredningen arrangerade för företrädare för samtliga landsting. Överläggningarna koncentrerades kring landstingens möjligheter och intresse att medverka till heltäckande företagshälsovård genom att erbjuda företagshälsovård avpassad för små företag och med inflytande på verksamheten för nyttjarna.

Överläggningarna med landstingen har sedermera följts upp med Landstingsförbundet i syfte att finna lämplig avvägning av landstingens engagemang i extern företagshälsovård.

Våren 1983 har utredningen vidare haft överläggningar med Kommunförbundet och Statshälsan för att konkretisera förslag om primärkommunernas och Statshälsans medverkan till företagshälsovård för andra än kommunalt respektive statligt anställda.

De till yrkesinspektionen knutna yrkesinspektionsnämnderna har bl a som uppgift att följa och främja utbyggnaden av företagshälsovården. Hösten 1980 gjorde företagshälsovårdsutredningen därför en enkät till samtliga yrkesinspektionsnämnder för att kartlägga deras aktivitet i företagshälsovårdsfrågor samt erfarenheter av arbetet. Utredningen begärde dessutom in samtliga protokoll från nämnderna under fyra år, 1977 t o m 1980, och gjorde med hjälp av dem en sammanställning av nämndernas aktiviteter på företagshälsovårdsområdet. I enkäten ombads nämnderna också att komma med förslag om vad arbetet skulle kunna avse i framtiden. Resultaten av undersökningen finns redovisade i PM 18 1981-01-19, Yrkesinspektionsnämndernas arbete med företagshälsovårdsfrågor (stencil).

Företagshälsovårdsdelegationens sekreterare, överläkaren Ricardo Edström, har för utredningens räkning under våren 1982 sammanställt en PM om delegationens arbete.

I anslutning till övervägande om heltäckande företagshälsovård har experten Gullberg mot bakgrund av bl a nordisk lagstiftning på området redovisat modeller till lagstiftning om företagshälsovård (PM 29 1981-07-06 Modeller till lagstiftning om företagshälsovård) (stencil).

Enligt direktiven skall utredningen överväga hur samverkan kan ske mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård. Några aspekter på samverkan har behandlats i utredningens tidigare betänkanden, nämligen samverkan mellan företagshälsovården och yrkesmedicinen respektive mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvårdens laboratorieresurser. Under arbetet med slutbetänkandet har utredningen via den medicinska expertgruppen samarbetat med Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) i ett projekt som syftar till att belysa hur företagshälsovården och primärvården samverkar och hur sådan samverkan ytterligare kan utvecklas. Detta har skett i ett projekt där i företagshälsovården och primärvården verksamma bidragit med sina erfarenheter och förslag. En närmare beskrivning av projektet, områden för samverkan och idéer om samverkansformer redovisas i Spri-rapport nr 143, 1983, Primärvård i utveckling. Samverkan med företagshälsovård.

Flera statliga utredningar behandlar eller har behandlat frågor som har anknytning till företagshälsovårdsutredningens uppdrag. Utredningen har därför haft överläggningar eller samråd med bl a regionsjukvårdsutredningen, utredningen om frågan om kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare i den öppna vården m m, hälso- och sjukvårdsutredningen, utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan (VÅRD 77), utredningen om den framtida hälso- och sjukvården samt motionsidrotten för studerande, utredningen om information om arbetsmiljörisker, utredningen om arbetsmiljöinvesteringar i mindre och medelstora företag m m och 1981 års behörighetskommitté.

Under utredningsarbetet har ledamöterna och sekretariatet gjort studiebesök vid bl a företagshälsovårdsenheter. Sekretariatet har dessutom informerat om utredningens arbete samt inhämtat synpunkter från fältet vid kontakter med företagshälsovårdsenheter, ledamöter i företagshälsovårdskommittéer, fackliga företrädare, arbetsgivarrepresentanter, yrkesinspektionsnämnder, yrkesmedicinska kliniker, landsting, personalgrupper i företagshälsovården och deras yrkesföreningar m fl.

Utredningen har fortlöpande lämnat synpunkter till arbetarskyddsfonden på projektförslag med anknytning till företagshälsovård och yrkesmedicin. Utredningen har också varit representerad i fondens arbetsgrupp som behandlar företagshälsovårdens behov av arbetshygienskt stöd inom området kemiska hälsorisker.

Utredningen har haft överläggningar med UHÄ, SÖ och arbetarskyddsstyrelsen om utbildningsfrågor och med NLV och socialstyrelsen om utbildningsfrågor samt meritvärdering.

I särskild ordning har utredningen avlämnat förslag till regeringen i två ärenden. I skrivelse 1982-02-24 till arbetsmarknadsdepartementet, Vissa frågor om medicinsk silikoskontroll, redovisade utredningen överväganden och förslag rörande medicinsk silikoskontroll särskilt vad gäller bedömning av röntgenbilder i anslutning till den typen av undersökning. Enligt utredningens förslag bör bedömningen av röntgenbilder i första hand ske i länssjukvården, i andra hand inom regionsjukvården och i förekommande fall med stöd från yrkesmedicinska kliniker. Utredningen föreslog också avveckling av den till arbetarskyddsstyrelsen knutna Centrala bedömningsnämnden för dammlunga med överförande av vissa av nämndens uppgifter till socialstyrelsen.

Utredningen kunde i arbetet med förslaget till utbyggnadsprogram för yrkesmedicinen konstatera, att en förutsättning för att utbyggnadsprogrammet skulle förverkligas var att tillräckligt antal utbildade yrkesmedicinare (läkare) och yrkeshygieniker (tekniker) fanns att tillgå. Specialistutbildning för yrkesmedicinare finns sedan 1975 och utredningen kunde föreslå ökade insatser i det avseendet. Däremot saknades utbildningsväg för yrkeshygieniker. "Enligt utredningens uppfattning är en av de mera angelägna åtgärderna för att klara yrkesmedicinens utbyggnad att få till stånd en reguljär utbildning för yrkeshygieniker", summerade företagshälsovårdsutredningen i betänkandet om yrkesmedicinen.

Den beskrivna situationen föranledde företagshälsovårdsutredningen att under våren 1980 avtala med arbetarskyddsstyrelsen och UHÄ att verken gemensamt skulle utreda och lägga förslag om yrkeshygienikerutbildning.

Verkens utredningsarbete skulle ses som ett expertuppdrag för företagshälsovårdsutredningen.

I skrivelse 1982-05-14 till arbetsmarknadsdepartementet om utbildning av yrkeshygieniker föreslog företagshälsovårdsutredningen att yrkeshygienikerutbildning för i första hand de yrkesmedicinska klinikernas behov skulle påbörjas i Lund hösten 1983. Utbildningen skulle avse påbyggnadsutbildning om 60 poäng i huvudsak enligt UHÄ:s och arbetarskyddsstyrelsens förslag 1982-04-27.

Företagshälsovårdsutredningen har avgett remissyttranden över ett antal utredningsbetänkanden m m enligt följande.

Sjukförsäkringens ersättningsregler vid företagshälsovård. Betänkande (Ds S 1977:3) av riksförsäkringsverket och socialstyrelsen. Yttrande i september 1977.

Arbete åt handikappade. Delbetänkande (SOU 1978:14) av sysselsättningsutredningen. Yttrande i maj 1978.

Ny vårdutbildning. Betänkande (SOU 1978:50) av VÅRD 77. Yttrande i december 1978.

Regional laboratorieverksamhet. Betänkande (SOU 1979:3) av LAB 76. Yttrande i juni 1979.

Regionsjukvården. Betänkande (SOU 1978:70–72) av regionsjukvårdsutredningen. Yttrande i juni 1979.

Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag. Betänkande (SOU 1979:78) av hälso- och sjukvårdsutredningen. Yttrande i september 1980.

Skrivelse 1981-09-28 till regeringen från direktionen för Akademiska sjukhuset om vissa frågor rörande den yrkesmedicinska verksamheten i Uppsala-regionen. Yttrande i november 1981.

Skrivelse 1981-06-26 från Kopparbergs läns landsting om uppbyggnad av rehabiliteringscenter för belastningsåkommor i Säter. Yttrande i november 1981.

Information om arbetsmiljörisker. Betänkande (SOU 1982:30) av utredningen rörande information om risker i arbetsmiljön. Yttrande i oktober 1982.

En förnyad läkarutbildning. Betänkande (UHÄ-rapport 1982:16) av UHÄ:s utredning för översyn av grundutbildningen av läkare. Yttrande i december 1982.

Förslag från SÖ till tim- och kursplaner för Vårddokumentation, högre specialkurs 1–2 terminer. Yttrande i april 1983.

I Bakgrund

2 Arbetsmiljö och hälsa

2.1 Inledande synpunkter

Begreppet arbetsmiljö är intimt förknippat med begreppet hälsa. Detta går inte att definiera objektivt utan har olika innebörd i skilda samhällen. Mest känd är kanske WHO:s beskrivning av hälsobegreppet som "ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande". Med denna definition blir visserligen hälsa närmast ett undantag. Men utgångspunkten, att hälsa inte enbart är frånvaron av sjukdomar utan också förutsätter ett viss mått av psykiskt och socialt välbefinnande, har bl a påverkat synen på arbetsmiljön. Bakom den nya arbetsmiljölagen ligger ett sådant vidare hälsobegrepp. I propositionen till lagen understryks att bedömningen inte bara skall bygga på en teknisk och fysiologisk syn på arbetsplatsens hälsorisker utan också omfatta en strävan att uppnå bästa möjliga arbetsförhållanden även från social och psykologisk synpunkt.

Det finns många infallsvinklar på arbetsmiljöns utveckling de senaste decennierna. De tekniska landvinningarna har bl a inneburit en omfattande mekanisering och datorisering. Kemiska produkter och processer har fått ett tidigare oanat insteg både på arbetsplatser och i samhället i stort. Dessa olika förändringar har fått både positiva och negativa effekter ur arbetsmiljösynpunkt. En rad tunga, starkt förslitande och ofta olycksbelastade arbeten har försvunnit medan man inte på samma sätt har lyckats reducera de lättare men ensidigt belastande och repetitiva arbetena som också kan medföra belastningsskador.

Samtidigt som kemiska produkter har blivit en allt viktigare del av vardagen har de kemiska hälsoriskerna på ett påtagligt sätt fastnat i människors medvetande. Användningen av kemiska produkter har i vissa fall lett till mycket allvarliga långtidsverkningar. Arbetssjukdomar som har samband med luftföroreningar och den kemiska miljön, t ex asbestbetingade lungsjukdomar, eksem och allergier utgör en betydande del av registrerade arbetsskador.

Vi ser för närvarande bara början av arbetslivets automatisering och datorisering. Denna kommer att få djupgående konsekvenser för mångas arbete och arbetsuppgifter. Automatisering inom industrin kommer i många fall att leda till en förskjutning mot rena övervakningsuppgifter. Allt färre blir direkt engagerade i produktionen. Arbetsuppgifterna får ett annat innehåll där de traditionella yrkeskunskaperna inte längre behövs. Monotoni och social isolering kan bli följden.

Men samtidigt ger den tekniska utvecklingen stora möjligheter att förbättra arbetsmiljön. Nya arbeten och arbetsplatser kommer till och kan utformas mot bakgrund av väsentligen bättre kunskaper om arbetsmiljöns effekter på människan än för bara några decennier sedan. Detta förutsätter att de förebyggande insatserna får ökat utrymme och ges en reell möjlighet att påverka utvecklingen.

Arbetsgivarna och de fackliga organisationerna har genom sina avtal lagt grunden till en gemensam syn på arbetsmiljön som mycket starkt betonar sådana förebyggande insatser. Det finns vilja och beredskap att i samverkan åstadkomma bästa möjliga arbetsförhållande i vid bemärkelse. Utbyggnaden av företagshälsovården är kanske den insats som är bästa uttrycket för denna strävan och som i många stycken är en förutsättning för att uppnå målet en god arbetsmiljö för alla.

2.2 Arbetsmiljön och dess effekter

2.2.1 Hur ser arbetsmiljön ut?

Utredningen har inte som ambition att försöka ge en heltäckande beskrivning av arbetsmiljön. Det finns en lång rad studier som redovisar resultat från skilda branscher, olika typer av arbetsmiljöfaktorer och olika arbeten. Att försöka sammanfatta dessa i en fullständig bild är knappast möjligt. Av större intresse för utredningen är att spegla arbetsmiljöns effekter. Det är ändå medvetenheten om dessa som ligger i botten för strävandena mot en bättre arbetsmiljö. I de följande avsnitten kommer därför bl a olycksfall, arbetssjukdomar, sjukfrånvaro och förtidspensionering som effekter av arbetsmiljön att diskuteras.

En sådan genomgång innebär att arbetsmiljöns negativa sidor ofta lyfts fram på bekostnad av de positiva. Detta får emellertid inte skymma det faktum att stora och i många fall mycket framgångsrika insatser för att förbättra arbetsmiljön gjorts under senare år. Man har lyckats undanröja flera allvarliga hälsorisker och skapa goda arbetsmiljöer för stora grupper av anställda.

Några undersökningar av arbetsmiljöns tillstånd får ge relief åt den fortsatta beskrivningen. Det är Statistiska centralbyråns (SCB:s)undersökningar av levnadsförhållanden 1979 (rapport 32, Liber 1982) och LO:s enkät bland medlemmar och skyddsombud 1979 (publicerad av LO 1981). Visserligen bygger dessa på intervju- respektive enkätundersökningar och är subjektiva genom att de påverkas av de anställdas varierande anspråk, inställning och kunskaper, vilket försvårar tolkningen. Detta gäller särskilt med tanke på den allt intensivare uppmärksamhet som ägnats arbetsmiljön. Men de ger en bild av hur arbetsmiljön upplevs och speglar också förändringar under det senaste decenniet, eftersom de båda är uppföljningar av tidigare undersökningar.

Fysiskt ansträngande arbete är enligt undersökningarna fortfarande en påtaglig realitet för många. SCB:s undersökning visar att så många som två tredjedelar av samtliga yrkesverksamma anser sig ha arbeten som är fysiskt ansträngande i något avseende. Särskilt gäller detta för arbetare inom jord-

och skogsbruk, byggnadsindustri och olika grenar av tillverkningsindustri, där besvärliga arbetsförhållanden med tunga lyft, upprepade och ensidiga arbetsrörelser och olämpliga arbetsställningar är vanliga. Jämfört med en tidigare undersökning av SCB 1975 är det 1979 dessutom fler som uppger att arbetet är fysiskt ansträngande. Samma tendens fast än mer markerad finns också i LO-undersökningen. I vad mån dessa resultat avspeglar en faktisk försämring av förhållandena eller beror på ökad medvetenhet om problemen går inte att avgöra. Men den på många områden fortgående specialiseringen medför ofta arbetsuppgifter med ensidiga rörelsemönster som kan leda till överbelastningar trots att arbetstyngden inte är särskilt hög. Dessa problem tenderar dessutom att sprida sig till områden som tidigare inte varit nämnvärt berörda av skadliga belastningar. Ett exempel är den kraftigt ökande användningen av bildskärmar som kan medföra stillasittande arbeten med upprepade och ensidiga arbetsrörelser.

Belastningsbesvären ger mycket tydligt utslag i statistiken. Av arbetssjukdomarna, som alltså har ett konstaterat eller misstänkt samband med arbetet, kan drygt hälften sättas i samband med belastningsfaktorer som ensidiga eller ansträngande rörelser och arbetsställningar. Dessa belastningssjukdomar liksom sjukdomar i rörelseorganen generellt leder ofta till långa sjukskrivningar. Drygt hälften av samtliga långa sjukfall (över sex månader) har sin grund i något rörelsehinder. Det allvarliga i situationen är att sådana sjukdomar oavsett om de orsakas av arbetsmiljön eller utlöses på annat sätt kan försvåra eller göra det helt omöjligt för de drabbade att fortsätta sitt arbete på grund av den bristande förmågan att klara de fysiska arbetskraven. Alltför ofta blir lösningen i dessa fall förtidspensionering.

Både SCB:s undersökning och LO-enkäten visar att buller fortfarande är ett påtagligt problem för många. 40 procent av samtliga yrkesverksamma har besvär av buller på arbetsplatserna. Bland arbetarna är andelen ännu högre, drygt 50 procent. Av arbetarna anser sig dessutom en femtedel vara utsatta för ständigt och mycket besvärande buller. Särskilt svåra är förhållandena inom delar av verkstadsindustrin, massa- och pappersindustri och grafisk industri, inom trävaruindustrin och inom textil- och beklädnadsindustrin. Trots att bullerbekämpning varit ett av de mest prioriterade områdena för miljöförbättrande insatser under 1970-talet har andelen anställda som uppger sig vara utsatta för mycket besvärande buller inte minskat enligt SCB-undersökningen. I LO:s enkät, som innebär en jämförelse mellan 1970 och 1979, har andelen som anser sig i hög grad vara besvärade av buller t o m ökat. Förutom risken för hörselskador innebär högt buller betydande påfrestningar som kan ge upphov till trötthet, stress och även risker för olycksfall. Under senare år har också påvisats samband mellan olika besvär och exponering för infraljud, d v s ljud under hörbar frekvens. Bl a har förhållanden i fordonshytter och kontorslokaler studerats.

Skador av vibrationer är ett problem som uppmärksammas alltmer. Kraftiga skakningar och vibrationer är visserligen inte lika vanligt förekommande som många andra olägenheter i arbetsmiljön; c nio procent av de anställda är utsatta enligt SCB:s undersökning. Men i vissa branscher, t ex jord- och skogsbruket, byggnadsindustrin och samfärdsel, är det en mycket högre andel av de anställda som är berörda. Det är särskilt vibrationsskador orsakade av olika handhållna verktyg, t ex motorsågar, som gett sig till känna

men också s k helkroppsvibrationer har rapporterats orsaka besvär som muskelsmärtor, kramper och nedsatt muskelstyrka. Dessa studier har särskilt inriktats mot fordonsförare, t ex truckförare och förare av processorer och andra skogsmaskiner.

Enligt SCB:s undersökning säger drygt en fjärdedel av samtliga yrkesverksamma 1979 att de besväras av värme eller av kyla i arbetet. Problem med för hög värme är särskilt vanligt bland arbetare inom järn- och metallverk och inom hotell- och restaurangbranschen. Problem med kyla är vanligast inom jord- och skogsbruk, byggnadsindustri, samfärdsel, post- och televerk, dvs branscher med övervägande utomhusarbete. Andelen som uppger sig vara besvärade av kyla har ökat enligt SCB:s undersökning, trots att det renodlade utomhusarbetet minskat. Även enligt LO-undersökningen är det nu fler som besväras av temperaturen på arbetsplatserna. Också drag är ett vanligt problem. I SCB-undersökningen var det nästan 30 procent av samtliga sysselsatta som ansåg sig besvärade av drag och bland enbart arbetarna var andelen ännu högre, 37 procent enligt SCB och 42 procent enligt LO-enkäten. Klimatfaktorer kan ha stor inverkan på människans välbefinnande och upplevelse av ansträngning. Arbetsplatsens klimatförhållanden kan innebära påtagliga problem för många. Arbete i hög värme leder till hög fysiologisk belastning och arbete i stark kyla innebär olycksfallsrisker och risker för förfrysningsskador.

Kemiska hälsorisker i arbetsmiljön har stått i centrum för intresset under senare år. Till följd av intensifierad utbildning och information har den allmänna medvetenheten om dessa problem ökat. Enligt SCB:s undersökning besväras 27 procent av samtliga yrkesverksamma av gas, damm, rök eller dimma. Bland arbetare är angivna besvär vanligast inom delar av byggnadsindustrin, järn-, stål- och metallverk, trävaruindustrin och textil- och beklädnadsindustrin. Inom t ex järn-, stål- och metallverk är det över en tredjedel som uppgett att de i hög grad besväras av gas, damm, rök eller dimma. Av LO-enkäten framgår att det särskilt är lösningsmedel som är ett problem på arbetsplatserna. Trots stora insatser för att komma tillrätta med de kemiska hälsoriskerna finns det inga tecken i SCB:s undersökning som tyder på att de upplevda besvären minskat vilket i och för sig inte behöver säga något om i vad mån de faktiska riskerna påverkats. I LO:s undersökning är det t o m så att en ökande andel av arbetarna anger att de besväras av damm, gaser och lösningsmedel. Samma utveckling gäller också arbeten med syror och andra frätande ämnen. Alltfler tycks hantera sådana ämnen i arbetet.

Enligt statistiken över arbetsskador är den dominerande gruppen av arbetssjukdomar med kemisk bakgrund eksem och andra hudbesvär. Dessa tycks också öka beroende på att nya ämnen som kan orsaka bl a kontakteksem ständigt introduceras i arbetslivet. En annan allvarlig grupp är asbestskador. Trots att asbestanvändningen i princip är förbjuden upptäcks nya sjukdomsfall till följd av tidigare exponering. Hälsoriskerna med lösningsmedel har också ägnats särskild uppmärksamhet under senare år. Lösningsmedel, som har stor användning i arbetslivet, är föremål för betydande forskningsinsatser för att fastställa riskerna. Något som också ägnas allt större uppmärksamhet är mikrobiologiska risker som effekter av bakterier, virus och svampar. Intresset har särskilt riktats mot olika

mögelallergier.

Den vidgade synen på arbetsmiljön innebär att arbetets psykologiska och sociala aspekter kommit i förgrunden. Dessa inbegriper ett mycket vitt område där arbetsorganisationen, arbetsinnehållet, möjligheterna att påverka arbetet m m har stor betydelse. I de båda undersökningarna har man tagit med några frågor i syfte att belysa sådana förhållanden.

I SCB:s undersökning uppger 57 procent av samtliga yrkesverksamma att arbetet är jäktigt, 19 procent att arbetet är enformigt och 11 procent att arbetet är både jäktigt och enformigt. C en tredjedel uppger att arbetet är psykiskt ansträngande. Jäktigt arbete tycks vara särskilt vanligt inom post- och televerk, hotell- och restaurangbranschen samt för tjänstemän inom byggnadsindustrin. Enformigt arbete kan vara särskilt vanligt för arbetare inom vissa grenar av tillverkningsindustrin. Framför allt de anställda inom textil- och beklädnadsindustri m m har ofta svarat att deras arbeten är enformiga. Höga andelar kan noteras också för arbetare inom offentlig förvaltning m m, post- och televerk och inom restaurang- och hotellrörelse. I stort sett är det samma grupper som anser att arbetet samtidigt både är jäktigt och enformigt.

SCB:s undersökning tyder inte på att andelen anställda med enformigt arbete ändrats mellan undersökningstillfällena. Andelen som har jäktiga arbeten har däremot minskat i denna undersökning medan i LO-enkäten andelen som upplever stress eller psykisk påfrestning har ökat. Andelen som har psykiskt ansträngande arbete har också ökat mycket markant i SCB:s material. Det framgår att sådana förhållanden är betydligt vanligare hos tjänstemän än hos arbetare. Begreppet psykisk ansträngning är emellertid inte närmare preciserat.

Möjligheten att utvecklas i arbetet är av stor betydelse för arbetstillfredsställelsen. I SCB:s undersökning är det 57 procent av samtliga sysselsatta som säger sig ha möjlighet att lära nya saker i arbetet. Men det finns stora skillnader mellan olika grupper. Arbeten som uppfattas som utvecklande är dubbelt så vanliga bland tjänstemän som bland arbetare. Inom dessa båda huvudkategorier finns också stora skillnader. Ju högre det normala utbildningskravet är för gruppen, desto högre är andelen som svarar att de har arbeten som ger stora möjligheter att lära nya saker. Minst vanligt med sådana arbeten är det bland biträdespersonal m fl, dit yrken som affärsbiträde, städare, lagerarbetare, textilarbetare, postbiträde och ekonomibiträde kan räknas.

Möjligheten att påverka det egna arbetet är också väsentlig för den enskildes arbetssituation. I LO-enkäten uppger 60 procent av arbetarna att de har möjlighet att påverka beslut om det egna arbetet. Enligt SCB:s undersökning har andelen anställda som säger sig inte ha något inflytande alls minskat betydligt. Utvecklingen har varit positiv för alla grupper av anställda.

2.2.2 Arbetsskadorna

Olycksfall och arbetssjukdomar kan vara allvarliga konsekvenser av brister i arbetsmiljön. För den som drabbas av arbetsskador innebär de lidande och välfärdsförluster och för samhället betydande kostnader för sjukvård och

rehabilitering och genom produktionsbortfall.

Årligen inträffar c 100 000 olycksfall som leder till sjukskrivning och det anmäls c 20 000 arbetssjukdomar. Enligt en beräkning som redovisades vid Nordiska Ergonomisällskapets konferens i Stockholm 1982 kan samhällets och företagens kostnader för dessa arbetsskador uppskattas till c 3 miljarder kronor om året. Att försöka värdera konsekvenserna också för de drabbade i ekonomiska termer är knappast möjligt.

Genom informationssystemet för arbetsskador (ISA) som startade 1979 har möjligheterna att följa utvecklingen väsentligen förbättrats jämfört med den tidigare yrkesskadestatistiken som präglades av lång publiceringstid och ofullständigheter i vissa avseenden.

Utvecklingen av arbetsolycksfallen sedan 1968 enligt ISA-statistiken framgår av tabell 2.1 nedan.

Som framgår av tabell 2.1 sjönk den relativa skadefrekvensen, d v s antal arbetsolycksfall per miljon arbetstimmar, fram till och med 1973, ökade 1974 för att åter minska fram till dess arbetsskadeförsäkringen trädde i kraft den 1 juli 1977. Förändringen 1974 kan delvis förklaras med att avtal om trygghetsförsäkringar med full ersättning för förlorad inkomst vid arbetsskador då träffades, vilket troligen ledde till att arbetsskador anmäldes mer än tidigare. En liknande effekt fick sannolikt också introduktionen av lagen om arbetsskadeförsäkring 1977. Efter dessa tillfälliga toppar uppvisar åren efter 1979 sjunkande tendens med hänsyn både till totalt antal anmälda fall och till relativ frekvens.

Olycksfallsutvecklingen kan också ställas i relation till produktionsresultatet. I ett räkneexperiment som redovisas av nationalekonomerna Jönsson och Lyttkens (Arbetsmiljö och samhällsekonomi, Liber Läromedel, Lund

Tabell 2.1 Arbetsolycksfall 1968–1981 exkl färdolycksfall. Arbetstagare

År	Antal arbetsolycksfall	Därav dödsfall	Antal arbetsolycksfall per en miljon arbetstimmar
1968	122 722	294	22,2
1969	123 204	300	22,1
1970	121 824	272	21,1
1971	112 532	220	19,5
1972	107 220	238	18,9
1973	106 689	180	18,7
1974	115 722	223	20,3
1975	115 423	140	20,1
1976	110 018	145	19,0
Jan–Juli 1977	53 780	81	18,4
Juli–dec 1977	61 428	72	21,2
1978	122 806	148	21,5
1979	112 880	135	22,0
1980	107 028	126	20,7
1981[a]	95 319	133	17

[a] Preliminära uppgifter.
Källa: ISA.

Tabell 2.2 Arbetsolycksfallens svårhetstal 1968–1980

År	Antal sjukdagar per 1 000 arbetstimmar
1968	1,35
1969	1,33
1970	1,29
1971	1,09
1972	1,07
1973	0,98
1974	1,10
1975	0,98
1976	0,93
1977	0,85
1978	0,56[a]
1979	0,56[a]
1980	0,52[a]

[a] Invaliditetsfallen ej invägda i svårhetstalen varför talen inte är jämförbara.
Källa: ISA.

1981) har man uppskattat vilken olycksfallssituationen skulle ha varit om 1975 års produktion inom industrin framställts med 1963 års olycksfallsrisker men med 1975 års produktionsstruktur. Det visar sig att i samtliga branscher utom en har utvecklingen gått i positiv riktning. Flera branscher har ett olyckstal som är mindre än hälften av det förväntade.

Den mest uppmuntrande förändringen är att de allra svåraste olycksfallen minskar. Statistiken visar att antalet dödsfall till följd av olyckor i arbetet (exkl färdolycksfall) bara under 1970-talet har minskat till hälften. De s k svårhetstalen d v s antalet förlorade arbetsdagar per olycksfall har också successivt minskat. Utvecklingen som framgår av tabell 2.2 pekar alltså på att skadorna totalt sett blivit mindre allvarliga.

För att nämna något om olycksfallens karaktär kan konstateras att fallolyckor är vanligast. Mycket vanliga är också olyckor vid rörliga maskindelar, skador där personen gör sig illa på det han bär eller hanterar och s k överbelastningsskador orsakade av tunga lyft, svåra arbetsställningar och häftiga rörelser. De vanligaste skadetyperna är stukning och sträckning, sårskador samt kross- och klämskador. De allvarligaste skadetyperna, dvs skelettskador, hjärnskador och förlust av kroppsdel, utgör tillsammans 13 procent av skadorna och drabbar bortåt 15 000 människor varje år.

Bland olika branscher (motsv) är slakterierna den i särsklass mest utsatta. Andra branscher med hög olycksfrekvens är bl a skeppsvarv, gruvor, järn- och stålgjuterier, sågverk, brandkåren och renhållningsverk. Om man ser till hur allvarliga olycksfallen är räknat som genomsnittligt antal sjukdagar per olycksfall är det främst stuveri, åldringsvård, raffinaderier, sjöfart och taxirörelse som ligger i topp.

Det största antalet olycksfall med dödlig utgång har tillverkningsindustri och samfärdsel. Den vanligaste olyckshändelsen vid dödsfall i arbetet har samband med fordon, huvudsakligen personbilar. Andra vanliga dödsorsaker är fall från tak, bilflak etc eller att personen träffas av fallande föremål, som träd, hängande last eller utslungade maskindelar.

Tabell 2.3 Anmälda arbetssjukdomar efter misstänkt orsak till skadan 1980. Arbetstagare

Misstänkt orsak	Antal	Procent
Belastningsfaktorer såsom ensidiga eller ansträngande rörelser och arbetsställningar	8 969	49,4
Kemiska ämnen eller produkter	4 319	23,8
Buller	2 519	13,9
Vibrationer	368	2,0
Fortgående, upprepat eller ovanligt tryck	268	1,5
Energistrålning	20	0,1
Övriga fysikaliska faktorer	208	1,1
Biologiska faktorer inkl smitta	637	3,5
Psykosociala faktorer	115	0,6
Övrigt, oklart	721	4,0
Totalt	18 144	100

Källa: ISA.

Arbetssjukdomar registreras också av ISA. 1980 var antalet anmälda fall 18 144 av vilka hälften var av belastningstyp, tabell 2.3.

Bland arbetssjukdomarna dominerar belastningsskador starkt. De leder också till i genomsnitt längre sjukskrivningar än andra arbetssjukdomar. Som framgår av tabell 2.4 är skador i axlar, armar och rygg vanligast.

Arbetssjukdomar som har kemisk bakgrund är främst eksem och andra hudåkommor. Asbestbetingade lungsäcksförtjockningar utgör också ett stort antal.

Belastningsskador är särskilt vanliga inom livsmedelsindustri, jord- och stenvaruindustri samt järn-, stål- och metallverk. Sjukdomar orsakade av luftföroreningar, kemiska ämnen eller produkter är speciellt frekventa inom kemisk industri, plastindustri, malmgruvor och byggnadshantverk. Bullerskador är vanligast inom jord- och stenvaruindustri och malmgruvor, vibrationsskador inom skogsbruk och malmgruvor.

Tabell 2.4 Anmälda belastningssjukdomar efter skadad kroppsdel 1980. Arbetstagare

Kroppsdel	Antal	Procent
Rygg, utom nacke	2 166	24,1
Nacke, halsrygg	1 341	15,0
Axel, arm	3 263	36,4
Hand, handled, fingrar	1 333	14,9
Höftled, ben, knä	595	6,6
Fot, fotled, tår	109	1,2
Övrigt	162	1,8
Totalt	8 969	100

Källa: ISA.

2.2.3 Arbetsmiljö och sjukfrånvaro

Det går inte att fastställa hur stor del av sjukfrånvaron som har samband med arbetsmiljön. Den är förmodligen betydligt större än vad som direkt avspeglas i statistiken på arbetsskador.

Sjukfrånvaron har stor samhällsekonomisk betydelse. Den medförde 1978 ett sammanlagt produktionsbortfall på drygt 19 miljarder kronor enligt en rapport från Arbetslivscentrum (Arbetsrapport 1981:46). Att minska den genomsnittliga sjukfrånvaron med en dag per år skulle enligt denna rapport medföra ett produktionstillskott motsvarande nära 800 miljoner kronor. Ett bättre hälsotillstånd och andra åtgärder som kan leda till minskad sjukfrånvaro kunde således få betydande samhällsekonomiska effekter.

Statistiska centralbyrån visar i rapport 15 i serien Levnadsförhållanden, Liber 1979, att en rad olika arbetsmiljöfaktorer kan påverka sjukfrånvaron. Studien avser 1975/76. Givetvis måste understrykas att det här är fråga om komplicerade samband där en mängd faktorer utöver arbetsmiljön också spelar in.

SCB:s undersökning visar emellertid genomgående att förekomsten av fysiskt belastande miljöfaktorer sammanfaller med hög sjukfrånvaro. Bland dem som uppger sig ha fysiskt ansträngande eller ensidigt belastande arbeten är sjukfrånvaron påtagligt högre än bland dem som inte utsätts för sådana belastningar. De som dagligen har tunga lyft i sina arbeten har i genomsnitt 26 sjukpenningdagar per år jämfört med 15 dagar bland dem som aldrig behöver utföra tunga lyft.

Förekomsten av upprepade och ensidiga arbetsrörelser samt olämpliga arbetsställningar visar lika tydliga tecken på samvariation med sjukfrånvaron. Den högre sjukfrånvaron bland dem som uppger att arbetet är fysiskt krävande gäller såväl korttids- som långtidsfrånvaro. Dessutom har de flera dagar per fall samt flera fall per år i såväl korttids- som långtidsfrånvaro.

I diagram 2.1 åskådliggörs samvariationen mellan belastningar och sjukfrånvaro. Man kan konstatera att de som uppger att de i sina arbeten utsätts för samtliga fem undersökta belastningsfaktorer, "tunga lyft, upprepade och ensidiga arbetsrörelser, olämpliga arbetsställningar, kraftiga skakningar eller vibrationer, dagligen svettiga av kroppsansträngning" har nästan fyra gånger fler sjukdagar per år än de som inte utsätts för några sådana belastningar. Att den fysiska belastningen har stor betydelse återspeglas också mycket klart i riksförsäkringsverkets statistik över långa sjukskrivningar där diagnoser som hänger samman med den fysiska arbetskapaciteten dominerar.

Mönstret återkommer också för andra faktorer i arbetsmiljön. Olägenheter av värme, kyla, drag och dålig ventilation har betydelse för sjukfrånvaron. Det har också exponering för luftföroreningar och arbeten som är smutsande eller innebär att man måste handskas med syror eller andra frätande ämnen. Buller är en annan miljöfaktor som kan påverka sjukfrånvaron.

Ytterligare en spegling av arbetsmiljöns betydelse för sjukfrånvaron är de stora skillnaderna mellan olika näringsgrenar. I en studie utförd av Yngve Åberg (Sjukfrånvaron och dess orsaker, Arbetarskyddsfonden, odaterad rapport) som avser förhållandena under 1974 visas att sjukfrånvaron inom

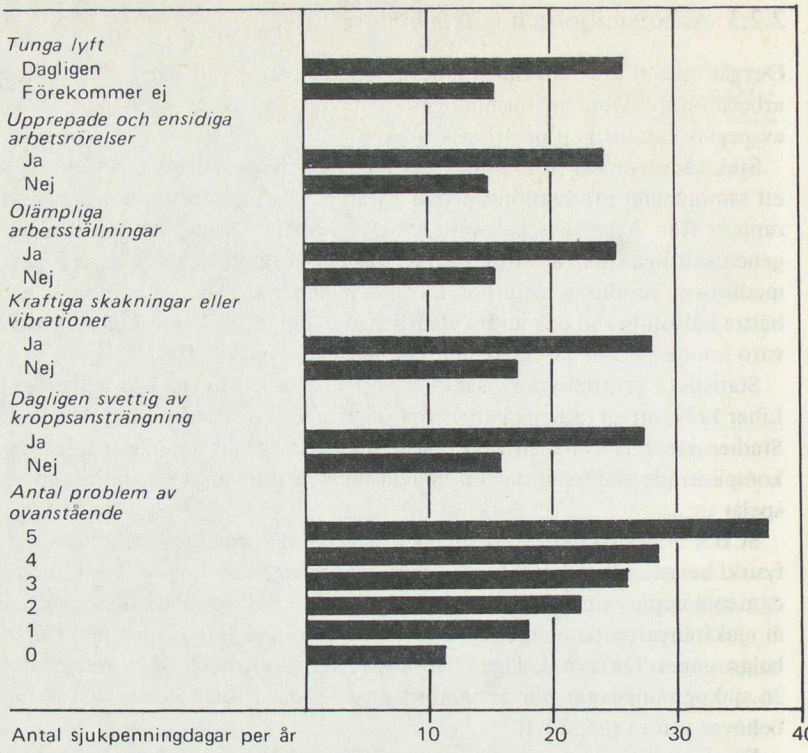


Diagram 2.1 Antalet ersatta sjukdagar per person och år efter olika typer av fysisk belastning i arbetet 1975/76.

Källa: Levnadsförhållanden, rapport 15. Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76. SCB.

industrin är avgjort högre än i andra näringsgrenar oavsett om man räknar i totalt antal dagar, korttidsfrånvaro eller antal sjuktillfällen. Enligt denna undersökning är sjukfrånvaron lägst inom den offentliga förvaltningen. Inom tillverkningsindustrin, som således generellt har högre sjukfrånvaro, finns dessutom variationer mellan olika branscher. Det är särskilt verkstadsindustrin som ligger högt. Denna skillnad faller till ingen del på tjänstemännen utan helt på arbetarna.

En undersökning inom riksförsäkringsverket av läget 1976 utförd av Tor E Eriksén (publicerad av Delegationen för social forskning 1980:1) ger liknande resultat. Här får bl a verkstadsindustrin och livsmedelsindustrin höga frånvarotal.

Det samlade intrycket av dessa olika undersökningar är att den fysiska arbetsmiljön måste vara en komponent bakom variationerna i sjukfrånvaron. Uppenbarligen finns också flera andra varav några kommer att beröras senare. Det är dessutom så att arbetsförhållandena inte enbart inverkar genom att direkt kunna orsaka skador och sjukdomar. Vissa arbeten ställer särskilda krav på hälsotillståndet, vilket kan resultera i ökad sjukfrånvaro. Det finns arbeten som innebär olycksrisker eller hög fysisk och psykisk ansträngning och som kan vara svåra eller direkt olämpliga att utföra med en mindre åtkomma som i annat arbete inte skulle ha föranlett sjukskrivning.

Ännu ett uttryck för arbetsmiljöns och arbetsförhållandenas betydelse för

Tabell 2.5 Antalet ersatta sjukdagar per person bland olika grupper av anställda 1976

Arbetare LO–SAF-området	25,7
Tjänstemän SAF-området	10,4
Statligt anställda	16,6
Landstingsanställda tjänstemän	12,8
Landstingsanställda övriga	25,1
Primärkommunalt anställda	18,4

Källa: Eriksén, T E, Den ökade sjukfrånvaron – En statistisk analys, Delegationen för social forskning 1980:1.

sjukfrånvaron är de påtagliga skillnader som finns mellan arbetare och tjänstemän beträffande sjukskrivning (tabell 2.5).

Också av Åbergs undersökning framgår att skillnaden i sjukfrånvaro mellan tjänstemän och arbetare i industrin är stor. Denna skillnad gäller emellertid endast längre sjukfall. Kortare sjukfall om högst tre dagar är i stort sett lika vanligt bland båda grupperna.

Det är inte bara de fysiska arbetsvillkoren som kan påverka frånvaron. Stress och monotoni, arbetets innehåll och möjligheten till inflytande är andra väsentliga faktorer i sammanhanget. SCB:s undersökning visar således att jäktigt och enformigt arbete har betydelse för sjukfrånvaron, diagram 2.2.

Som framgår ger enformigt arbete tydligt utslag i högre sjukfrånvaro. Men detta behöver i och för sig inte vara en renodlad effekt. Enformiga och jäktiga arbeten kan ofta också vara förenade med dålig fysisk arbetsmiljö, vilket påverkar bilden.

Andra undersökta faktorer är inflytande över och inställning till arbetet, diagram 2.3. Här visar det sig att de som inte känner något större inflytande över arbetets planering och uppläggning har högre sjukfrånvaro.

Arbetstidens förläggning och löneform är också förhållanden som ger utslag i sjukfrånvaron. Enligt riksförsäkringsverkets och andra undersökningar har inom SAF–LO-området personer med ackord något fler sjukfall än personer med tidlön. Också bland skiftarbetare är sjukfrånvaro vanligare.

De brister i välbefinnande och därmed sjukfrånvaro som diskuterats skall naturligtvis inte bara sökas i arbetsmiljön. Normal åldersförslitning, konstitutionella effekter och effekter av fritidsmiljön och olycksfall har också

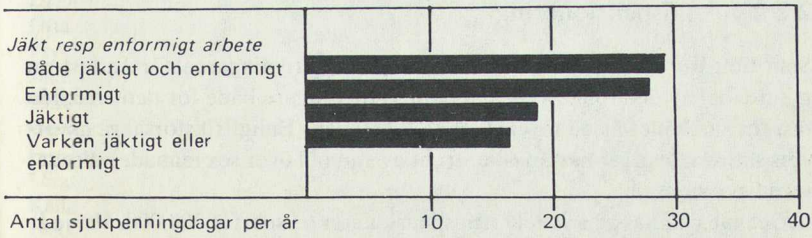


Diagram 2.2 Antalet ersatta sjukdagar per person och år efter olika typer av psykisk belastning i arbetet 1975/76.

Källa: Levnadsförhållanden, rapport 15. Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76. SCB.

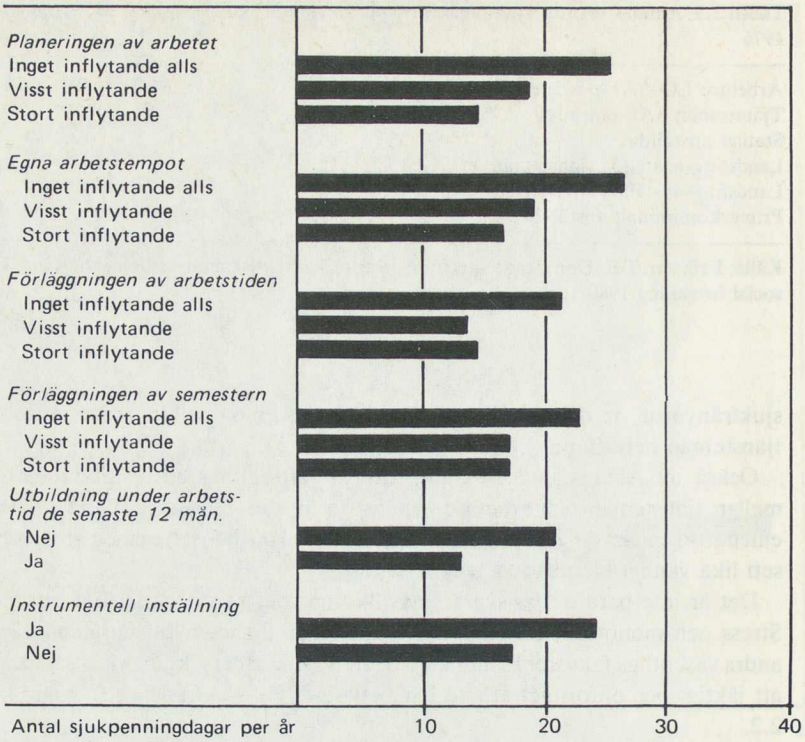


Diagram 2.3 Antalet ersatta sjukdagar per person och år efter inflytandefaktorer, utbildning under arbetstid m m 1975/76.

Källa: Levnadsförhållanden, rapport 15. Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76. SCB.

betydelse för sjukfrånvaron. Men undersökningarna visar att det finns en samvariation mellan skilda faktorer i arbetsmiljön och särskilt långtidsfrånvaron. Man måste då också ha klart för sig att långtidsfrånvaron svarar för den helt övervägande andelen sjukdagar. Korttidsfrånvaro, dvs sjukskrivningar under sju dagar, utgör bara 13 procent av det totala antalet sjukdagar.

I sammanhanget kan nämnas att möjligheterna att påverka sjukfrånvaron nyligen har studerats i en omfattande undersökning av Sigvard Rubenowitz. Genom förbättringar av arbetsmiljön, bl a utbyte av maskiner som var ergonomiskt olämpliga, introduktion av lyfthjälpmedel samt förbättrade informations- och samrådsrutiner lyckades man sänka sjukfrånvaron på de undersökta arbetsplatserna utöver den allmänna minskning som skett de senaste åren.

2.2.4 Förtidspensionering

Som tidigare framhållits svarar de korta sjukskrivningarna för endast en mindre del av den totala sjukfrånvaron. Allvarligare både för den enskilde och för samhället är de mycket långa sjukfallen. Enligt riksförsäkringsverkets statistik övergår nästan 40 procent av sjukfall över sex månader direkt i förtidspensionering.

Det kan nämnas att antalet förtidspensionärer nu snart är 300 000. Varje år

beviljas c 45 000 personer förtidspension och sjukbidrag. Den totala direkta kostnaden för detta var 4,7 miljarder kronor 1980. Huvudorsaken bakom nya förtidspensioneringar är sjukdom. Andelen som kan betecknas som rena arbetsmarknadsfall, d v s där läget på arbetsmarknaden är av avgörande betydelse för pensioneringen, är knappt tio procent. Främst är det ledförändringar och ryggsjukdomar (36 procent) som ligger bakom nybeviljade förtidspensioner. Också sjukdomar i cirkulationsorganen och olika mentala störningar är vanliga skäl.

Förtidspensioneringen har ökat mycket starkt under 1970-talet. Denna utveckling har säkerligen flera orsaker, t ex vidgade möjligheter till förtidspension och förbättrade ekonomiska villkor, ökade arbetskrav och en försämrad arbetsmarknad. Under senare år är det främst delpensionerna som ökat och särskilt pensionering av arbetsmarknadsskäl har blivit vanligare även om sådana fall som tidigare nämnts totalt sett är få.

Förhållanden i arbetsmiljön kan vara en bidragande orsak till förtidspensionering. Oavsett om en sjukdom orsakas av arbetsmiljön eller om den utlöses på annat sätt kan den resulterande konflikten mellan arbetskrav och arbetskapacitet försvåra eller göra det helt omöjligt för den drabbade att fortsätta sitt arbete.

Detta visas i en undersökning av Peter Hedström, Förtidspension välfärd eller ofärd? publicerad av Institutet för social forskning 1980. I den konstateras att personer som tidigare haft tunga arbetaryrken inom tillverknings- och byggnadsindustri är påtagligt överrepresenterade bland förtidspensionärerna. Förtidspensionärerna har i högre utsträckning än andra jämnåriga tidigare varit utsatta för hårda fysiska arbetskrav och dålig arbetsmiljö, vilket framgår av tabell 2.6. Man finner här också att inom

Tabell 2.6 Förtidspensionering och arbetskrav 1974. Procentandel av blivande förtidspensionärer som utsatts för belastningsfaktorer jämfört med jämnåriga av samma kön respektive jämnåriga av samma kön och med samma yrke

Arbetsförhållanden	Blivande förtidspensionärer	Jämnåriga av samma kön	Jämnåriga av samma kön och i samma yrkesgrupper
Lyfta 60 kg	47,5	38,4[a]	44,6
Övr fysiskt krävande	53,3	40,6[a]	46,1
Gas, damm, rök	47,5	33,4[a]	41,0
Giftiga ämnen	15,6	17,2	17,1
Skakningar, vibrationer	17,2	10,8[a]	14,8
Daglig svettning	33,6	28,7	33,4
Ofta fysiskt utmattad	33,6	21,4[a]	20,7[a]
Psyksikt ansträngande	36,1	36,9	32,5
Jäktigt	66,4	62,9	60,5
Enformigt	29,5	17,1[a]	21,3
Ofta psykiskt utmattad	18,9	13,5	11,0

[a] Signifikant skillnad.
Källa: Hedström P, Förtidspension välfärd eller ofärd? Institutet för social forskning 1980.

samma yrkesgrupper är det särskilt de personer som varit fysiskt utmattade efter arbetet som omsider blir förtidspensionärer. Det pekar på att de blivande förtidspensionärerna många gånger befunnit sig i en situation där arbetets fysiska krav överstigit de egna resurserna.

Att det ofta är en kombination av höga fysiska arbetskrav och sviktande hälsa som ligger bakom förtidspensioneringar framgår också av att de blivande förtidspensionärerna i undersökningen hade ett klart sämre hälsotillstånd är andra jämnåriga. Även om sådana försämringar av hälsotillståndet i och för sig inte behöver vara orsakade av arbetet utgör de många gånger ett uppenbart hinder för fortsatt yrkesverksamhet. Andelen i undersökningen som var kraftigt rörelsehindrade, som hade svåra cirkulationsbesvär respektive svår värk i axlar, ben och leder var mer än dubbelt så stor bland de blivande förtidspensionärerna som i jämförelsegruppen. Skillnaderna var i det närmaste lika markerade när det gäller indikationerna på det psykiska hälsotillståndet.

Förtidspensioneringen kan således i många fall vara uttryck för brister i arbetsmiljön eller för svårigheterna att anpassa arbetet. Det är i synnerhet den fysiska belastningen som är ofrånkomlig i vissa arbeten som kan leda till förtidspensionering. Särskilt gäller dessa problem de medelålders och äldre samt personer som har nedsatt arbetsförmåga. Bristande förmåga att klara fysiska arbetskrav hör till de vanligaste arbetshindren för dessa grupper och innebär dessutom sekundära hälsorisker sammanhängande med överansträngning, t ex vid dåligt hjärta och högt blodtryck.

Som tidigare konstaterats har det tunga arbetet minskat samtidigt som den tekniska utvecklingen tenderar att leda till styrd arbetstakt, monotoni och ensidig belastning av små muskelgrupper. Man kan således inte utgå från att den tekniska utvecklingen automatiskt löser problemen. I detta perspektiv framstår insatser för att utforma arbetsmiljön så att belastningsbesvär förebyggs som ytterligt väsentliga, liksom beredskap och förmåga att inom företagen finna lösningar som anpassar arbetet till kapacitetsnedsättningar i enskilda fall.

3 Utvecklingen av arbetarskyddet och företagshälsovården

3.1 Samhällets resurser för arbetarskydd

Arbetarskyddsproblem har funnits under alla skeden av den mänskliga kulturens utveckling. Man har också långt tillbaka i tiden varit medveten om att arbetet för den dagliga tillvaron innefattat risker för liv och hälsa. Något ordnat arbetarskydd möter vi dock först i modern tid, i anslutning till den frambrytande industrialismen. Då träder samhället in genom lagstiftning och genom samhällsorgan som verkar för säkerhet och hälsa i arbetslivet.

Den svenska lagstiftningen innehöll redan före industrialismens genombrott vissa bestämmelser som syftade till att hindra missbruk av minderåriga arbetstagare. Som den första egentliga arbetarskyddsförfattningen brukar emellertid räknas 1881 års förordning om minderårigas användande i arbete vid fabrik, hantverk eller annan hantering. En mera allmängiltig arbetarskyddslagstiftning kom till stånd 1889 genom lag om skydd mot yrkesfara. Samtidigt inrättades en statlig yrkesinspektion. Yrkesfarelagen ersattes 1912 av en lag om arbetarskydd.

Efter hand som den industriella och sociala utvecklingen fortskred framträdde behovet av revidering av 1912 års arbetarskyddslag. Bl a ansågs en stegrad frekvens av olycksfall och sjukdomsfall i arbetet motivera en intensifiering av det förebyggande arbetarskyddet. Efter förslag av 1938 års arbetarskyddskommitté utfärdades så 1949 års arbetarskyddslag och arbetarskyddskungörelse. Samma år kom arbetarskyddsstyrelsen till. På styrelsen överflyttades från riksförsäkringsanstalten uppgiften att vara chefsmyndighet för yrkesinspektionen.

En principiellt betydelsefull ändring gjordes 1963 i arbetarskyddslagen. Tillämpningsområdet utvidgades då från att tidigare bara ha gällt rörelse till att avse även statlig och kommunal förvaltning samt annan verksamhet som inte bedrivs i förvärvssyfte.

Mot bakgrunden av krav på bättre arbetsmiljö tillsattes 1970 den statliga arbetsmiljöutredningen. Uppgiften för utredningen var att med utgångspunkt i ett tidsenligt sätt att se på arbetarskyddets mål och metoder lägga fram förslag om hur arbetarskyddslagstiftningen och de offentliga arbetarskyddsorganen skulle omgestaltas för att kunna fungera som effektiva instrument för bättre arbetsmiljöer. Utredningens förslag ledde till att en ny arbetsmiljölag började gälla den 1 juli 1978. Också i denna lag är arbetarskyddets huvuduppgift att vidta åtgärder mot hälsofara och olycksrisker i arbetet. Men synen på arbetarskyddet har breddats till att inte bara

avse bästa möjliga arbetsförhållanden i tekniskt och fysiologiskt avseende utan också från social och psykologisk synpunkt.

Karakteristiskt för utvecklingen inom arbetarskyddet i vårt land är ett nära samarbete mellan arbetsmarknadens parter. Genom egna organ och inom ramen för lagregler som verkat i samma riktning har arbetsgivare och arbetstagare sedan lång tid samverkat för att få till stånd goda förhållanden i arbetslivet. 1942 tillkom t ex Arbetarskyddsnämnden som ett samarbetsorgan mellan LO och SAF på arbetarskyddets område.

Redan 1938 träffade LO och SAF central överenskommelse som innebar regler för lokal samverkan. Bestämmelserna om lokala skyddsombud och skyddskommittéer utvecklades vid denna tid.

Efter Saltsjöbadsavtalet 1938 enades parterna om att både gemensamt, främst över Arbetarskyddsnämnden, och var för sig bevaka och befrämja hälsofaktorerna i arbetet. Svenska Arbetsgivareföreningen anställde sin första medicinske rådgivare 1939. Den förste tekniske rådgivaren kom 1957. Grundläggande principer för den medicinska företagshälsovården föreslogs av SAF 1954 och accepterades av LO i den dåvarande arbetsmarknadskommittén. Förberedelser för motsvarande riktlinjer för teknisk företagshälsovård påbörjades 1957. Som ett led i denna plan startade SAF 1959 den första ettåriga specialutbildningen av skyddsingenjörer på högskolenivå. Erfarenheterna var gynnsamma. Ett nära samarbete mellan SAF och ett antal företag gjorde att SAF 1966 kunde föreslå att företagens dåvarande skyddstjänst, med delvis förändrade arbetsuppgifter, skulle bilda en "teknisk del" inom företagshälsovården, sidoordnad och jämställd med den medicinska verksamheten. För både den tekniska och den medicinska verksamheten gällde som objektivitetskrav att den skulle vägledas av vetenskap och beprövad erfarenhet. Denna organisationsform fastställdes av parterna i en överenskommelse om företagshälsvård 1967 och i en statlig utredning från 1968. Avtalet mellan parterna samt den statliga utredningen kom att bli grundläggande för utvecklingen för företagshälsovården inom samhällets övriga områden, först kooperationen och så småningom även statlig och kommunal verksamhet.

Arbetarskyddet var från början framförallt inriktat mot olycksfall i arbetet. Det var först på 1940- och 1950-talen som mer fördjupade och vidgade kunskaper började komma fram om samband mellan faktorer i arbetsmiljön och ohälsa. Först kom medvetenheten om de mer klassiska yrkessjukdomarna som silikos, kvicksilverförgiftning, blyförgiftning och bensolförgiftning. Under 1950-talet vidgades panoramat med ytterligare kunskaper om nya yrkessjukdomar relaterade till olika former av luftföroreningar. Dessutom kom sådana fysikaliska faktorer in i bilden som buller i relation till hörselskada, klimat i relation till skelett- och muskelsjukdomar och vibrationer i relation till perifera kärlrubbningar. Först under 1960-talet riktades uppmärksamheten på långtidseffekter av olika riskfaktorer i miljön som cancerrisker och neurologiska effekter.

1960-talet och framför allt 1970-talet var de årtionden då en mer vidgad syn kom fram på begreppet hälsa i relation till arbetsmiljön. Man blev klar över de mycket vida samband som här förelåg mellan hälsa–arbetsanpassning och arbetsmiljö i såväl fysisk som psykisk och social bemärkelse.

Insatserna för övervakning av de anställdas hälsa och arbetsmiljö kunde

med dessa nya kunskaper och insikter inte som förr begränsas till enbart förbättringar. Arbetsmiljöinsatser började på ett nytt sätt bli förebyggande. De måste sättas in redan i planeringsstadiet med möjligheter att ur arbetsmiljösynpunkt kunna sätta i fråga produktval, produktionsutformning, arbetsorganisation och personalplanering.

I takt med denna utveckling var det nödvändigt för de fackliga organisationerna att tillförsäkra sig ett reellt inflytande över företagens planering i dessa avseenden. Framförallt under de senaste tjugo åren har utvecklingen gått i denna riktning och tagit sig uttryck i såväl centrala avtal mellan arbetsmarknadens parter som i ny och reviderad lagstiftning.

1968 ändrades reglerna för det lokala arbetarskyddet och 1976 gjordes en ny revision i och med att SAF, LO och PTK tecknade centralt arbetsmiljöavtal med bl a nya och mycket utvidgade befogenheter för skyddsombuden och framförallt för skyddskommittén. I den senare fick arbetstagarna majoritet. Skyddskommittén skall enligt detta avtal vara ett centralt organ i företaget där alla frågor som gäller arbetsmiljö skall handläggas. Liknande arbetsmiljöavtal har slutits för andra delar av arbetsmarknaden. Den nya arbetsmiljölagen har lagfäst rättigheter för skyddsombud och skyddskommittéer i kapitlet om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare.

Genom skyddskommittéernas och skyddsombudens avsevärt stärkta ställning förbättrades förutsättningarna att bedriva det lokala arbetarskyddet i samverkan. Antalet skyddsombud var 98 000 år 1982 och dessutom fanns närmare 1 400 regionala skyddsombud med uppgift att stödja de lokala skyddsombuden i små företag utan skyddskommitté. Totalt fanns det skyddsombud på 64 000 arbetsställen 1982.

Parallellt med denna utveckling har företagshälsovården kommit att bli en allt viktigare del av det lokala arbetarskyddet. Den är en partsobunden medicinsk och teknisk expertfunktion som skall verka i nära anslutning till arbetsplatserna. Företagshälsovården har vuxit fram på initiativ av arbetsmarknadens parter som är överens om att företagshälsovård skall inrättas så snart resurser och praktiska möjligheter tillåter.

Även om arbetsmiljölagen förutsätter att arbetsgivaren och den lokala skyddsorganisationen strävar efter bästa möjliga arbetsmiljöförhållanden behövs dessutom en organisation för offentlig tillsyn som på olika sätt verkar för att lagstiftningens syfte fullföljs och vakar över att reglerna blir efterlevda.

Som tillsynsmyndigheter för arbetarskyddet finns arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen, som tillsammans kallas arbetarskyddsverket. Arbetarskyddsstyrelsen utövar den centrala tillsynen enligt arbetsmiljölagen och anslutande lagar och föreskrifter. Yrkesinspektionen är fältorganisationen som under styrelsen utövar tillsyn i närmare kontakt med arbetsställena.

Arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen har också tillsynsuppgifter enligt viss angränsande lagstiftning, främst arbestidslagstiftningen och lagstiftningen om hälso- och miljöfarliga varor.

På arbetarskyddsstyrelsen som centralt administrativt organ ankommer planering och utredning för att arbetarskyddsinsatserna på olika nivåer skall kunna utformas på lämpligt sätt och sättas in där de bäst behövs. En viktig uppgift för styrelsen är att utarbeta föreskrifter enligt 18 § arbetsmiljöförordningen om tillämpningen av arbetsmiljölagen. Författningsarbetet

bedrivs i samverkan med andra myndigheter, arbetsmarknadens parter och även intressenter utanför dessa. Det gäller också för styrelsen att se till att föreskrifter och råd förs ut i arbetslivet genom informationsverksamhet. Till styrelsens uppgifter hör att verkställa typgranskning av olika slags arbetsanordningar. Som chefsmyndighet för yrkesinspektionen har styrelsen att följa och övervaka inspektionens verksamhet.

Mot bakgrunden av de krav som numera ställs på arbetarskyddet har på senare år skett en successiv förstärkning och utbyggnad av arbetarskyddsstyrelsens resurser. Ett viktigt steg togs 1972, då arbetsmedicinska institutet, som tidigare var fristående, inordnades som en arbetsmedicinsk avdelning, nuvarande forskningsavdelningen, inom styrelsen. Denna förändring kan ses mot bakgrunden av att styrelsens uppgifter i allt högre grad fordrar nära samverkan med forsknings- och utvecklingsarbete på det arbetsmedicinska området. Arbetarskyddsstyrelsen har förutom den redan nämnda forskningsavdelningen en tillsynsavdelning och en administrativ avdelning.

I yrkesinspektionens tillsynsuppgifter ingår en rad olika moment. I stor utsträckning sker tillsynen genom att yrkesinspektionens funktionärer gör besök på arbetsplatserna. I regel deltar då också företrädare för arbetsgivare och arbetstagare. Arbetsplatsbesök förekommer såväl på inspektionens eget initiativ som på begäran av arbetstagare eller arbetsgivare. Delvis sker tillsynen i form av systematisk genomgång av företag inom viss bransch eller genom att inriktning sker på vissa arbetsmiljöproblem oavsett var besöken sker. Yrkesinspektionen kan liksom arbetarskyddsstyrelsen i viss utsträckning utan kostnad tillhandahålla erforderliga föreskrifter från styrelsen. Vid behov skall inspektionen ge anvisningar om åtgärder som fordras för att avhjälpa brister. Det finns också möjligheter att gripa in genom föreläggande, förbud eller andra tvångsåtgärder enligt kapitel 7 i arbetsmiljölagen.

Yrkesinspektionens uppgifter är inte bara av kontrollerande art, utan i mycket hög grad går verksamheten ut på att lämna råd och upplysningar i praktiska skyddsfrågor. Inspektionen har en viktig roll i att stödja och främja organiserad skyddsverksamhet. Häri ligger bl a att verka för att skyddsombud och skyddskommittéer tillsätts och för att dessa fungerar enligt det mönster som numera skall gälla.

Yrkesinspektionen är uppdelad på 19 distrikt. 14 av distrikten omfattar ett län och de övriga distrikten två län var.

Varje distrikt inom yrkesinspektionen har fr o m 1974 en yrkesinspektionsnämnd med beslutsfunktioner. Genom inrättande av nämnderna har arbetsmarknadsparterna fått en fastare förankring i organisationen. Detta ger parterna möjlighet att utöva ett direkt inflytande på yrkesinspektionens verksamhet.

Som tidigare nämnts är företagshälsovården en expertfunktion direkt knuten till arbetslivet. Den har sin uppmärksamhet riktad mot arbetsmiljön och de risker den kan ha för individen. Samtidigt som företagshälsovården är en del av arbetarskyddet är den funktionellt en del av primärvården i hälso- och sjukvårdssystemet.

Liksom primärvården i övrigt är företagshälsovården beroende av att kunna vända sig till mer specialiserade resurser när de egna inte räcker till för att lösa problemen. Detta gäller såväl i det förebyggande arbetet som vid diagnostik, behandling och rehabilitering. De problem som företagshälso-

vården möter och som måste åtgärdas utanför denna har ofta sådan bredd och mångsidighet att övrig primärvård saknar resurser att klara av dem. Det blir då aktuellt att anlita skilda funktioner i hälso- och sjukvården. Den sjukhusanknutna yrkesmedicinen är en central resurs som företagshälsovården kan vända sig till för att tillgodogöra sig inte bara yrkesmedicinens kunnande om samband mellan arbetsmiljö och ohälsa utan också dess kunnande om andra specialistresursers möjlighet att medverka till lösning av problemen. Yrkesmedicinen får därmed en viktig roll både som självständig specialistresurs och som länk mellan företagshälsovården och andra specialistresurser i hälso- och sjukvården.

Företagshälsovårdsutredningen har i ett tidigare delbetänkande lämnat förslag till utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22). Enligt företagshälsovårdsutredningens mening skall yrkesmedicinen inte ersätta företagshälsovården eller andra delar av arbetarskyddet utan skall istället komplettera dessa med specialiserat kunnande på hälso- och sjukvårdsområdet. En av yrkesmedicinens viktigaste uppgifter är i själva verket att fungera som stöd och kvalificerat komplement till företagshälsovården. Vid de yrkesmedicinska sjukhusenheterna måste finnas såväl yrkesmedicinsk som teknisk-hygienisk expertis som t ex företagshälsovården kan vända sig till när det gäller mätningar, analyser av prover, medicinska gruppundersökningar, utredningar av misstänkta yrkessjukdomsfall etc.

Yrkesmedicinska regionkliniker finns nu uppbyggda inom samtliga sjukvårdsregioner lokaliserade till Malmö/Lund, Göteborg, Linköping, Stockholm, Örebro, Uppsala och Umeå. Uppbyggnaden av yrkesmedicinska länskliniker pågår. Företagshälsovårdsutredningen har föreslagit att den yrkesmedicinska verksamheten skall vara fullt utbyggd före 1990 med regionkliniker samt länskliniker i samtliga sjukvårdsområden utom Gotland.

Som tidigare nämnts bygger mycket av arbetarskyddet på samverkan mellan parterna lokalt och centralt. För parternas centrala samverkan i arbetsmiljöfrågor finns en rad samarbetsorgan. Däribland kan följande nämnas.

Arbetarskyddsnämnden har sedan 1942 varit SAF:s och LO:s samarbetsorgan i arbetarskydds- och arbetsmiljöfrågor och är från den 1 januari 1978 SAF-LO-PTK:s gemensamma arbetsmiljöorgan. Nämnden har som verkställande organ sedan 1945 ett kansli. Dess huvudsakliga verksamhet rör utbildning, information, utredning och utgivning av litteratur och rapporter. Nämnden verkar för främjande av den lokala arbetsmiljöverksamheten i företagen, av företagshälsovården som sådan samt utbildning i arbetsmiljöfrågor.

Statens arbetsmiljönämnd är sedan den 1 juni 1982 en särskild myndighet. Ledamöterna i nämnden representerar parterna på det statliga området. SAN skall ge ut information samt meddela föreskrifter och råd som rör arbetsmiljöverksamheten inom statsförvaltningen. Vidare skall nämnden främja, följa och föreslå forskning inom arbetsmiljöområdet och på begäran av arbetarskyddsfonden yttra sig över myndigheternas och arbetstagarorganisationernas ansökningar till fonden om bidrag för arbetsmiljöutbildning och arbetsmiljöforskning. SAN skall också vara fackansvarigt organ för innehållet i den partsgemensamma utbildningen inom arbetsmiljöområdet.

Kooperationens arbetsmiljönämnd är ett samarbetsorgan mellan parterna på det konsumentkooperativa området och har till uppgift att handha frågor som rör arbetsmiljö, arbetarskydd och företagshälsovård.

På den primär- och landstingskommunala sektorn handhas samrådsuppgifterna av Centrala utvecklingsrådets arbetsmiljögrupp. I anslutning till den kommunala sektorn kan vidare nämnas Centrala yrkes- och arbetsmiljörådet för trafikområdet som omfattar lokaltrafikföretagen.

I sammanhanget måste också nämnas den viktiga roll branschernas olika samrådsorgan spelar för arbetsmiljöns utveckling. I många fall initierar de forsknings- och utvecklingsarbete, informerar i arbetsmiljöfrågor och verkar för branschinriktade utbildningsinsatser. Några exempel på sådana samarbetsorgan är Byggnadsindustrins arbetarskyddskommitté, Färgindustrins hälso- och skyddskommitté, Grafiska branschens kommitté för arbetarskydds- och företagshälsovårdsfrågor, Gruvindustrins samarbetsgrupp i arbetarskyddsfrågor, Livsmedelsbranschernas arbetsmiljökommitté, Målarbranschens arbetarskyddskommitté, Pappersindustrins arbetsmiljöråd, Sågverksindustrins kommitté för arbetsmiljöfrågor, Transportfackens yrkes- och arbetsmiljönämnd, Träindustrins kommitté för arbetsmiljöfrågor och Verkstadsindustrins arbetsmiljöråd.

Under 1970-talet har forskningen om arbetsmiljön blivit allt intensivare. Den bedrivs som såväl grundforskning och tillämpad forskning som utvecklingsarbete. Arbetsmiljöforskningen bedrivs genom arbetarskyddsstyrelsens forskningsavdelning, de yrkesmedicinska klinikerna, universitet och högskolor, utvecklingsföretag och industrin.

Arbetarskyddsfonden har i dag en helt dominerande ställning som bidragsgivare för arbetsmiljöforskning. Dess uppgift är att genom bidrag till forsknings- och utvecklingsarbete, utbildning och information försöka förbättra arbetsmiljön i vid mening.

Fondens verksamhetsområden och dess ekonomiska resurser har genom riksdagsbeslut vidgats i flera omgångar sedan starten 1972. Fonden har stora ekonomiska resurser till sitt förfogande i form av intäkter från arbetarskyddsavgifter som alla arbetsgivare betalar. I styrelsen för fonden sitter representanter för de större arbetsmarknadsorganisationerna, de kommunala arbetsgivarna samt staten som arbetsgivare. Även arbetarskyddsstyrelsen är representerad genom sin generaldirektör.

Kansliet bereder inkomna ansökningar, tar fram beslutsunderlag för styrelsen och verkar för att beslut och åtgärder genomförs samt att information sprids om olika forskningsresultat m m. Inom ett antal forskningsområden har fonden tillsatt arbetsgrupper med representanter för bl a arbetsmarknadens parter och sakkunniga. Deras uppgift har bl a varit att planera och dra upp riktlinjer för den framtida forsknings- och utvecklingsverksamheten. I vissa fall följer dessa grupper också aktuella projekt och ger förslag till bl a uppföljning och informationsspridning.

3.2 Företagshälsovården som en del av arbetarskyddet

Redan under 1600-talet fanns inom gruvnäringen medici och fältskärer som ägnade sig åt gruvarbetarnas hälsa, främst vid olycksfall. Det industriella genombrottet under 1800-talets senare hälft medförde nya och svårbemäst-

rade problem, som man på olika håll, framför allt inom brukshanteringen, sökte klara av genom att anställa särskilda läkare för vården av de anställda. Andra lösningar gick ut på att man anlitade privatpraktiserande läkare eller tjänsteläkare under viss tid vid företagen.

Länge bestod emellertid den medicinska verksamheten av sjukvård och utgjorde därmed ett alternativ till den begränsade sjukvård som samhället kunde erbjuda.

Denna tradition har levt vidare långt in i modern tid. Anvisningsläkare inom statliga verk för fri sjukvård till de anställda kan ses som en kvarleva av detta tänkande. Fram till slutet av 1940-talet var samma inställning dominerande även för de stora företag och bruk runtom i landet som fann det förenligt med sina intressen att anställa s k industriläkare.

Långt in på 1950-talet fanns fortfarande endast ett femtiotal stora företag som hade industrihälsovård. Det var inom denna kår av industriläkare som principerna för företagshälsovård i modern mening utvecklade sig. Egna erfarenheter tillsammans med nya kunskaper från den arbetsvetenskapliga forskningen gjorde att man mer och mer kom att inrikta sin verksamhet mot förebyggande insatser. Huvudinriktningen var lagd på att utifrån medicinska observationer finna sambanden med förhållanden i arbetsmiljön. Samverkan började utvecklas med den tekniska skyddstjänsten, som då i huvudsak hade olycksfallsförebyggande uppgifter, och med skyddskommittéer och skyddsombud och linje–stabsfunktioner i företaget för att återföra observerade samband till deras källa i arbetsmiljö och arbetsförhållanden. Samverkan började också leda till kollektiva insatser för att rätta till miljömässiga missförhållanden.

Under 1960-talet blev företagshälsovård på detta sätt en tekniskt och medicinskt förebyggande verksamhet. Företagsläkare, företagssköterska och skyddsingenjör fick en yrkesmässig profil. Genom initiativ från SAF började man genomföra speciell företagssköterske- respektive skyddsingenjörsutbildning. Institutet för folkhälsan började utbilda företagsläkare. Dessa utbildningar övertogs sedermera av arbetsmedicinska institutet, när det bildades 1966. I dag ligger de hos arbetarskyddsstyrelsen.

Företagshälsovården var in på 1960-talet fortfarande i många avseenden en verksamhet på arbetsgivarens villkor. Det blev under detta decennium en viktig uppgift för arbetsmarknadens parter att se till att verksamheten blev förankrad i företaget som en partsobunden utredande och rådgivande expertresurs. Detta åstadkoms genom centrala avtal i en fortgående process som innefattar de nya arbetsmiljöavtalen. I dag är skyddskommittén i princip huvudman för företagshälsovården med uppgiften att bl a fastställa arbetsprogram och medverka vid anställning av personal. Till avtalen hör riktlinjer om företagshälsovård som fastställer, hur arbetsformer och program skall utformas för att verksamheten skall bli förebyggande och miljöinriktad. Integreringen mellan tekniska och medicinska insatser betonas. Man fastställer även att i företagshälsovården skall anläggas ett psykosocialt betraktelsesätt på arbetsmiljöfrågorna. Detta nya gemensamma ansvar för alla parter på arbetsmarknaden för företagshälsovården har inneburit en snabb utbyggnad under de två senaste decennierna. Från att i början av 1960-talet ha varit en liten, blygsam verksamhet, huvudsakligen i stora företag, täcker företagshälsovården i dag mellan 50 och 60 procent av landets arbetstagare.

4 Arbetsmiljöavtal och riktlinjer för företagshälsovård

4.1 Inledning

Som tidigare nämnts har företagshälsovården växt fram som en gemensam angelägenhet för parterna på arbetsmarknaden, reglerad genom avtal. Den första överenskommelsen om företagshälsovård träffades mellan SAF och LO 1967. Sedan dess har centrala arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård träffats mellan alla större arbetsgivarorganisationer och deras motparter. Avtalen fastslår företagshälsovårdens ställning som opartisk rådgivande expertfunktion. De anger riktlinjer för företagshälsovårdens utbyggnad, arbetsuppgifter och organisation.

Det finns tyvärr ingen samlad statistik över hur många anställda som omfattas av de olika arbetsmiljöavtalen. Men det är ändå ingen större svårighet att via de skilda arbetsgivarorganisationernas statistik få uppgift om de centrala avtalens omfattning. Däremot är den del av näringslivet som står utanför arbetsgivarorganisationerna svårare att få grepp om. I många fall tecknas där s k hängavtal mellan det enskilda företaget och den fackliga organisationen. I regel medför dessa kollektivavtal, åtminstone på LO-området, att arbetsmiljöavtalet också kommer att gälla. Men det finns fall, särskilt på tjänstemannasidan, där hängavtalen inte anknyter till arbetsmiljöavtalet. Enligt utredningens beräkningar som redovisas närmare i följande avsnitt kan man räkna med att drygt 80 procent av de privatanställda omfattas av någon form av arbetsmiljöavtal. Inom den offentliga sektorn omfattas så gott som alla. Sett på samtliga arbetstagare omfattas närmare 90 procent av sådana avtal.

De uppgifter om avtal m m som redovisas i följande avsnitt avser i allmänhet läget vid utgången av 1981, d v s det senaste tillfälle när jämförbara uppgifter föreligger för hela arbetsmarknaden.

4.2 Avtalsområdena och avtalens täckning

4.2.1 Avtal inom den privata sektorn

Med den privata sektorn avses i fortsättningen i princip all verksamhet som inte är offentlig. Därmed kommer även statlig och komunal verksamhet bedriven i aktiebolagsform m m samt kooperationen och de ideella rörelserna att gå in under denna rubrik. I det följande sker redovisningen av avtalsområdena med utgångspunkt i organisationerna på arbetsgivarsidan.

□ Svenska arbetsgivareföreningen (SAF).

Mellan SAF, LO och PTK gäller arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård slutet 1976-04-22. SAF är huvudorganisation för 36 arbetsgivareförbund. Antalet medlemmar (delägare) i föreningen var 36 637 företag vid utgången av 1981. De SAF-anslutna företagen har drygt 1 300 000 anställda.

□ Bankinstitutens arbetsgivareorganisation (BAO)

Mellan BAO och Bankmannaförbundet gäller arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård slutet 1981-11-30. BAO är förhandlingsorganisation för bankföretagen. BAO hade 201 medlemmar med c 50 000 anställda 1981. I denna siffra ingår även föreningsbankerna som numera är anslutna till BAO.

□ Tidningarnas Arbetsgivareförening (TA).

Mellan TA och dess motparter med vissa undantag gäller arbetsmiljöavtal för tidningsföretag med riktlinjer om företagshälsovård slutet 1977-03-01. Avtalet har slutits med samtliga berörda motparter med undantag för Transportarbetareförbundet och Fastighetsanställdas förbund. De undantagna grupperna, distributions- och städpersonal, omfattar c 15 000 anställda. Förhandlingar med Transportarbetareförbundet pågår. TA är förhandlingsorganisation för landets tidningsföretag. Även A-pressens tidningar är numera medlemmar i föreningen. TA hade 167 medlemsföretag med c 39 500 anställda 1981.

□ Fastigheternas Förhandlingsorganisation.

Mellan Fastigheternas Förhandlingsorganisation och dess motparter gäller arbetsmiljöavtal med överenskommelser om företagshälsovård slutet 1980-04-25. Organisationen har c 6 000 medlemmar. Av dessa är de flesta privata fastighetsägare. Bland medlemmarna finns också bostadsrättsföreningar och kommunala stiftelser. Totalt hade medlemsföretagen 1981 c 20 000 anställda, men endast en mindre del, c 5 000, av dessa var heltidsanställda.

□ Arbetsgivareföreningen för samfällt ägda företag och organisationer (SFO).

Mellan SFO, LO och PTK gäller arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård slutet 1976-07-01. SFO hade vid utgången av 1981 c 380 anslutna arbetsgivare. Till medlemmarna hör företag i vilka staten eller i vissa fall kommun direkt eller indirekt äger aktier samt andra företag, stiftelser etc med anknytning till staten eller i vissa fall kommun. Medlemmarna med c 110 000 anställda, representerar såväl varu- som tjänsteproduktion och omspänner flertalet svenska branschområden.

□ Kooperationens Förhandlingsorganisation (KFO).

Mellan KFO, LO och PTK gäller arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård slutet 1976-06-01. KFO är arbetsgivarorganisation för

konsumentföreningarna, KF och av KF ägda företag samt Folksam, OK, RESO, BPA och Svenska riksbyggen. Medlemmar i organisationen är också vissa av handikapporganisationerna. 1981 var antalet medlemmar 416 och antalet anställda c 100 000 (86 500 årsanställda).

□ Sveriges kooperativa och allmännyttiga bostadsföretags förhandlingsorganisation (KAB).

Mellan KAB och dess motparter gäller arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård slutet 1978-05-11. Organisationen företräder de allmännyttiga och kooperativa bostadsföretagen. 1981 hade den c 4 500 medlemmar med c 35 000 anställda.

□ Folketshusrörelsens Förhandlingsorganisation.

Mellan organisationen och dess motparter gäller arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård likalydande med 1976 års arbetsmiljöavtal mellan SAF, LO och PTK. 1981 var 242 folketshusföreningar medlemmar i organisationen. Antalet anställda i de olika föreningarna var c 2 650.

□ Folkparkernas Centralorganisation.

Mellan organisationen och dess motparter gäller i vissa fall arbetsmiljöavtal med riktlinjer om företagshälsovård likalydande med 1976 års arbetsmiljöavtal mellan SAF, LO och PTK. Organisationen hade 160 medlemmar 1981. För 56 medlemmar med c 600 anställda gällde ovannämnda avtal. Totalt fanns c 1 000 anställda vartill kom c 500 endagsengagerade.

4.2.2 Avtal inom den offentliga sektorn

□ Svenska Kommunförbundet.

Mellan å ena sidan Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Svenska kyrkans församlings- och pastoratsförbund och å andra sidan Svenska kommunalarbetareförbundet, KTK och SACO/SR-K gäller arbetsmiljöavtal (Miljö 81) med riktlinjer om företagshälsovård slutet 1981-04-29.

Kommunförbundet är förhandlingsorganisation för landets 284 primärkommuner. Genom särskilt avtal med Svenska kyrkans församlings- och pastoratsförbund företräder förbundet även landets kyrkokommuner vad gäller kommunala anställningsvillkor. Det primärkommunala (inkl lärare) och kyrkokommunala området (inkl präster och kyrkomusiker) omfattade 1981 c 696 000 anställda (exkl säsongsanställda). Kommunförbundet förhandlar också för vissa kommunalt ägda företag, t ex trafikföretag och renhållningsföretag. Även för dessa företag gäller Miljö 81. Därtill finns kommunalt ägda företag som förhandlar enskilt och som också omfattas av detta avtal. Sammantaget omfattas c 25 000 anställda i kommunalt ägda företag av Miljö 81. I övriga fall gäller för kommunala företag vanligtvis avtal på den privata sidan.

□ Landstingsförbundet.

Landstingsförbundet omfattas också av det ovan nämnda arbetsmiljöavtalet Miljö 81. Landstingsförbundet är förhandlingsorganisation för 23 landsting. Det landstingskommunala området omfattade 1981 c 383 000 anställda. Huvudavtalet på landstingsområdet gäller också för landstingsägda aktiebolag med sammanlagt c 700 anställda.

□ Statens arbetsgivarverk (SAV).

Mellan SAV och SF, TCO-S och SACO/SR gäller avtal om statlig företagshälsovård slutet 1979-09-05, jämte stadgar och arbetsordning för stiftelsen Statshälsan. SAV företräder staten vid förhandlingar med de centrala arbetstagarorganisationerna. Verkets förhandlingar omfattar också kommunalt anställda lärare, präster och kyrkomusiker med statligt reglerade tjänster. Inom SAV:s område ligger vidare vissa andra icke-statliga tjänstemän vid t ex försäkringskassan och vissa kulturella stiftelser. Totalt c 435 000 anställda (exkl lärare, präster, kyrkomusiker med primär- respektive kyrkokommunal anställning samt tjänstemän vid försäkringskassorna) omfattades 1981 av de statliga avtalen. För c 420 000 anställda inom det statliga förhandlingsområdet gällde 1979 års avtal om statlig företagshälsovård m m. De grupper som inte täcks av företagshälsovårdsavtalet är beredskapsarbetare och vissa skogstjänstemän.

□ Försäkringskasseförbundet.

Mellan förbundet och dess motparter gäller avtal om företagshälsovård som anknyter till en äldre överenskommelse för det statliga området (1976-05-10). Förbundets medlemmar är de 26 allmänna försäkringskassorna. Antalet anställda vid kassorna 1981 var drygt 22 000.

4.2.3 Hängavtal m m

Inom det privata näringslivet finns vissa mindre arbetsgivarföreningar som inte ingår i SAF och som tecknar egna kollektivavtal med sina motparter. Vanligen representerar dessa föreningar småindustri, handel och hantverk.

De största är Svensk Industriförening, Svenska Frisörföreningen, Sveriges Skorstensfejaremästares Riksförbund och Svenska Restauratörförbundets Arbetsgivareförening. Kollektivavtal slutna mellan dessa organisationer och arbetstagarparterna omfattar c 12 000 anställda. Två av föreningarna har kollektivavtal med arbetsmiljöavtal och riktlinjer för företagshälsovård. De omfattar 6 600 anställda.

Arbetsgivare som inte tillhör någon arbetsgivareorganisation kan teckna s k hängavtal med de anställdas fackliga organisationer. Ett hängavtal är ett kollektivavtal som hänvisar till gällande riksavtal för branschen. Inom LO-området är det regel att hängavtalen innehåller klausuler om att centrala arbetsmiljöavtal och andra trygghetsavtal skall tillämpas. Därigenom blir ett stort antal icke organiserade arbetsgivare också bundna till centrala överenskommelser om företagshälsovård.

Tabell 4.1 Antal tjänstemän med hängavtal 1981

Förbund	Antal tjänstemän	
	med hängavtal	varav med avtal om företagshälsovård
SIF och CF	20 000	13 000
HTF	7 700	0
SALF	570	0
Övriga inom PTK	400	300[a]
Summa	28 670	13 300

[a] Avser i huvudsak Svenska Journalistförbundet.

Hängavtalen på LO-området omfattar c 60 000 företag och 216 000 organiserade arbetare enligt LO-statistik för 1980. De berör huvudsakligen förbunden på den privata sektorn. Svenska kommunalarbetareförbundet saknar hängavtal med några i detta sammanhang försumbara undantag. Statsanställdas förbund har visserligen hängavtal men de avser vissa icke offentliga arbetsgivare (Sveabund).

På tjänstemannasidan inom den privata sektorn är bilden mer splittrad vad gäller hängavtalens knytning till överenskommelser om företagshälsovård. De uppgifter utredningen kunnat inhämta framgår av tabell 4.1 ovan.

Man kan således räkna med att c 230 000 organiserade arbetare och tjänstemän omfattas av hängavtal med överenskommelser om företagshälsovård. I praktiken blir det dock fler eftersom även oorganiserade anställda i företag med hängavtal kommer att beröras av de träffade avtalen. Om man räknar med att 10 procent av arbetarna och 30 procent av tjänstemännen är oorganiserade (siffrorna varierar enligt gjorda undersökningar avsevärt från bransch till bransch) kan ytterligare c 30 000 beräknas ingå, d v s 260 000 anställda totalt.

4.2.4 Hur många omfattas av avtal om företagshälsovård?

Med ledning av de tidigare redovisade siffrorna kan man räkna med att totalt c 1 940 000 inom den privata sektorn och c 1 520 000 inom den offentliga sektorn omfattades av överenskommelser om företagshälsovård 1981. I tabellerna 4.2 och 4.3 redovisas antalet berörda anställda.

Arbetsmiljöavtalens täckning måste anses vara mycket hög. Sammanställningarna visar att man inom det kollektivavtalsbundna området med få undantag också har arbetsmiljöavtal och därmed överenskommelse om företagshälsovård. Totalt är det inte mer än drygt 50 000 anställda med kollektivavtal som inte omfattas av arbetsmiljöavtal (under förutsättning att hängavtalen på LO-området i full utsträckning anknyter till den centrala överenskommelsen om företagshälsovård).

Också täckningen med hänsyn till det totala antalet anställda inom respektive sektor är hög. Detta framgår av tabell 4.4 där jämförelse görs med arbetskraftsundersökningarna för 1981 (AKU årsmedeltal).

Tabell 4.2 Antal anställda inom den privata sektorn som omfattades av arbetsmiljöavtal med överenskommelse om företagshälsovård 1981

Organisation m m	Antal anställda	
Svenska Arbetsgivareföreningen	1 309 000	
Bankinstitutens Arbetsgivareorganisation	50 000	
Tidningarnas Arbetsgivareförening	24 500	15 000[a]
Fastigheternas Förhandlingsorganisation	20 000	
SFO	110 000	
Kooperationens Förhandlingsorganisation	100 000	
Sveriges kooperativa och allmännyttiga bostadsföretags förhandlingsorganisation	35 000	
Folketshusrörelsens Förhandlingsorganisation	2 650	
Folkparkernas Centralorganisation	600	400[a]
Andra mindre arbetsgivareorganisationer	6 600	5 400[a]
Privata företag omfattade av Miljö 81	25 700	
Hängavtal	260 000	22 000[a]
Totalt	1 944 050	42 800[a]

[a] Avser anställda med kollektivavtal utan överenskommelse om företagshälsovård.

Tabell 4.3 Antal anställda inom den offentliga sektorn som omfattades av arbetsmiljöavtal med överenskommelse om företagshälsovård 1981

Organisation m m	Antal anställda	
Svenska kommunförbundet	696 000	
Landstingsförbundet	383 000	
Statens arbetsgivarverk	420 000	15 000[a]
Försäkringskasseförbundet	22 180	
Totalt	1 521 180	15 000[a]

[a] Avser anställda med kollektivavtal utan överenskommelse om företagshälsovård.

Tabell 4.4 Andel anställda med arbetsmiljöavtal 1981

	Antal anställda		
	med avtal om företagshälsovård	totalt	Andel med avtal (procent)
Privata sektorn	1 944 000	2 339 000	83
Offentliga sektorn	1 521 200	1 550 600	98
Summa	3 465 200	3 889 600	89

Inom den offentliga sektorn är täckningen således närmast total. Den enda grupp av betydelse som står utanför är statligt anställda beredskapsarbetare. Också på den privata sektorn är täckningen procentuellt sett hög men antalet anställda som står utan avtal om företagshälsovård var trots det ganska betydande, c 400 000 personer 1981.

4.2.5 Vilka saknar avtal om företagshälsovård?

Med hänsyn till förutsättningarna för en fortsatt utbyggnad av företagshälsovården är den del av arbetsmarknaden som saknar avtal om företagshälsovård särskilt intressant. Av sammanställningen framgår att man på den offentliga sektorn uppnått heltäckning frånsett några numerärt sett obetydliga grupper, bl a beredskapsarbetare. Dessa har dock kollektivavtal som reglerar de allmänna anställningsvillkoren.

Det är därför främst förhållandena på den privata sektorn som i detta sammanhang tilldrar sig intresset. Sammanställningen visar att c 400 000 privat anställda inte täcks av avtal om företagshälsovård. Av dessa har c 50 000 kollektivavtal men saknar överenskommelse om företagshälsovård. De återstående, c 350 000 är således sådana anställda som helt saknar kollektivavtal. Ingående undersökningar av det avtalslösa området saknas till stor del. Den kanske mest fullständiga kartläggningen av kollektivavtalens täckning som gjorts är den statliga anställningsskyddskommitténs enkätundersökning från 1977 om tillämpningen av lagen om anställningsskydd, publicerad i Ds A 1980:2.

Av den undersökningen framgår att minst 230 000 anställda saknade kollektivavtal 1977. Av dessa var 87 000 arbetare och 143 000 tjänstemän inom 36 500 respektive 38 900 företag (arbetsställen). Man konstaterar dock att de angivna siffrorna, som bygger på enkätsvar, med all sannolikhet var för låga. Genom kompletterande beräkningar uppskattades det verkliga antalet anställda utan kollektivavtal till närmare 500 000, vilket ganska väl överensstämmer med företagshälsovårdsutredningens bedömning.

I den nämnda undersökningen belyses också de avtalslösa företagens storlek och branschtillhörighet. Man finner här att de avtalslösa företagen genomgående är små. Bland företag som saknar kollektivavtal för arbetare var 90 procent företag med färre än tio årsanställda (80 procent för tjänstemän). Detta innebär att mellan 30 och 50 procent av småföretagen (med färre än 10 årsanställda) saknade kollektivavtal. Beträffande branschtillhörigheten kunde inga skillnader utläsas. Avsaknad av kollektivavtal är således inte ett förhållande som kan sägas vara specifikt för någon eller några särskilda branscher. Förhållandena i småföretagen beskrivs närmare i bilaga 3.

De egna företagarna är ytterligare en grupp som av naturliga skäl står utan avtal om företagshälsovård. 1981 fanns det totalt c 315 000 företagare och medhjälpare. Av dessa var c 65 000 företagare med anställda, c 250 000 företagare utan anställda samt ca 20 000 medhjälpare, främst familjemedlemmar, inom jordbruket.

4.3 Avtalens innehåll

4.3.1 Företagshälsovårdens mål och innehåll i stort

I följande avsnitt beskrivs och jämförs de nu gällande avtalen om företagshälsovård på det privata, kommunala respektive statliga området. Som utgångspunkt för beskrivningen av det privata området tas 1976 års arbetsmiljöavtal mellan SAF, LO och PTK. Övriga privata avtal är i allt väsentligt likalydande med 1976 års avtal. För närvarande är 1976 års avtal mellan SAF, LO och PTK under revidering. Det reviderade avtalet väntas inte komma att innebära några förändringar vad gäller företagshälsovårdens mål och innehåll i stort. De kompletteringar och preciseringar av avtalet som diskuteras avser i huvudsak företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter, åtgärder för central och regional planering av utbyggnaden samt differentiering av företagshälsovården med hänsyn till behoven.

I de *privata* avtalen sammanfattas företagshälsovårdens uppgifter i stort på följande sätt:

> Företagshälsovården – såväl dess medicinska som dess tekniska del – är en rådgivande expertfunktion. Den skall ta initiativ när det gäller företagshälsovård och arbetarskydd, göra utredningar och på alla sätt medverka att ta fram underlag för de beslut som krävs för arbetsmiljö- och anpassningsfrämjande åtgärder i företaget.
>
> Företagshälsovårdens uppgift är att följa de förhållanden som kan påverka de anställdas hälsotillstånd och arbetsanpassning, att ge härav föranledda råd samt att medverka till att arbetstagarnas hälsa skyddas och att dessa erhåller så lämpligt arbete som möjligt.
>
> Företagshälsovården skall även samverka med samhälleliga myndigheter och organ . . .

I samma avtal gör man också följande markering vad gäller bl a verksamhetens inriktning:

> Företagshälsovården skall bestå av en medicinsk och en teknisk del. Den är till sin karaktär väsentligen förebyggande. Utbyggnad till alla arbetsplatser i landet bör ske inom ramen för frivilliga överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter.

I det *kommunala* avtalet formulerar man företagshälsovårdens inriktning på följande sätt:

> Företagshälsovården syftar till att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Företagshälsovården skall vara tekniskt, medicinskt och psykosocialt förebyggande samt rehabiliterande.

Vidare anges att företagshälsovården, som del av personalpolitiken och personaladministrationen, inom följande områden skall svara för erforderlig sakkunskap vid arbetsmiljöns utformning.

- arbetsanpassning
- arbetshygien
- ergonomi
- rehabilitering
- sjukvård

- arbetsskador
- psykiska och sociala effekter

I det *statliga* avtalet sägs följande om företagshälsovårdens inriktning:

Verksamheten inom företagshälsovården är ett led i den verksamhet hos de statliga myndigheterna som syftar till att skapa en god arbetsmiljö.

Företagshälsovården inom det statliga området skall . . . inriktas på att skydda arbetstagarna mot hälso- och skaderisker för vilka de kan bli utsatta till följd av sitt arbete eller de förhållanden under vilket detta utföres samt att medverka till att arbetet anpassas till arbetstagarnas arbetsförmåga.

Som framgår slår man i samtliga avtal fast att företagshälsovårdens huvuduppgift är att vara förebyggande. De skillnader som finns vad gäller inriktningen av det förebyggande arbetet och som redovisas mer detaljerat i nästa avsnitt, gäller främst sjukvården samt de statliga och kommunala avtalens kraftigare markering av psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor. I det reviderade privata avtalet väntas dock företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter bli ytterligare markerade.

4.3.2 Företagshälsovårdens arbetsuppgifter enligt avtalen

Företagshälsovårdens uppgifter är ganska konkret beskrivna i de olika avtalen. Däremot är avtalen olika disponerade, vilket gör det svårt att direkt jämföra innehållen. För att underlätta jämförelser delas arbetsuppgifterna i redovisningen upp i följande huvudmoment.

A. Förebyggande uppgifter i samband med planering av nya processer, arbetsmetoder och lokaler eller andra förändringar av verksamheten.
B. Verksamhet för att kartlägga arbetsförhållanden och spåra samband mellan arbetsmiljö och ohälsa och för att undanröja risker.
C. Det löpande skyddsarbetet.
D. Anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.
E. Sjukvård.

Av sammanställningen på följande sidor framgår de olika avtalens formuleringar om uppgifterna i dessa huvudmoment. Sammanfattningsvis kan följande noteras vid jämförelsen.

Förebyggande verksamhet i planeringsskedet (moment A) finns med i samtliga avtal. Några större skillnader märks inte även om det kommunala och det statliga avtalet mer uttalat än de andra pekar på psykologiska och sociala aspekter vid planeringen. I det reviderade privata avtalet väntas dock, som tidigare nämnts, dessa aspekter bli ytterligare markerade. På ytterligare ett område har det statliga avtalet en särskild tyngd, nämligen arbetsförhållandena för arbetshandikappade.

Moment B som avser *kartläggning av arbetsmiljön och åtgärder för att undanröja risker* behandlas utförligt i samtliga avtal. Uttryckssätten varierar men det framgår att man tänker sig kartläggningar och åtgärder med hänsyn till alla aspekter på arbetsmiljön. Också här har de statliga och kommunala avtalen mer än de privata lyft fram psykologiska och sociala frågor.

I avtalen nämns vilka typer av undersökningar som skall göras, t ex

Sammanställning över företagshälsovårdens uppgifter enligt arbetsmiljöavtalen

Huvudmoment		Avtalsområde		
		Privat[a]	Kommunal	Statlig
A.	Förebyggande uppgifter i samband med planering av nya processer, arbetsmetoder och lokaler eller andra förändringar av verksamheten.	*Att* medverka med expertsynpunkter vid inköp, ombyggnad och nyplanering samt medverka med synpunkter i företagets personalplanering.	*Att* medverka vid planering och genomförande av förändringar i arbetsmiljön. *Att* förebygga arbetsskador och yrkesbetingade sjukdomar såväl fysiska som psykiska.	*Att* biträda myndighet vid planering avseende nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser eller arbetsmetoder och därvid verka för att sådana förhållanden beaktas som är av betydelse för skyddet mot ohälsa och olycksfall. Företagshälsovården har att i samband med sådan planering verka för – att arbetslokaler, anordningar, arbetsprocesser och arbetsmetoder anpassas till arbetstagarnas fysiska och psykiska förutsättningar, varvid särskild uppmärksamhet bör ägnas åt arbetsförhållandena för arbetshandikappade, – att arbetsmiljön utformas med beaktande av psykologiska, sociala och medicinska samt säkerhetsmässiga aspekter.
B	Verksamhet för att kartlägga arbetsförhållanden och spåra samband mellan arbetsmiljö och ohälsa och för att undanröja risker.	*Att* kartlägga rådande arbetsmiljöförhållanden genom provtagning, analys och utvärdering samt att medverka i utarbetandet av eliminationstekniska åtgärder. *Att* kartlägga ergonomiska faktorer samt att medverka till en systematisk ergonomisk planering. *Att* genom systematiska hälsoundersökningar spåra eventuell påverkan av arbetsmiljöfaktorer hos de anställda.	*Att* utföra och medverka till tekniska analyser av kemiska, fysikaliska och biologiska faktorer, som kan vålla arbetsskador, erforderliga mätningar av t ex buller och luftföroreningar samt analyser av arbetsplatser med hänsyn till ergonomiska, psykiska och sociala faktorer i arbetsmiljön. *Att* följa upp hälsotillståndet bland de anställda och föreslå nödvändiga åtgärder.	*Att* på lämpligt sätt följa hälsotillståndet bland de anställda. *Att* genomföra hälsoundersökningar som omfattar arbetstagare som är eller befaras vara utsatta för speciella risker i arbetet. *Att* kartlägga eller låta kartlägga den arbetshygieniska situationen på arbetsplatserna. *Att* analysera arbetsplatsers och arbetsmetoders utformning med hänsyn till ergonomiska, psykologiska och andra anpassningssynpunkter. *Att* ge råd avseende åtgärder som syftar till att söka avveckla psykiska,

				medicinska och sociala problem sammanhängande med arbetsmiljön.
C.	Det löpande skyddsarbetet.	*Att* medverka i det lokala skyddsarbetet bl a genom återkommande skyddsronder, rapportering till skyddskommitté samt att i förekommande fall bistå skyddskommitté och skyddsombud med råd och anvisningar för att motverka arbetsskador och främja de anställdas hälsa och välbefinnande. *Att* organisera första hjälpen vid plötslig sjukdom och olycksfall. *Att* medverka i utbildningsverksamheten. *Att* genom olika former av hälsouppföljning medverka till en riktig arbetsplacering.	*Att* medverka i det lokala skyddsarbetet. *Att* biträda skyddskommitté och skyddsombud med råd och anvisningar. *Att* ge råd i hälsofrågor såsom kost, alkohol, rökning och motion. *Att* medverka i fortlöpande utformning av arbetsmiljön. *Att* vid behov medverka vid planering och genomförande av information och utbildning i arbetsmiljöfrågor. *Att* genomföra hälsoundersökningar vid nyanställning. *Att* medverka i utredningar vid arbetsolycksfall, tillbud och arbetssjukdomar. *Att* medverka vid organiserandet av första hjälpen. *Att* utföra eller organisera vaccinationer.	*Att,* då det bedöms vara ändamålsenligt, genomföra undersökning av personal som avses placeras på tjänst vars innehavare måste uppfylla särskilda krav på t ex synskärpa, färgseende, kroppskonstitution, hörsel eller andra likartade krav. *Att* medverka vid utbildning och information som är av betydelse för skyddet mot ohälsa och olycksfall. *Att* ge råd vid anskaffning av skyddsanordningar och personlig skyddsutrustning. *Att* ombesörja kollektiv vaccination. *Att* i övrigt ge råd vid utformning av alternativa skyddsanordningar. *Att* medverka i myndighets utredningar vid olycksfall, tillbud eller arbetsskador. *Att* verka för att första hjälpen vid sjuk- eller olycksfall på arbetsplatsen organiseras på ett ändamålsenligt sätt.
D.	Anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.	*Att* vid ohälsa och sviktande arbetsförmåga medverka till snabb och ändamålsenlig rehabilitering. *Att* genom systematiska analyser av arbetskrav och arbetsförutsättningar ge underlag för successiv förbättring av den enskildes arbetsmiljö.	*Att* ge råd vid omplacering av arbetstagare samt verka för lämpliga åtgärder för rehabilitering av arbetstagare.	*Att* ge råd vid byte av arbete eller då ändring i arbetsförhållandena i övrigt av olika skäl bör vidtas för viss arbetstagare. *Att* genomföra rehabiliterings-, tjänstbarhets- och andra utredningar. *Att* verka för att myndighet vidtar lämpliga åtgärder för att underlätta för arbetstagare att återgå i arbete och biträda myndighet vid genomförandet av sådana åtgärder. *Att* meddela sådan sjukvård som innebär uppföljning av arbetstagarens hälsotillstånd.

Huvudmoment	Avtalsområde		
	Privat[a]	Kommunal	Statlig
E. Sjukvård.	*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 utan sjukskrivning eller där företagshälsovårdens särskilda kännedom om arbetsmiljö och arbetsuppgifter kan verksamt bidra till ett gott behandlingsresultat.	*Att* där så överenskommelse träffas om att utöva sjukvård, principen om fritt läkarval skall gälla samt i första hand vård bör ges där företagshälsovårdens särskilda kännedom om arbetsmiljö och arbetsuppgifter kan verksamt bidra till ett gott behandlingsresultat.	Företagshälsovården skall inte innefatta sådan sjukvård som kan eller bör ombesörjas av samhället eller av läkare anslutna till försäkringssystemet. Den sjukvård som bedrivs bör vara arbetsrelaterad. Den skall ingå som ett led i verksamheten och syfta till att ge underlag för konstateranden av hälsoriskernas ursprung och konsekvenser för arbetstagarnas fysiska och psykiska hälsa. I övrigt skall sjukvård där så är lämpligt bedrivas vid akuta sjukdoms- eller olycksfall på arbetsplatsen.

[a] Avser 1976 års arbetsmiljöavtal mellan SAF, LO och PTK. Övriga arbetsmiljöavtal på den privata sidan överensstämmer i allt väsentligt med detta avtal. I några fall kan finnas vissa branschmässiga anpassningar.

yrkeshygieniska mätningar, ergonomiska undersökningar och analyser av arbetsförhållandena i övrigt. Också uppföljning av hälsotillståndet bland de anställda t ex genom hälsoundersökningar för att spåra och kontrollera hälsorisker, bör enligt avtalen ingå i företagshälsovårdens arbete.

I det *löpande skyddsarbetet* (moment C) bör enligt avtalen bl a ingå

- rådgivning i arbetsmiljö- och skyddsfrågor,
- utbildnings- och informationsverksamhet,
- utredningar av arbetsskador och tillbud,
- organisering av första hjälpen,
- nyanställningsundersökningar.

Avtalen på den privata och kommunala sidan nämner här också särskilt företagshälsovårdens medverkan i det lokala skyddsarbetet, deltagande i skyddsronder samt rådgivning och rapportering till skyddskommitté.

Samtliga avtal tar upp företagshälsovårdens uppgifter med *anpassningsverksamhet och rehabilitering* (moment D). Några väsentliga skillnader i inställning i de olika avtalen finns inte. Sådan verksamhet kan bestå av åtgärder för att anpassa arbete och arbetsplats till den enskildes förutsättningar liksom att på andra sätt förbättra den enskildes förutsättningar att klara sitt arbete. Möjligen ger det statliga avtalet ett mer aktivt intryck bl a med hänsyn till att man understryker att företagshälsovården skall ägna arbetsförhållandena för arbetshandikappade särskild uppmärksamhet (moment A).

Sjukvården (moment E) är den punkt där avtalen skiljer sig mest. De privata och kommunala avtalen anger att sjukvård skall utövas om man är överens om det men att den i första hand skall ges där företagshälsovårdens särskilda kännedom om arbetsmiljö och arbetsuppgifter kan bidra till ett gott behandlingsresultat. I sjukvården skall hälsoproblem orsakade av brister i arbetsmiljön särskilt uppmärksammas. I det statliga avtalet heter det däremot att företagshälsovården inte skall innefatta sådan sjukvård som normalt ligger på samhällets primärvård. Den sjukvård som bedrivs bör vara arbetsrelaterad och vara ett medel för att spåra hälsorisker i arbetet.

4.3.3 Företagshälsovårdens organisation och utbyggnad enligt avtalen

I avtalen på den privata sidan anges att företagshälsovården kan organiseras enligt i princip följande alternativ.

1 Stora företag bör inrätta i företaget inbyggd företagshälsovård.
2 Små och medelstora företag bör ansluta sig till företagshälsovårdscentral som inrättas av företagen.
3 För vissa branscher kan s k branschhälsovård inrättas.

Därutöver anges som ett fjärde alternativ företagshälsovård bedriven i landstingsregi, särskilt för små och spridda företag.

Förutsättningarna för val av de olika alternativen preciseras enligt följande:

Det första alternativet för företagshälsovård skall tillämpas vid företag som har så många anställda att de kan ge full arbetsuppgift för heltidsanställd företagsläkare och skyddsingenjör. Företag med omkring 2 000 anställda utgör regelmässigt tillräckligt underlag för denna modell. Vid företag med många och omfattande yrkesrisker eller med andra särskilda uppgifter för företagshälsovården bör gränsen sättas lägre – ned mot 1 500 anställda.

Mindre företag har oftast ej möjligheter att själva inrätta företagshälsovård. Sådana företag bör söka gemensamt bilda företagshälsovårdscentral.

Om företag, som har sådan geografisk belägenhet att de kan samverka i en företagshälsovårdscentral, tillsammans har ca 1 500 anställda föreligger förutsättningar för att bilda en central med heltidsanställd företagsläkare och skyddsingenjör. Att företagen tillhör olika branscher utgör härvidlag inget hinder. Företagen bör i fråga om bildande av företagshälsovårdscentral samverka med andra arbetsgivare, t ex stat och kommun, inom det aktuella området. Vid bildande av företagshälsovårdscentral skall man redan från början sträva efter att samtliga företag inom området ansluter sig.

För vissa branscher med geografiskt spridda, små eller tillfälliga arbetsställen, kan det vara lämpligt att inrätta företagshälsovård i form av s k branschhälsovård. En sådan kan organiseras t ex genom regionvis inrättade företagshälsovårdscentraler med rörliga enheter. Härutöver krävs en central instans med uppgift att planera verksamheten m m.

De nu nämnda modellerna för företagshälsovård skall i första hand eftersträvas. De innebär en företagsanpassad och från samverkans- och kvalitetssynpunkt effektiv företagshälsovård.

Små och spridda företag som ej har möjligheter att i samverkan med andra ordna företagshälsovård beräknas kunna erbjudas företagshälsovård inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården enligt de principer som uttrycks i 1971 års riksdagsbeslut.

Parterna är överens om att verka för att sådan av landstingen driven företagshälsovård skall ha samma inriktning och samma kvalitetsmässiga standard som övrig företagshälsovård. Ett direkt inflytande över verksamheten måste tillförsäkras såväl företagen som deras anställda.

Parterna är överens om att sådan samverkan mellan parternas och landstingens planering skall äga rum att bästa möjliga form för etablerande av företagshälsovård inom visst område uppnås.

På de landstings- och primärkommunala områdena kan företagshälsovården organiseras på två sätt.

1 Inbyggd företagshälsovård
2 Företagshälsovårdscentral

Enligt avtalet beräknas underlag för inbyggd företagshälsovård i kommunens regi finnas om antalet anställda överstiger 1 500 personer. Är underlaget mindre eller om det av andra skäl inte går att inrätta en inbyggd företagshälsovård bör kommunen ta initiativ till att undersöka förutsättningarna för att tillsammans med bl a företagen inom kommunen upprätta en gemensam företagshälsovårdscentral.

På det statliga området finns en central organisation, Stiftelsen Statshälsan, som har till uppgift att själv eller genom andra bedriva företagshälsovård för de anställda hos staten.

Verksamheten skall bedrivas sammanhållet vid s k servicecentraler och lokala företagshälsovårdscentraler. Servicecentraler är företagshälsovårdscentraler som utöver de vanliga uppgifterna har att medverka när nya

centraler skall organiseras. Underlaget för en central är i normalfallet 2 000–2 500 anställda. På orter där underlaget inte räcker till för en egen central skall Statshälsan söka samarbete med andra intressenter för att starta en gemensam verksamhet på orten. Därvid gäller följande prioriteringsordning för samarbete.

- I första hand med kommun och landsting.
- I andra hand med blandade centraler, där kommun eller landsting ingår tillsammans med privata företag.
- I tredje hand med centraler med enbart privata företag.

Från Statshälsans sida finns dessutom en uttalad ambition att inte undandra det egna underlaget på en ort om man därigenom skulle riskera att omöjliggöra en utbyggnad för andra på orten.

Som framgår har de privata och kommunala avtalen samma huvudprincip för företagshälsovårdens organisation. Är underlaget tillräckligt skall företaget (eller kommunen) inrätta egen inbyggd företagshälsovård. Enligt de kommunala avtalen bör den inbyggda företagshälsovården därvid också kunna omfatta kommunala bolag och stiftelser. I annat fall skall företaget (kommunen) söka samarbete med andra företag (motsv) på orten för att bilda en gemensam central. På den statliga sidan skall Statshälsan bygga upp egna centraler på orter där man har eget underlag med hänsynstagande till behoven av samordning med andra intressenter samt på övriga ställen söka samarbete med kommunen eller landsting eller med befintliga centraler.

De privata avtalen ger i vissa fall också möjlighet till branschutbyggnad av företagshälsovården. Detta kräver dock en central insats för samordning m m.

I de privata avtalen finns även ett alternativ med landstingsdriven extern företagshälsovård särskilt för små och spridda företag som saknar möjlighet att ordna anslutning på annat sätt.

Beträffande takten i utbyggnaden anges i avtalen på den privata sidan att företagen skall inrätta företagshälsovård så snabbt som den allmänna tillväxten av resurser på hälsovårdens område tillåter. Vissa prioriteringar och reservationer anges:

Utbyggnaden av företagshälsovårdens medicinska del skall enligt principer som fastställts av samhället ske i en sådan takt att hänsyn tas till hälso- och sjukvårdens samfällda resursbehov. Socialstyrelsen fastställer från tid till annan den kvot av läkare som får tillgång till utbildningsplatser för företagsläkare enligt de principer för sådan utbildning som fastställts av samhället.

Utbyggnaden av företagshälsovårdens tekniska del bör ges hög prioritet inom företagen. Om medicinsk företagshälsovård inrättas bör den tekniska delen byggas ut samtidigt. Resursbrist på det medicinska området får ej utgöra hinder för utbyggnad av den tekniska företagshälsovården i företagen.

På den kommunala sidan görs följande markering:

Beträffande inrättande och utveckling gäller att detta bör ske i takt med att resurser kan ställas till förfogande. I första hand bör därvid hänsyn tas till tillgängliga personalresurser. Bristande tillgång på medicinsk personal är inget hinder för inrättande av teknisk och/eller psykosocial företagshälsovård.

Utbyggnaden av Statshälsans verksamhet sker genom central samordning. Enligt Statshälsans nuvarande planering skall företagshälsovård för samtliga statliga anställda uppnås under budgetåret 1986/87.

Det finns således principiellt viktiga skillnader mellan formerna för utbyggnaden på den privata och den kommunala sektorn jämfört med den statliga. I det senare fallet finns en central organisation och planering för utbyggnaden med fastlagd tidsram. Företag, kommuner och landsting däremot är i detta avseende suveräna enheter där ansvaret för utbyggnaden vilar lokalt på parterna enligt avtalen. Bygghälsan och Lantbrukshälsan är undantag. De är i princip uppbyggda på samma sätt som Statshälsan.

4.3.4 Företagshälsovårdens personal och interna organisation enligt avtalen

Arbetsmiljöavtalen och riktlinjerna om företagshälsovård saknar detaljerade anvisningar om personal och intern organisation av företagshälsovården.

I avtalen inom den privata sektorn beskrivs företagshälsovården som medicinsk och teknisk del under ledning av specialutbildad läkare respektive specialutbildad skyddsingenjör. De båda delarna är sidoordnade och bör helst inordnas under gemensam ledning. I förslaget till reviderat avtal nämns i detta sammanhang medicinsk, teknisk och psykosocial verksamhet.

Det kommunala avtalet saknar särskild beskrivning beträffande personalen. I avtalet understryks att det kan vara lämpligt att lägga samordningen av företagshälsovårdens verksamhet under en administrativ ledningsfunktion.

På den statliga sidan skall arbetsuppgifterna inom företagshälsovården fördelas på en medicinsk, en teknisk och en psykosocial funktion och skall fullgöras i nära samverkan mellan dessa funktioner. Verksamheten vid centralerna skall sammanhållas inom en organisatorisk enhet. Vilken personal skall svara för funktionerna har för Statshälsans del preciserats i andra sammanhang.

4.4 Något om de organisatoriska formerna för företagshälsovård i dag

4.4.1 Översikt

Vid utgången av 1981 fanns det drygt 700 företagshälsovårdsenheter i landet med medicinsk och teknisk verksamhet. Enheterna var i huvudsak organiserade enligt de alternativ avtalen anger, d v s som inbyggd företagshälsovård, företagshälsovårdscentraler och branschhälsovård samt som landstingsdriven extern företagshälsovård. Fördelningen på de skilda organisationsformerna framgår av tabell 4.5, som bygger på uppgifter som arbetarskyddsstyrelsen inhämtat från yrkesinspektionen.

Under senare tid är det få, om ens några, nya inbyggda företagshälsovårdsenheter som tillkommit. Anledningen härtill är att de flesta större företag,

Tabell 4.5 Företagshälsovårdsenheter med medicinsk och teknisk verksamhet fördelade efter organisatorisk form i december 1981

Organisatorisk form	Antal enheter
Inbyggd företagshälsovård	312
Företagshälsovårdscentral	284
Branschhälsovård	55
Landstingsdriven extern företagshälsovård samt enheter som inte kan inordnas under övriga rubriker	50

landsting, kommuner samt statliga verk och myndigheter med tillräckligt underlag för en egen inbyggd företagshälsovård redan anordnat sådan företagshälsovård. Enligt en tidigare undersökning har t ex samtliga företag med över 1 000 anställda företagshälsovård. För närvarande är det främst blandade företagshälsovårdscentraler och Statshälsans hälsocentraler som byggs ut. Mellan 30 och 40 centraler kommer till per år. Bland branschanknuten företagshälsovård dominerar Bygghälsan som har en rikstäckande verksamhet. På senare år har några andra, huvudsakligen lokalt bildade, branschinriktade centraler tillkommit. I det följande redovisas de olika organisationsformerna något utförligare. De uppgifter som anges om antal företagshälsovårdscentraler m m avser i allmänhet läget våren 1982.

4.4.2 Inbyggd företagshälsovård

Med inbyggd företagshälsovård menas att företagshälsovården är knuten till ett enda större företag, landsting, kommun eller statlig förvaltning. Verksamheten bestäms av en central skyddskommitté alternativt arbetsmiljökommitté i enlighet med gällande arbetsmiljöavtal. Kommittén består av arbetsgivar- och arbetstagarrepresentanter, där arbetstagarsidan har majoritet.

Enligt avtalen på den privata respektive kommunala sektorn skall egen inbyggd företagshälsovård anordnas om underlaget är tillräckligt. Som tillräckligt underlag betecknas i avtalet mellan SAF, LO och PTK 2 000 anställda i vissa fall ner till 1 500 anställda. Enligt det kommunala avtalet beräknas underlag finnas om antalet anställda överstiger 1 500.

För närvarande har närmare 200 SAF-företag egen inbyggd företagshälsovård. De flesta större primärkommuner (över 50 000 innevånare) har inbyggd företagshälsovård. I andra fall samverkar man med företag på orten i företagshälsovårdscentraler och i några fall med landstinget. Landstingen har i regel inbyggd företagshälsovård för sin personal men det förekommer också att man låter ansluta vissa verksamhetsdelar till företagshälsovårdscentraler.

Man kan inte räkna med att antalet inbyggda företagshälsovårdsenheter kommer att öka nämnvärt i framtiden. De flesta stora företag (motsv) med underlag för en inbyggd företagshälsovård har redan företagshälsovård och den fortsatta utbyggnaden gäller de små och medelstora företagen. Vad som kan noteras är att de inbyggda enheterna i vissa fall också ger service åt externa företag. Detta förekommer såväl inom privata företag som inom

kommuner och landsting. Särskilt inom landstingen har man utvecklat former för sådan extern verksamhet baserad antingen på egna befintliga resurser eller på en för ändamålet särskilt uppbyggd organisation. Detta beskrivs närmare i avsnitt 4.4.5.

4.4.3 Företagshälsovårdscentraler

Företagshälsovårdscentraler inrättas gemensamt av små och medelstora företag (motsv) som saknar möjlighet att ordna egen företagshälsovård. I regel bildar intressenterna en ideell förening eller stiftelse som via ett aktiebolag driver företagshälsovårdscentralen. I bolagets styrelse har arbetsgivarsidan majoritet. Som ledningsorgan under centralens styrelse fungerar en företagshälsovårdskommitté med arbetstagarmajoritet. Enligt avtalet mellan SAF, LO och PTK skall kommittén ge rekommendationer om företagshälsovårdens organisation, verksamhet, inriktning och utveckling, följa upp den praktiska verksamheten och medverka vid anställande av personal m m. Den administrativa ledningen av centralen handhas av bolagets VD som ofta är deltidsengagerad för uppgiften och som i regel kommer från något av medlemsföretagen.

En företagshälsovårdscentral kan inrymma såväl privata företag som offentliga myndigheter och förvaltningar. Närmare 10 000 privata företag är anslutna till centraler och drygt 150 av kommunerna ordnar sin företagshälsovård genom anslutning till centraler. Även statliga verk och myndigheter ansluts i många fall via Statshälsan till sådana "blandade" centraler.

Antalet företagshälsovårdscentraler var närmare 300 vid utgången av 1981 inklusive Statshälsans centraler. Under senare år har totalt mellan 30 och 40 nya centraler tillkommit varje år. Centralernas storlek kan variera starkt, från 1 000 upp till 16 000 anslutna yrkesverksamma. Den genomsnittliga storleken är c 3 000 anslutna per central.

Under senare år har särskilt utbyggnaden av företagshälsovårdscentraler för statligt anställda gått snabbt. Stiftelsen Statshälsan övertog den 1 juli 1980 de dåvarande regionala och lokala hälsorådens verksamhet. Statshälsan består av lokala hälsocentraler och regionala s k servicecentraler med kanslier vilka förutom att fungera som företagshälsovårdscentraler också medverkar vid uppbyggnaden av nya centraler i regionen och stödjer verksamheten vid de befintliga. Dessutom finns ett huvudkontor förlagt till Karlskrona. I stiftelsens styrelse ingår representanter för arbetsgivare och arbetstagare. De senare har majoritet. För varje central finns ett hälsoråd med arbetstagarmajoritet som har till uppgift att bl a styra verksamhetens inriktning. Inom varje central utses en av de anställda att vara ansvarig för driften.

Statshälsan hade vid halvårsskiftet 1982 c 225 000 anslutna, varav närmare 200 000 i egna centraler. Antalet centraler var då totalt 64 och dessutom fanns statsanställda anslutna till ytterligare 75 kommunala eller privata centraler. Utbyggnadstakten är f n 15 – 20 egna centraler per år. Enligt Statshälsans utbyggnadsplaner kommer samtliga statsanställda att ha tillgång till företagshälsovård 1986/87. På sikt kommer Statshälsan att också ta över ansvaret för den befintliga inbyggda företagshälsovården i de större statliga verken.

4.4.4 Branschhälsovård

För vissa branscher med geografiskt spridda, små eller tillfälliga arbetsställen kan det enligt SAF-, LO- och PTK-avtalet vara lämpligt att inrätta företagshälsovård i form av branchhälsovård. Denna kan organiseras t ex genom regionvis inrättade företagshälsovårdscentraler med rörliga enheter. Härutöver krävs en central instans med uppgift att planera verksamheten m m.

Denna modell har endast kommit till rikstäckande utförande i den branschanknutna företagshälsovården inom byggområdet, Bygghälsan. Detta hindrar inte att varianter förekommer inom vissa andra branscher och då ofta i form av begränsad branschanknuten företagshälsovård, omfattande en eller ett par regioner eller orter.

Bygghälsan är således unik som heltäckande branschhälsovård. Den omfattade 1982 c 180 000 anslutna personer. Verksamheten är uppdelad på tolv regioner med var sin regioncentral samt 20 undercentraler och 17 mobila enheter. Verksamheten leds från huvudkontoret i Stockholm med VD samt medicinska och tekniska ledningsfunktioner. Ekonomi-, personal- och materialadministration samt ett yrkeshygieniskt laboratorium ligger vid huvudkontoret. Förutom styrelse finns för den centrala ledningen också en företagshälsovårdskommitté bestående av arbetsgivar- och arbetstagarrepresentanter med uppgift att dra upp riktlinjerna för verksamheten. Dessutom finns inom varje region en arbetsmiljökommitté som fungerar som partssammansatt regionalt samråds- och samarbetsorgan i arbetsmiljö- och företagshälsovårdsfrågor. Till Bygghälsan är också knuten Bygghälsans Forskningsstiftelse som är placerad vid huvudkontoret.

En annan branschhälsovård med central och regional uppbyggnad är Lantbrukshälsan. Den täcker ännu, till skillnad från Bygghälsan, endast en mindre del av sin bransch. Speciellt för Lantbrukshälsan är att de anslutna till stor del är egna företagare. Verksamheten är uppdelad i fyra regioner och administreras av huvudkontoret i Stockholm. 1982 hade Lantbrukshälsan 15 egna företagshälsovårdscentraler och samarbetade med ytterligare sex andra centraler. Totalt omfattade verksamheten 10 000 yrkesverksamma, varav drygt 60 procent var egna företagare.

Lantbrukshälsans styrelse består av representanter för de olika intressenterna. I varje län finns dessutom ett förtroenderåd som fungerar som kontaktorgan för intressenterna.

Transporthälsan har en central uppbyggnad med kansli i Stockholm och med hälsovårdscentraler i Stockholm, Malmö och Göteborg samt filial i Borås. På övriga orter strävar man efter anslutning till befintliga företagshälsovårdscentraler. Sådant samarbete kommer att ske med ett hundratal centraler. Kansliet har förutom administrativ funktion även medicinsk och teknisk funktion. De senare har till uppgift att komplettera och stödja de "externa" centralerna med branschspecifika utredningar. De skall vidare till en mindre del svara för företagshälsovård där det inte går att få fram sådan genom anslutning till befintliga centraler. En annan uppgift är att bedriva forsknings- och utvecklingsverksamhet inom branschområdet. Verksamheten i de egna centralerna omfattade 9 000 anställda 1982.

Verksamheten leds av en styrelse med representanter för de berörda

intressenterna på arbetsgivar- respektive arbetstagarsidan. För ledningen av de egna centralerna kommer att inrättas partssammansatta företagshälsovårdskommittéer.

Förutom de nämnda finns branschinriktad företagshälsovård med verksamhet begränsad till någon eller några orter. Exempel är Motorhälsan, Skogshälsan, Gruvhälsan, Grafiska hälsovårdscentralen, Affärshälsan, Hotell- och Restauranghälsan och Städbranschens företagshälsovård.

4.4.5 Landstingsdriven extern företagshälsovård

I regeringens proposition 1971:23 angående vissa frågor om företagshälsovård m m angavs bl a att den allmänna hälso- och sjukvården i vissa fall skulle kunna medverka till att företagshälsovård kom till för andra än landstingens (motsv) anställda. Detta skulle ses som en komplettering till den inbyggda företagshälsovården för stora företag, branschhälsovården och företagshälsovård i företagshälsovårdscentraler, där skilda intressenter samverkar. Målgrupp för landstingens engagemang får förutsättas vara de som inte på annat sätt kan få sin företagshälsovård, d v s i första hand små och spridda företag.

Många landsting har engagerat sig i extern företagshälsovård som ett led i det förebyggande hälsovårdsarbetet. Avsikten har också varit att få ett rationellt utnyttjande av landstingens medicinska resurser, såväl personal som lokaler och utrustning. Enligt en enkät utredningen gjorde i årsskiftet 1980/81 omfattade landstingens externa företagshälsovård sammanlagt drygt 60 000 anställda.

Bland intressenterna ligger tyngdpunkten numerärt i allmänhet på den primärkommunala sidan. Näst största intressent är i allmänhet de privata företagen och den minsta är statliga institutioner. Formerna för landstingens engagemang varierar. Detta beskrivs närmare i avsnitt 6.6.5.2.

II Överväganden och förslag

5 Företagshälsovårdens arbetsfält

5.1 Principiella synpunkter på företagshälsovårdens uppgifter och arbetssätt

Företagshälsovårdens arbetsfält skall vara företagets (motsv) arbetsmiljö, arbetsförhållanden och förutsättningarna fysiskt, psykiskt och socialt för de människor som har sitt arbete i företaget[1]. Företagshälsovården skall som opartisk, rådgivande expertfunktion medverka till att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar.

Med den angivna utgångspunkten är det självklart att företagshälsovården i huvudsak skall vara förebyggande och ha arbetsmiljön som "patient". Dess uppgift blir att medverka till att alla de synpunkter beaktas i företaget som har att göra med kraven att anpassa arbetsmiljö och arbetsförutsättningar så att risker och hälsofaror förebyggs.

Med hänsyn till att företagshälsovården, enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning, är ett viktigt instrument för att förverkliga intentionerna i arbetsmiljölagen anser utredningen, att företagshälsovården måste vara integrerad i eller arbeta i nära samverkan med företagens lokala arbetsmiljöorganisation. Den skall vara en del av arbetarskyddet.

Skyddskommittén skall enligt arbetsmiljölag och arbetsmiljöavtal planera och övervaka skyddsarbetet på arbetsstället. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande skyddsförhållanden. I skyddskommitté skall behandlas frågor om företagshälsovård, frågor om planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser och arbetsmetoder liksom av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall samt frågor om upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.

I arbetsmiljöavtalen ges ytterligare preciseringar av skyddskommitténs uppgifter, bl a vad gäller relationerna till företagshälsovården. Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning skall, liksom nu i allmänhet är fallet, skyddskommitté, företagshälsovårdskommitté, arbetsmiljökommitté eller hälsoråd (motsv)[2] vara företagshälsovårdens ledningsorgan. Kommittén skall inom givna ekonomiska ramar ha ansvar för att besluta om företagshälsovårdens inriktning och dess arbetsprogram. Företagshälsovården får därmed skyddskommittén som sin närmaste samarbetspartner och skall vara en rådgivande, opartisk expertfunktion till den lokala arbetsmiljöorganisationen med skyddskommitté, skyddsombud, arbetsledare m fl som ingår i det lokalt organiserade skyddsarbetet. Företagshälsovården skall

[1] I det följande används "företag" som samlingsbeteckning för skilda typer av arbetsplatser som företag av olika slag, statliga, kommunala och landstingskommunala myndigheter och förvaltningar samt organisationer.

[2] Skyddskommitté används i fortsättningen som beteckning för kommittéer (motsv) med skyddskommittés uppgifter.

inrikta sina arbetsuppgifter och arbetsformer efter denna förutsättning.

Företagshälsovårdens roll som rådgivande expertfunktion får inte innebära att den enbart skall arbeta med frågeställningar som uppdragsgivarna kommer med. Tvärtom bör det även vara företagshälsovårdens uppgift att ta initiativ inom expertområdet och utifrån egna observationer och hypoteser lägga fram uppfattningar och synpunkter som underlag för diskussioner och förslag till åtgärder. Det är också angeläget att företagshälsovården kommer med direkta förslag till vilka åtgärder som bör vidtas. En annan central uppgift för företagshälsovården skall vara att fortlöpande utvärdera vidtagna arbetsmiljöåtgärder och redovisa resultaten till skyddskommittén.

Företagshälsovården måste alltså planera sitt arbete efter det initiativansvar som angetts och som kan uttryckas kort enligt följande: att medverka till bästa möjliga anpassning av arbetet till människans förutsättningar. Detta innebär, att insatserna måste inriktas så att man hela tiden söker bedöma människors hälso- och anpassningsmässiga förutsättningar i relation till de arbetsmiljöer och de arbetsförhållanden som de verkar inom eller planeras bli verksamma i.

Arbetsmarknadens parter har i sina centrala arbetsmiljöavtal gett riktlinjer för hur företagshälsovårdens arbete enligt de nämnda utgångspunkterna bör planeras i stort. Utredningen återkommer till företagshälsovårdens interna arbetsformer i kapitel 7.

Företagshälsovårdsutredningen anser, att de uppgifter företagshälsovården bör ha framöver schematiskt kan beskrivas på följande sätt.

- Miljöinriktade förebyggande insatser som
  - olycksfallsförebyggande verksamhet
  - arbete med fysikaliska miljöfaktorer
  - arbete med kemiska och biologiska miljöfaktorer
  - ergonomisk utrednings- och åtgärdsverksamhet
  - insatser som rör den organisatoriska och sociala miljön
  - allmänhygieniska uppgifter

- Individ- och gruppinriktade förebyggande insatser som
  - nyanställningsundersökningar
  - andra typer av hälsoundersökningar
  - utredning av exponeringsförhållanden
  - anpassning av arbete och arbetsplatser
  - rådgivning om personlig skyddsutrustning
  - uppföljning av riskgrupper

- Behandlande verksamhet som
  - behandling av olycksfall
  - akutsjukvård
  - arbetsrelaterad sjukvård
  - åtgärder i samband med vissa påfrestningar psykiskt och socialt
  - rehabilitering

- Utredning av arbetsskadefall

- Information och utbildning
- Utvecklingsarbete och forskning
- Planering och samverkan.

I avsnitten 5.3 -5.10 går utredningen närmare in på företagshälsovårdens innehåll. Den beskrivning som utredningen gör avses belysa företagshälsovårdens karaktär av hälsoskydd i arbetet med de olika aspekter som därvid blir aktuella. Utredningen vill med beskrivningen visa på bredden i det arbete som företagshälsovårdens personal i samarbete med skyddsorganisationen skall utföra. Beskrivningen skall emellertid inte uppfattas som ett "normalprogram" för varje företagshälsovårdsenhet. Tvärtom måste innehållet i verksamheten kunna variera på ett flexibelt sätt beroende på företagens riskpanorama, branschstrukturen i de ingående företagen, företagsstorleken samt företagshälsovårdens organisation m m.

Många problem som företagshälsovården skall analysera och angripa kräver medicinskt, tekniskt, psykologiskt och socialt kunnande. Det bör understrykas att företagshälsovården visserligen har och framöver bedöms behöva ha befattningshavare med sinsemellan fördjupade kunskaper inom skilda delar av den totala verksamheten. Men en avsevärd del av företagshälsovårdens alla rutiner och arbetsprogram är av sådan karaktär, att de måste bygga på lagarbete och samplanerade arbetsformer. Det är därför ytterst angeläget att företagshälsovårdens arbete blir problemorienterat och att personalresurser m m organiseras så flexibelt att arbetsmiljöproblemen hela tiden får en allsidig belysning. Den som nyttjar företagshälsovårdens tjänster måste möta företagshälsovården som en sammanhållen resurs.

Det är dessutom av största vikt att företagshälsovården samverkar med sådana funktioner i företaget som ansvarar för planering och drift eller på annat sätt kan påverka arbetsmiljön. Företagshälsovårdens synpunkter måste ständigt vidareföras till olika befattningshavare inom företagets beslutsprocess. Det skall gälla funktioner inom företagets linje-stab likväl som funktioner inom de anställdas fackliga organisationer. Framförallt skall det gälla olika grupperingar för partssamverkan, i första hand skyddskommitté och anpassningsgrupp. Men det skall också gälla en rad andra grupper som förekommer permanent eller tillfälligt inom ramen för de strävanden som medbestämmandelagstiftningen och i anslutning därtill träffade avtal ger uttyck för.

På samma sätt måste företagshälsovården samverka med utanförstående organ som samhällets hälso- och sjukvård, arbetarskyddsstyrelsen, yrkesinspektionen, arbetsförmedling och länsarbetsnämnd, försäkringskassa, sociala myndigheter m fl.

Det kan inte nog starkt betonas att verksamheten i hög grad måste inriktas på medverkan i olika former av kontakter med främst företagsinterna men även externa organ. Företagshälsovården skall inte göra detta enbart utifrån uppkomna frågeställningar utan måste bedriva en fortgående kontaktverksamhet, där företagshälsovårdens befattningshavare håller sig underrättade om vad som planeras och diskuteras inom olika organ. En sådan insyn i företagets livsprocess är nödvändig för att få det underlag som krävs för

företagshälsovårdens egen planering. Företagshälsovården får genom kontakterna också möjlighet att tillföra synpunkter och råd vid olika tillfällen i en planering eller vid beslut.

En sådan integrerad verksamhet kräver naturligtvis att företagshälsovårdens befattningshavare utifrån sina utgångspunkter skaffar sig en gedigen och kontinuerlig kunskap om förhållandena ute på de enskilda arbetsplatserna. De skall ha en god uppfattning om den produktion och den arbetsorganisation som förekommer och om den arbetsmiljö som är rådande, liksom mer specialiserade uppfattningar om olika typer av påfrestningar och eventuella hälsorisker som de anställda möter på olika arbetsenheter. Vidare kräver detta av samtliga befattningshavare att de inte enbart gör sig en bild av de anställdas problem utifrån t ex undersökningar av patienter utan att de ägnar avsevärd tid åt att hålla kontakt med problemen ute på den aktuella arbetsplatsen.

Företagshälsovårdsutredningen anser sammanfattningsvis att följande kriterier skall gälla för företagshälsovård.

- Opartisk, rådgivande expertfunktion.
- Medicinskt och tekniskt samt psykiskt och socialt förebyggande med arbetsmiljön som utgångspunkt (hälsoskydd i arbetslivet).
- Integrering i eller annan samordning med det lokala arbetarskyddet.
- Partsinflytande på verksamheten.
- En sammanhållen resurs sedd från nyttjarnas sida.

Företagshälsovårdsutredningen har i detta avsnitt redovisat sin principiella syn på företagshälsovårdens arbetsfält och arbetsformer. I avsnitt 5.2 följer en översikt av problem och utvecklingstendenser med stor betydelse för inriktning och tyngdpunkter i den framtida företagshälsovården. De områden som utredningen på detta sätt vill ägna särskild uppmärksamhet är

- företagshälsovårdens ökade medverkan i företagens planering
- sjukvårdens roll i företagshälsovården
- företagshälsovårdens psykologiska och sociala arbetsuppgifter
- företagshälsovårdens anpassnings- och rehabiliteringsuppgifter
- ergonomi som utvecklingsområde för företagshälsovården
- företagshälsovården, datoriseringen och automatiseringen
- bättre arbetsskadeutredningar med hjälp av företagshälsovården.

5.2 Problem och utvecklingstendenser av särskild betydelse för den framtida företagshälsovården

5.2.1 Ökad medverkan i företagens planering

Det svenska samhället har förändrats mycket sedan andra världskriget. Den tekniska utvecklingen har medverkat till att ekonomiska, kulturella och sociala villkor förändrats avsevärt. Det sociala trygghetssystemet har byggts ut successivt.

Med nya kunskaper och värderingar har också kraven på arbetsmiljön

skärpts. För några tiotal år sedan godtogs arbetslivets villkor som relativt givna och förväntningarna på förändring var marginella. Numera är arbetsmiljömedvetandet betydligt bättre och kravet på skydd mot ohälsa i arbetet är allmänt accepterat. Den nya arbetsmiljölagen från 1978 befäster denna inställning.

Nya vetenskapliga rön inom kemi, fysik, teknologi, medicin, administrationsteknik och beteendevetenskap skapar helt nya förutsättningar för utvecklingen av arbetslivet samtidigt som de kan medverka till att arbetsmiljön anpassas till människans förutsättningar. I denna process gäller det emellertid att kunna analysera effekterna av t ex ny teknik i så god tid att utformningen av arbetsmiljön inte blir en andrahandsfråga. Den snabba utvecklingen i arbetslivet kräver mycket tidig uppmärksamhet på arbetsmiljöeffekterna. De måste i själva verket analyseras och värderas under hela planeringen.

Företagshälsovården bör i betydligt större utsträckning än som nu är fallet gå in i företagens planering och medverka till att arbetsmiljöaspekterna finns med från idéstadiet till och med genomförandet av förändringen. Självfallet skall företagshälsovården inte bära ansvaret för att arbetsmiljön blir rätt utformad. Detta är primärt ett ansvar för arbetsgivare, arbetsledare m fl i nära samverkan med de anställdas företrädare. Däremot skall företagshälsovården med sitt expertkunnande ge beslutsfattarna underlag som gör det möjligt att i planeringen också sörja för att arbetsmiljön blir tillfredsställande.

Det är mycket vanligt att arbetsmiljösynpunkter som skall integreras i förändringsplaner kommer i kläm mellan ekonomiska och produktionstekniska intressen. Därför måste synpunkter och förslag från företagshälsovården alltid vara grundade på sakliga argument och belysa konsekvenserna ur såväl mänsklig som ekonomisk och teknisk synpunkt. De måste som nämnts också komma fram tidigt. Sent framkomna arbetsmiljösynpunkter ger inte bara misslyckade eller sämre lösningar till väsentligt högre kostnad. De leder dessutom gärna till negativa attityder såväl hos planerare som hos dem som har att fatta avgörande beslut.

Dagens planeringsarbete i stora företag är en komplicerad process där företagens egna experter och konsulter på produktutveckling, produktionsteknik, organisationsutveckling m m skall samverka med fackliga företrädare, skyddskommitté och skyddsombud m fl. Företagshälsovården har här sin givna roll att bistå. Detta ställer stora krav på anpassning av företagshälsovårdens arbete, bl a tidsmässigt.

I mindre företag kommer företagshälsovårdens personal att ha mindre tillgång till experter inom företaget att samarbeta med vid förändringar. Detta kan göra arbetet relativt sett mera tidskrävande.

Som expertfunktion skall företagshälsovården samla in, välja ut, bearbeta och förse de olika intressenterna med underlag både för det löpande arbetet och den framtida planeringen.

Arbetslivets ökande komplexitet kräver som nämnts allt mer ingående risk- och konsekvensbedömningar i utvecklings- och planeringssammanhang. Beredskap för förändringsbehov behöver utvecklas och byggas in i nya produktions- och administrationssystem och avse både människor och material, utrustning och omgivning. Det kan för företagshälsovården

innebära att ur arbetsmiljösynpunkt bevaka att t ex ventilationssystem, belysning, material och maskiner kan fungera tillfredsställande eller ändras utan alltför stora insatser vid framtida förändringar av konstruktioner och produktion. Bedömningar av det slaget skall ingå i företagshälsovårdens arbete.

Ett alltför detaljerat regelsystem som styrmedel för arbetsmiljöns utveckling är varken praktiskt möjligt eller under tider av snabba tekniska förändringar ens önskvärt. I arbetet med planering och produktion måste således fälten mellan befintliga regler fyllas ut med företagsspecifika regler och rutiner. Förhållandet styrks av en svensk studie av orsakerna till allvarliga olycksfall. Endast vart tredje av dessa hade orsakats av förhållanden som stod i strid med någon föreskrift. Företagshälsovården måste bli den arbetsplatsanknutna resurs som ger vägledande råd om lämpliga lösningar och arbetsrutiner på områden som saknar fastställda regler. Detta arbete, som främst kräver medverkan av företagshälsovårdens tekniker, blir speciellt betydelsefullt när det gäller nyplanering. Där kan nämligen bl a systemergonomiska och yrkeshygieniska frågor behöva uppmärksammas utifrån sådana aktuella kunskaper och värderingar som inte hunnit slå igenom i regelsystemet.

I framtiden måste konsekvenserna av energiplanering beaktas mer än hittills av företagshälsovården, eftersom energibesparande åtgärder kan väntas bli allt vanligare. Sådana generella åtgärder kan ge upphov till arbetsmiljöproblem om de inte bygger på en helhetssyn. Därför måste företagshälsovården vara särskilt uppmärksam på planeringen för minskad energianvändning. En annan aspekt avser omläggningar av fläktsystem m m som fått en viss utformning för att säkra lokalluftens kvalitet men som inte kan anses uppfylla rimliga krav på energiåtgång. Företagshälsovården måste här vara beredd att medverka till energibesparing utan sänkta ambitioner i arbetsmiljön. Detta kräver kunskaper om vilka metoder som är möjliga, riktiga och mest ekonomiska. Arbetet kommer i huvudsak att kräva insatser från företagshälsovårdens tekniker.

Genom att arbeta nära arbetsplatserna och dess beslutsfunktioner får företagshälsovården ingående kunskap om rådande arbetsmiljöförhållanden. Den bör bl a av det skälet bli en naturlig samarbetspartner till inköpsansvariga, konstruktörer och planerare i bedömningar av maskiner, verktyg, kemikalier, material och arbetsorganisation ur arbetsmiljösynpunkt. Vidare bör företagshälsovården kunna redovisa arbetsmiljökrav och ge förslag till val av utrustning i samband med inköp. Motsvarande gäller samarbete med personal- och organisationsavdelningar vid planering av organisationsförändringar, allt i syfte att integrera arbetsmiljöaspekterna i företagens planering.

För företagshälsovården är det utomordentligt viktigt att försäkra sig om att arbetsmiljösynpunkterna i planeringen verkligen beaktades och dessutom ledde till lösningar som gav god arbetsmiljö när produktionen lades om, verksamheten omorganiserades eller ny utrustning togs i bruk. Alltför ofta förbises uppföljningen och eventuella brister upptäcks först när de lett till allvarligare problem.

Företagshälsovården måste planera sitt arbete så att det finns utrymme för uppföljning. Denna skall för det första avse ren kontroll av att resultaten blev

enligt planerna. Uppföljningen måste dessutom ofta ske i form av information, utbildning eller aktivering av dem som verkar i den aktuella arbetsmiljön. Företagshälsovården har här unika möjligheter att göra personalen medveten om arbetsmiljöaspekterna och betydelsen av att följa eventuella säkerhetsföreskrifter eller rekommendationer som gör att insatserna för god arbetsmiljö blir bestående. Tillfälle ges då också att etablera kontaktformer för fortlöpande uppföljning av att arbetsmiljön är tillfredsställande. Företagshälsovårdens största resurs i den uppföljningen skall självfallet vara de som direkt berörs av arbetsmiljön, d v s de anställda i företaget.

5.2.2. Sjukvårdens roll i företagshälsovården

5.2.2.1 Från industrisjukvård till företagshälsovård

Av tradition har företagshälsovården i Sverige haft ett stort inslag av sjukvård. Traditionen går tillbaka till 1600-talet, då gruvägarna anställde medici och fältskärer som skulle ägna sig åt gruvarbetarnas hälsa, i första hand vid olycksfall. Det industriella genombrottet undet 1800-talets senare hälft medförde nya och svårbemästrade problem, som man framför allt inom brukshanteringen sökte klara av genom att hålla särskilda läkare för de anställdas vård. Bruksledningen inordnade därmed sjukvården som en förmån och som inslag i sitt sociala ansvarstagande för de anställda och deras familjer. "Industrisjukvården" blev en ersättning för samhällets sjukvård som dels var dåligt utbyggd, dels otillgänglig av geografiska skäl.

Denna tradition har levt vidare långt in i modern tid. Anvisningsläkare för fri sjukvård till de anställda inom statliga verk kan ses som en kvarleva av detta tänkande. Fram till slutet av 1940-talet var samma inställning dominerande i de stora företag och bruk runtom i landet som fann det förenligt med sina intressen att anställa industriläkare.

Långt in på 1950-talet fanns fortfarande endast ett femtiotal stora företag som hade "industrihälsovård". Det var i samverkan mellan SAF och industriläkarkåren som principerna för företagshälsovård i modern mening utvecklades. Läkarnas erfarenheter tillsammans med nya kunskaper från den arbetsvetenskapliga forskningen gjorde att de mer och mer kom att inrikta sin verksamhet mot förebyggande insatser. Det gällde att utifrån medicinska observationer finna sambanden med förhållanden i arbetsmiljön. Samverkan började utvecklas med den tekniska skyddstjänsten och med skyddskommittéer och skyddsombud och linje-stabsfunktioner i företaget för att återföra observerade samband till deras källa i arbetsmiljö och arbetsförhållanden. Samverkan började också leda till kollektiva insatser för att rätta till miljömässiga missförhållanden.

Under 1960-talet började företagshälsovård på detta sätt bli en tekniskt och medicinskt förebyggande verksamhet. Företagsläkare, företagssköterska och skyddsingenjör började få en yrkesmässig profil.

Företagshälsovården var in på 1960-talet fortfarande i många avseenden en verksamhet som arbetsgivaren ensam rådde över. Det blev under detta decennium en viktig uppgift för arbetsmarknadens parter att se till att verksamheten blev förankrad i företaget som en partsobunden utredande

och rådgivande expertresurs. Detta åstadkoms genom centrala överenskommelser i en fortgående process som ledde fram till de nya arbetsmiljöavtalen och också innebar markeringar i samma riktning i 1978 års arbetsmiljölag. Idag är skyddskommittén, som nämnts, i princip huvudman för företagshälsovården med uppgiften att bl a fastställa arbetsrutiner och arbetsprogram.

Den beskrivna utvecklingen har inneburit, att företagshälsovården blivit en del av det moderna arbetarskyddet med den målsättning, de samverkansformer och beslutsprocesser som gäller arbetarskyddet. Trots denna utveckling mot förebyggande företagshälsovård finns sjukvård för de anställda kvar som väsentligt inslag också i den moderna företagshälsovården. Andelen sjukvård i företagshälsovården har visserligen begränsats alltmer men många förhållanden har bidragit till att den på sina håll finns kvar i sådan utsträckning att en minskning bör eftersträvas. Här skall några orsaker nämnas.

5.2.2.2 Varför har sjukvården fortfarande så stort utrymme?

En faktor som bidrar till risk för att sjukvården i företagshälsovården får en alltför dominerande ställning är de bestämmelser som reglerar försäkringskassornas ersättning till företag som anordnar företagshälsovård (se vidare kapitel 6). Återbäringen är fortfarande beräknad på den andel sjukvård som bedrivs medan den förebyggande verksamheten inte är ersättningsberättigad. Reglerna är så utformade att en arbetsgivare som tillhandahåller företagshälsovård får upp till hälften av kostnaderna för den medicinska verksamheten ersatta av samhället, om minst hälften av kostnaderna hänför sig till sjukvård. Reglerna inbjuder således till en hög andel sjukvård samtidigt som de indirekt prioriterar medicinska insatser i förhållande till t ex insatser av skyddsingenjörer och andra tekniker.

En annan faktor som bidragit till övervikt mot sjukvård har varit rekryteringsförutsättningarna för företagsläkare och företagssköterskor. Under lång tid har tillgången på adekvat specialutbildning inte räckt till för utbyggnadstakten inom företagshälsovården. Till nya tjänster har då rekryterats medicinsk personal som tidigare huvudsakligen hämtat sin erfarenhet från allmän hälso- och sjukvård. De nyanställda har av naturliga skäl haft en tendens att prioritera sådan sjukvård som de har erfarenhet av och kompetens för. Först successivt har de genomgått specialutbildning och växt in i den mer specifikt arbetsmiljöinriktade verksamheten. Att bibehålla en stor andel sjukvård har varit desto naturligare, eftersom såväl företag som anställda satt stort värde på nära sjukvårdsservice samtidigt som det rent allmänt tagit tid att på fältet "sälja" idén om förebyggande och miljöinriktad företagshälsovård. Det skall emellertid noteras att den arbetsrelaterade sjukvården är en viktig informationskälla när det gäller missförhållanden i arbetsmiljön. Det förtjänar också nämnas att företagshälsovård hittills inte jämställts med andra medicinska verksamhetsområden, d v s området förekommer inte som medicinsk specialitet för läkare och sjuksköterskor. Det finns emellertid ett starkt behov av att definiera företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde. Vad som från vissa håll har efterlysts är en beskrivning av arbetsfältet och den medicinska personalens expertuppgifter i

en förebyggande, arbetsmiljöinriktad medicinsk verksamhet. Utredningen återkommer till en sådan beskrivning i kapitel 7. Avsaknaden av beskrivning och avgränsning av det medicinska verksamhetsfältet på motsvarande sätt som för andra specialiteter har av allt att döma bidragit till att t ex företagsläkare ibland känt osäkerhet inför sin uppgift i företagshälsovården och därför legitimerat sin verksamhet genom att erbjuda det som normalt är läkarens arbetsfält, d v s traditionell sjukvård.

5.2.2.3 Ändrade förutsättningar

Arbetsmarknadens parter har gjort avsevärda insatser för att befrämja den förebyggande delen av företagshälsovården. Detta har bl a tagit sig uttryck i centrala överenskommelser om företagshälsovård och i centrala arbetsmiljöavtal. Dessa avtal anger att sjukvården inom företagshälsovården skall vara av begränsad omfattning. Företagshälsovården skall i huvudsak engagera sig i sådan sjukvård som är "arbetsrelaterad".

Det problem som vidlåder dessa rekommendationer är att det är svårt att definiera vad som skall menas med "arbetsrelaterad sjukvård". I stort sett har det varit nödvändigt att, med sådana riktlinjer i botten, överlåta åt den enskilde befattningshavaren att bedöma hur en sådan avgränsning skall ske.

En väsentlig orsak till att sjukvård tenderat att bli ett alltför tungt inslag i företagshälsovården har varit den bristfälliga utbyggnaden av samhällets primärvårdsorganisation. Det har ofta visat sig praktiskt omöjligt för företagshälsovården att avvisa vårdsökande inom områden där motsvarande resurser varit obefintliga eller överbelastade på samhällssidan.

Idag befinner vi oss i en situation där en stark satsning sker på samhällssidan i syfte att bygga ut primärvården. Det förefaller sannolikt att vi inom en inte alltför avlägsen framtid kan räkna med att denna är fullt utbyggd. I en sådan situation bör det vara naturligt att utgå ifrån att sjukvårdsbehovet i första hand skall täckas inom ramen för samhällets hälso- och sjukvård. Detta måste också gälla de i arbetslivet verksamma, oavsett om de har tillgång till företagshälsovård eller inte. Med denna målsättning ökar företagshälsovårdens möjligheter att förebygga och angripa arbetsmiljöproblemen. En arbetsrelaterad sjukvård är dock, som nämnts, ett värdefullt inslag i verksamheten.

5.2.2.4 Företagshälsovården och primärvården måste samverka

Den fråga det först och främst gäller att diskutera är hur man skall åstadkomma en sådan kommunikation mellan primärvården och företagshälsovården att dessa två kompetensområden bäst skall kunna samverka och bidra med sina specifika kunskaper och förutsättningar vid behov av sjukvård.

Därvid skall gälla som en utgångspunkt för ställningstaganden att företagshälsovården bör bidra med sin specifika kunskap om de arbetsmiljörelaterade aspekterna på diagnos, vård- och rehabiliteringsplanering. Även underlag för försäkringstekniska bedömningar bör kunna hämtas från företagshälsovården.

I övrigt bör givetvis alla de resurser av medicinsk och sjukvårdsteknisk art som samhällets hälso- och sjukvård förfogar över bära den tunga delen av sjukvården i samverkan mellan dessa två system. Företagshälsovårdens roll i denna samverkan blir speciellt påtaglig i början och slutet av ett sjukdomsförlopp. Den får i stor utsträckning ta på sig den förmedlande rollen i patientens väg mot rätt vårdinstans och rollen som förmedlare av relevanta miljödata i diagnos- och vårdplaneringsskedet.

Företagshälsovården kan spela ytterligare en viktig roll, eftersom den har möjligheter att bedöma arbetsförmåga och åtgärder för rehabilitering och anpassning. Därvid skall dess kanaler in i arbetsplatsens förutsättningar ur arbetsplaceringssynpunkt utnyttjas. Detta är speciellt viktigt för att bevara arbetstrygghet och förhindra utslagning från arbetslivet.

Det framstår som alltmer nödvändigt att läkare, distriktssköterskor och sjukgymnaster m fl i samhällets hälso- och sjukvård vid undersökningar rutinmässigt frågar patienten vilken typ av arbetsplats och vilken arbetsmiljö vederbörande har. Detta kan synas självklart men erfarenheten visar, att det sker alltför sällan. Det är även angeläget, att man inom den allmänna hälso- och sjukvården kontaktar företagshälsovården för att överlägga om arbetsmiljöns eventuella betydelse för uppkomsten av skada eller sjukdom i konkreta fall. Därvid kan man också undvika att patienten blir föremål för samma undersökningar inom hälso- och sjukvården och företagshälsovården. Det bör observeras att kontakter av detta slag kräver patientens medgivande.

En fruktbar samverkan mellan företagshälsovård och samhällets hälso- och sjukvård, främst primärvården, kräver utveckling av smidiga samverkansformer. Att utveckla sådana blir en viktig framtida uppgift för såväl företagshälsovården som berörda inom landstingens hälso- och sjukvård. En förutsättning härvidlag är givetvis att det även inom den allmänna hälso- och sjukvården finns befattningshavare med kunskaper om arbetsmiljöns betydelse för hälsa och social anpassning.

Företagshälsovårdsutredningen har i samarbete med Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) studerat hur företagshälsovården och primärvården samverkar idag och på vilket sätt samverkan kan förbättras. Projektet visar, att samverkansformerna är dåligt utvecklade men att det på ömse håll finns intresse och beredskap att utveckla dem. Projektet och förslag till åtgärder för samverkan beskrivs närmare i rapporten Primärvård i utveckling. Samverkan med företagshälsovård (Spri-rapport 143, 1983). Utredningen vill inte undervärdera de svårigheter som kan ligga i att finna samverkansformer som fungerar. Företagshälsovården finns t ex än så länge inte som samverkanspartner på alla ställen och primärvården befinner sig i ett utbyggnadsskede. Lokala förutsättningar kan variera högst väsentligt. Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning har emellertid varken samhället eller arbetslivet råd att avstå från denna samverkan som ytterst syftar till att undvika dubbleringar och ge utrymme för förebyggande åtgärder.

Inriktningen av samhällets hälso- och sjukvård mot mer förebyggande insatser, som bl a kommer till uttryck i den nya hälso- och sjukvårdslagen, är ännu ett motiv för ökad samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård. Denna aspekt, liksom samverkan vid t ex

arbetsskadeutredningar, behandlas utförligare längre fram i detta kapitel och i kapitel 6.

5.2.3 Företagshälsovårdens psykologiska och sociala arbetsuppgifter

5.2.3.1 En vidgad syn på arbetsmiljön

Arbetsmiljölagens andra kapitel, första paragrafen, har följande lydelse:

Arbetsmiljön skall vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället.

Arbetsförhållandena skall anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Det skall eftersträvas att arbetet anordnas så, att arbetstagare själv kan påverka sin arbetssituation.

Formuleringarna anknyter till den vidgade syn på arbetsmiljöns beskaffenhet som kom till uttryck i arbetsmiljöutredningens förslag till ny arbetsmiljölag. Tidigare arbetarskyddslagstiftning var inriktad på att skydda arbetstagarna mot ohälsa och olycksfall i fysisk bemärkelse och var förhållandevis statisk. Den nya lagen har ramkaraktär och är dynamisk i det avseendet att den sociala och tekniska utvecklingen i samhället också skall vägas in vid bedömning av om arbetsmiljön är tillfredsställande. Till detta kommer att arbetet vad gäller innehåll och effekter för arbetstagaren skall vara tillfredsställande inte bara fysiskt utan även psykiskt och socialt.

Bakom denna vidgade syn på arbetsmiljön ligger en rad krav från de fackliga organisationerna på en samlad bedömning av alla de faktorer som har betydelse för trygghet, utveckling och hälsa i arbetslivet. Man ville få med även, som man uttryckte det, de "psykosociala" faktorerna i en sådan samlad bedömning. Arbetsmiljöutredningen gjorde sig, som nämnts, till tolk för denna uppfattning. I propositionen (1976/77:149) med förslag till arbetsmiljölag utvecklades arbetsmiljöutredningens och remissinstansernas synpunkter och vissa preciseringar gjordes. Så betonade föredragande att begreppet "psykosociala faktorer" kan vara svårfångat och fortsatte:

Jag vill därför göra vissa preciseringar av hur dessa faktorer kommer in när det gäller att lagstifta om arbetsmiljön. Utgångspunkten är att arbetsmiljöfaktorer kan indelas efter art och innehåll. Det är sålunda vanligt att arbetslivets fysikaliska miljöfaktorer delas upp i grupper såsom klimat, buller, vibrationer, belysning, strålning o s v. Vid sidan härav har vi de kemiska miljöfaktorerna.

Tillsammans kan de omgivningshygieniska faktorerna sägas utgöra den fysiska arbetsmiljön. I denna ingår också olika arbetstekniska faktorer såsom arbetstyngd, arbetställningar, utrymme, tekniska säkerhetsanordningar o d. En annan viktig typ av faktorer utgörs av de organisatoriska och sociala förhållandena på arbetsplatsen, t ex arbetsuppgifternas innehåll och möjligheterna till kontakt, samarbete, inflytande och personlig utveckling.

Mellan nämnda faktorer sker ett samspel. Den fysiska miljön ger ramen för den sociala och samtidigt påverkas den fysiska miljön av värderingar och anspråk hos dem som arbetar där.

Gemensamt bildar alla dessa typer av faktorer det totala sammanhang i vilket arbetet bedrivs. Detta sammanhang ger för den arbetande effekter som kan sägas ha en

fysiologisk och en psykologisk sida. Fysiologiskt kan arbetet påverka den kroppsliga hälsan. De psykiska reaktionerna på arbetsmiljön kan å andra sidan ta sig uttryck i upplevelser av trygghet, i tillfredsställelse eller vantrivsel. Dessa upplevelser kan i sin tur i vissa fall ge upphov till psykiska störningar och kan också vara bestämmande för rent kroppsliga återverkningar.

De psykosociala faktorerna utgör sålunda inte någon avskild grupp av arbetsmiljöfaktorer. Psykosociala faktorer i arbetsmiljön framkommer genom att arbetsmiljön betraktas från psykologisk och sociologisk synvinkel. Detta perspektiv omfattar såväl fysiska som organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer.

Arbetarskyddsstyrelsen har gått vidare med preciseringen av de "psykosociala faktorerna" i arbetsmiljön i "Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd beträffande psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön" (AFS 1980:14). Styrelsen pekar på en rad förhållanden i arbetsmiljön som är av särskild betydelse för den psykiska och sociala situationen. Som exempel kan nämnas

- *Arbetets organisation,* d v s arbetets innehåll och uppläggning, tekniskt och organisatoriskt är av stor betydelse för utbytet av arbetet. Utformningen av det tekniska systemet bestämmer i stor utsträckning arbetets innehåll. Arbetstagarens möjligheter att påverka sin arbetssituation begränsas ofta av omständigheter som direkt sammanhänger med arbetets natur. För att nå arbetstillfredsställelse är det i allmänhet fördelaktigt om arbetstagaren kan
  - överblicka den egna insatsens bidrag till slutprodukten
  - variera arbetsmetoder och arbetstakt
  - påverka ordningsföljden mellan olika moment
  - påverka mängden av arbete och när det skall utföras
  - påverka kvaliteten på sitt arbete
  - kontrollera resultatet av sitt arbete.

Lönesystem och löneformer kan ha betydelse i detta sammanhang.

- *Personlig och yrkesmässig utveckling.* Arbetet bör ge den enskilde möjlighet att utnyttja sina kunskaper och sin skicklighet och helst också ge vederbörande möjlighet att fortlöpande utveckla sina kunskaper. Många behöver också få utlopp för känslor och fantasi i arbetet.
- *Sociala kontakter* som förekommer på en arbetsplats har betydelse för möjligheten att känna trygghet och nå uppskattning. I arbetsledarrollen ligger alltmer ansvar för att skapa förutsättningar för goda kommunikationer och kontakter människor emellan och ett öppet utvecklande klimat. Relationer till vårdtagare, kunder (motsv) har stor betydelse.
- *Skyddsmedvetande.* Kunskaper om och attityder till eventuella risker i arbetsmiljön är betydelsefulla. Det gäller att organisera arbetet så att det blir praktiskt möjligt och framstår som förnuftigt och positivt att vidta skyddsåtgärder.
- *Fysikaliska och kemiska faktorer.* Möblering, uppställning av maskiner och liknande är av betydelse för arbetsutrymme, arbetsställningar och kommunikationsmöjligheter. Felaktiga ljusförhållanden kan t ex medföra huvudvärk, yrsel, sömnsvårigheter, olustkänslor och trötthet. Buller är ett av de största fysiska arbetsmiljöproblemen. En allmän erfarenhet är

att den som själv kan påverka bullernivån har större tolerans gentemot buller som av andra upplevs irriterande och påfrestande. Ökad kunskap om de kemiska miljöfaktorerna och deras verkningar är viktig, liksom att arbetstagarna engageras i och får inflytande över kontroller och förebyggande åtgärder.

- *Automatisering.* Det är viktigt att se till att en automatiserad produktion inte leder till isolerade eller okvalificerade uppgifter eller till ökad bundenhet. De anställda bör ges möjlighet till medverkan i uppläggningen av arbetet när datorer används som t ex styrinstrument för arbetsprocesser.
- *Arbetstidens förläggning* har stor betydelse för en persons psykiska och sociala situation både i och utanför arbetet. Det är viktigt att ta hänsyn till detta då man planerar dygns- och veckovila i anslutning till skiftgång, förskjuten arbetstid, övertid samt jourtjänstgöring.

I såväl propositon 1976/77:149 som i arbetarskyddsstyrelsens råd förutsätts att det sker en fortlöpande utveckling av området och att de fackliga organisationerna skall ha stort handlingsutrymme när det gäller krav och preciseringar. I propositionen framhålls möjligheterna för de fackliga organisationerna att påverka utvecklingen inte bara via arbetsmiljölagen utan också via medbestämmandelagen och lagen om anställningstrygghet.

5.2.3.2 Företagshälsovårdens uppgifter

Både arbetsmiljöutredningen och föredragande i propositionen 1976/77:149 framhöll betydelsen av att företagshälsovården engagerar sig i psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem. Företagshälsovårdsutredningen delar denna uppfattning och har därför närmare analyserat på vilket sätt denna uppgift påverkar företagshälsovårdens arbetsfält. Som underlag för utredningens ställningstaganden har experten Henry Egidius efter samråd med andra experter i utredningen utarbetat promemorian Psykologiska och sociala uppgifter för företagshälsovården. Promemorian fogas som bilaga 2 till betänkandet. Här skall endast sammanfattningsvis redovisas de slutsatser som enligt utredningens uppfattning har betydelse för det framtida arbetet i företagshälsovården nämligen.

- Företagshälsovårdens arbete skall utgå från en helhetssyn på arbetsmiljön. Psykologiska och sociala frågor kräver ökad uppmärksamhet från företagshälsovården, vilket i en del fall innebär en breddning av det arbetsfält företagshälsovården hittills haft.
- Företagshälsovårdens psykologiska och sociala insatser skall ha samma syfte som företagshälsovårdsarbetet i övrigt och främst vara inriktade på att förebygga ohälsa.
- Företagshälsovården skall vara en av många resurser som kan bidra till att arbetslivets psykiska och sociala problem uppmärksammas, förebyggs och åtgärdas.
- Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter skall i första hand gälla hur man i samverkan med arbetsmiljöansvariga i linjen kan planera, utforma och förändra arbetsplatsen med hjälp av den kunskap

om grundläggande mänskliga behov och reaktioner som tagits fram inom främst beteende- och samhällsvetenskaperna. Psykologiska och sociala insatser skall inte avse enbart enskilda fysiska, tekniska och sociala faktorer i miljön och de enskilda arbetsuppgifterna. De skall också gälla planering och organisation av arbetsplatsen som helhet eller del av denna.

- Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter måste successivt preciseras i nära samverkan mellan arbetsmarknadens parter och företagshälsovårdens personal. Stor uppmärksamhet måste därvid ägnas integritetsfrågor för enskilda arbetstagare.
- Företagshälsovårdens personal måste ha beredskap att uppmärksamma, förebygga och i övrigt angripa psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem, som kan vara källa till ohälsa.
- Företagshälsovårdens personal måste därför få kunskap om psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem liksom metoder att angripa sådana. Skilda avtalsområden kan här ha markerat olika inriktning. I en del fall kan företagshälsovårdens medicinska och tekniska personal genom utbildning öka sin psykologiska och sociala kompetens så att de kan klara av de vidgade uppgifterna. I andra fall kan företagshälsovården behöva särskilt utbildad personal med beteendevetenskaplig grundutbildning.

Det är viktigt att betona att det verksamhetsområde som här berörs befinner sig i ett utvecklingsskede. Erfarenheterna av den fortsatta verksamheten och de behov som framgår därur måste i väsentliga delar bilda underlag för de fortsatta insatserna på området liksom de resurser som kan behöva avsättas. Det är också viktigt att understryka att, såsom framgår av det föregående, det inte kan och bör ankomma på företagshälsovården att ta sig an alla de problem som här möter. Förutom vad som faller inom den socialkurativa verksamheten inom företaget i övrigt vill utredningen särskilt peka på den partssamverkan som sker inom ramen för medbestämmandelagstiftningen och därtill knutna avtal. Det finns också anledning att nämna stödjande insatser till medlemmarna som sker inom den fackliga verksamheten i övrigt.

5.2.4 Företagshälsovårdens anpassnings- och rehabiliteringsuppgifter

5.2.4.1 Handikapp och miljö

Handikapp är inte en egenskap hos den enskilde utan ett förhållande mellan den enskilda individen och miljön. Miljön avgör vilka följder en skada eller ett funktionshinder får för individen. Detta är innebörden av ett uttalande som gjorts av den särskilda kommitté, som FN:s generalförsamling tillkallade inför det internationella handikappåret 1981.

Omsätter man uttalandet till arbetslivets krav och förutsättningar måste arbetsmiljöns utformning i vid bemärkelse ha avgörande betydelse för om en skada eller funktionsnedsättning också skall vara ett arbetshandikapp.

Den viktigaste uppgiften för företagshälsovården är att i största möjliga utsträckning anpassa arbetsmiljön till människans förutsättningar. I denna uppgift ligger självfallet primärt att förebygga sjukdom och skada. Att detta

skall vara en uppgift för företagshälsovården är allmänt accepterat och skall därför inte beröras närmare här. Vad företagshälsovårdsutredningen däremot vill peka på och som många gånger förbises i företagshälsovårdens arbete är de insatser företagshälsovården kan göra när det gäller personer som är arbetshandikappade längre eller kortare tid. Enligt utredningens uppfattning måste företagshälsovården i betydande utsträckning engagera sig i anpassning av arbetsmiljön för arbetshandikappade och personer som efter tillfällig sjukdom eller skada behöver rehabilitering för att kunna återgå i arbete.

I detta avsnitt görs ingen skillnad mellan personer med mera stadigvarande funktionsnedsättning och sådana som tillfälligt är arbetshandikappade.

5.2.4.2 Arbetshandikapp och dess omfattning

Personer med arbetshinder utgör ingen klart avgränsbar grupp. Vid försök som gjorts att kartlägga olika slag av arbetshinder har man måst införa gruppen tveksamma fall mellan arbetshandikappade och icke-arbetshandikappade. Vidare har det visat sig önskvärt att skilja mellan svåra och måttligt svåra fall. Vilka personer som skall identifieras som arbetshandikappade är heller inte enbart beroende av arbetshindrets art eller svårighetsgrad utan också av vilka krav som tillgängliga arbeten i en viss arbetsmarknadssituation ställer på de arbetssökande.

Den av arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) tillämpade definitionen gör det möjligt att beakta dessa synpunkter:

> Arbetshandikappade är de personer som på grund av fysiskt, psykiskt, förståndsmässigt eller socialmedicinskt handikapp har eller väntas få svårigheter att erhålla eller bibehålla ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden.

I arbetsförmedlingens statistik indelas arbetshandikappen i åtta olika delgrupper; hjärt-, kärl- och lungsjukdom, hörselskada, synskada, rörelsehinder, övriga fysiska handikapp, psykiska handikapp, förståndshandikapp samt socialmedicinska handikapp.

1960- och 1970-talen medförde en ändrad inställning till handikapp och funktionsnedsättning i förhållande till bl a arbetslivet. Handikapporganisationerna fick mycket större betydelse, handikappråden inrättades. En rad reformer genomfördes.

Sedan början av 1970-talet har dock förtidspensioneringen ökat. Ökningen hänför sig främst till de äldre åldersgrupperna. 1980 uppbar nästan 290 000 personer i åldern 16–64 år förtidspension eller sjukbidrag. Av dessa är gruppen under 34 år relativt konstant, c 25 000. Behovet av insatser för denna grupp har under senare år kommit att betonas alltmer.

Årligen anmäls omkring 100 000 arbetsolycksfall till arbetarskyddsstyrelsens informationssystem för arbetsskador (ISA). Dessutom anmäls årligen c 20 000 fall av misstänkt arbetssjukdom. Ensidiga rörelser och ansträngande arbetsställningar anges som orsak till drygt hälften av dessa. Stor vikt måste, som nämnts, läggas på anpassning av arbetsplatser för att förebygga att skador uppkommer. Men det är också av största vikt att människor med medfödda eller försvårade arbetshinder rehabiliteras eller får sådant stöd i arbetslivet att deras handikapp inte hindrar dem att ha ett meningsfullt arbete.

För närvarande söker c 300 000 personer per månad arbete. Omkring en tiondel av dessa är hos arbetsförmedlingen registrerade som personer med någon typ av arbetshinder. Det är omöjligt att med säkerhet slå fast hur många personer totalt i arbetsför ålder som har funktionsnedsättning. De dominerande arbetshindren är psykiska och psykosomatiska, hjärt- kärlsjukdomar och ryggbesvär.

Som exempel kan dock nämnas, att enligt SCB:s undersökningar om människors levnadsförhållanden har var femte LO-medlem någon form av fysiskt handikapp. I denna siffra inräknas de som är långvarigt sjuka och har någon form av rörelsehinder eller t ex nedsatt syn eller hörsel.

LO-förbunden har, enligt vad som kommit fram i undersökningen, närmare 10 000 synskadade medlemmar. Över 90 000 medlemmar uppgav sig vara hörselskadade. Ungefär 60 000 av de LO-anslutna hade enligt undersökningen allvarliga rörelsehinder. LO har också många medlemmar med psykiska, sociala och andra handikapp, men där är det svårare att få fram klara antalsuppgifter.

Vilka och hur många som drabbas av arbetshinder och kan räknas som arbetshandikappade är emellertid, som nämnts, beroende av förhållanden på arbetsmarknaden samt av utformningen av arbetsmiljö och arbetsuppgifter på de enskilda arbetsplatserna. Då det enligt arbetsmiljölagen (3 kap 3 §) "vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika" är det inte längre meningsfullt att peka ut någon särskild grupp anställda eller arbetssökande som arbetshandikappade. Enligt propositionen om åtgärder för arbetshandikappade (1978/79:73) "måste alla människor som är i behov av samhällets service för att få och behålla ett arbete få den hjälp som behövs oavsett om de i formell mening kan betraktas som arbetshandikappade eller inte".

5.2.4.3 Ökat stöd för arbetshandikappade

Under 1970-talet har, förutom den nämnda arbetsmiljölagen, kommit två lagar med stor betydelse för arbetshandikappade. Lagen om anställningsskydd (SFS 1974:12) innehåller bl a regler om saklig grund för uppsägning. Den ger särskilt skydd åt äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Lagen om vissa anställningsfrämjande åtgärder (SFS 1974:13), den s k främjandelagen, trädde liksom anställningsskyddslagen i kraft den 1 juli 1974. Lagen innehåller regler som syftar till att öka möjligheten för äldre och personer med funktionsnedsättning att få arbete eller att behålla ett sådant.

Främjandelagen ger arbetsmarknadsverket möjligheter att påverka rekryteringen till företagen och medverka till ett effektivare anställningsskydd för de redan anställda. Arbetsplatser och arbetsuppgifter skall också utformas med större hänsyn till de arbetssökandes olika förutsättningar. Länsarbetsnämnd och fackliga organisationer får inflytande på personalpolitiken i företagen. Detta sker genom att arbetsgivare är skyldiga att på begäran överlägga med länsarbetsnämnden i närvaro av berörda arbetstagarorganisationer om

- åtgärder för att förbättra arbetsförhållandena för redan anställda äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga,

- åtgärder för att trygga fortsatt anställning åt sådana arbetstagare,
- nyanställning av äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga samt om åtgärder för att främja sådan anställning.

Överläggningarna sker i allmänhet i s k anpassningsgrupper som enligt AMS' anvisningar skall inrättas i företag med minst 50 anställda.

Det finns nu drygt 5 000 anpassningsgrupper i landet. Erfarenheterna av deras arbete är inte entydiga men allt tyder på att mycket återstår att göra innan grupperna fungerar på avsett sätt. I många fall har anpassningsgrupperna främst sysslat med omplaceringar inom företagen. Arbetet har ibland hindrats av bristande resurser till stöd för grupperna.

Tillkomsten av ny arbetsmiljölagstiftning, expansionen av skyddsverksamhet och företagshälsovård har skapat vissa oklarheter i relationerna mellan skydds- och anpassningsverksamhet. Rent praktiskt har det i regel inte varit några svårigheter att åstadkomma en samordning mellan arbetsmiljöorganisationen och anpassningsverksamheten. Ibland är ledamöterna i skyddskommitté och anpassningsgrupp i stort sett desamma. Exempel finns också på att man rent formellt slagit ihop skyddskommitté och anpassningsgrupp till en enda grupp med dubbla funktioner.

I stället för att bygga ut och effektivisera verksamheten med anpassningsgrupper ter det sig enligt propositionen om arbetsmarknadspolitikens framtida inriktning (1980/81:126) mer ändamålsenligt att söka vidga samverkan mellan arbetsmarknadsverket och den befintliga skyddsorganisationen: "Detta bör i första hand ta sig uttryck i att man söker samordna skyddskommittéernas och företagshälsovårdens arbete med arbetsmarknadsverkets anpassningsverksamhet". Frågan är för närvarande under utredning.

5.2.4.4 Företagshälsovårdens roll

Även om frågan om ansvarsfördelning mellan anpassningsgrupp och skyddsorganisation är föremål för utredning finns det anledning att beröra företagshälsovårdens roll i anpassningsverksamheten. Inledningsvis kan utredningen konstatera, att företagshälsovården i många företag medverkar mycket aktivt i anpassningsgruppens arbete, både vad gäller anpassning vid omplacering inom företagen och vid inplacering med stöd av främjandelagen. Exempel finns också på att företagshälsovården som konsekvens av bl a oklarheten om ansvarsfördelningen mellan anpassningsgrupp och skyddsorganisation inte kommit att arbeta särskilt mycket med de frågor främjandelagen berör.

Företagshälsovårdsutredningen konstaterar att anpassningsverksamhet är en viktig uppgift för företagshälsovården antingen den tar sin utgångspunkt i arbetsmiljölagen, medbestämmandelagen eller främjandelagen. Företagshälsovården som specialistresurs när det gäller anpassning måste därför kunna medverka till att anpassningsgruppens arbete blir framgångsrikt genom att föreslå, planera för och följa upp önskvärda anpassningsåtgärder. Detta skall självfallet inte innebära att företagshälsovården övertar ansvar för arbetsmarknadspolitiska bedömningar eller uppgifter. Företagshälsovården skall däremot som opartisk expertfunktion kunna medverka till att

närmast ansvariga, som arbetsledare m fl, kan förverkliga främjandelagens intentioner ute på arbetsplatserna. Detta kan bli en svår och omfattande men samtidigt utmanande uppgift för företagshälsovården.

Ett vidgat samarbete mellan företagshälsovården och anpassningsgrupp, arbetsledare m fl inom det nämnda området kan innebära att företagshälsovården behöver avdela mer resurser och förstärka sina insatser för

- kartläggning av vilka förändringar i arbetsmiljön som skulle underlätta för personer med arbetshinder att bli omplacerade eller få anställning,
- individ- och gruppinriktade åtgärder i förebyggande syfte samt åtgärder för anpassning av arbetsförhållandena till enskilda arbetstagare,
- vägledning och träning av enskilda arbetstagare med hänsyn till de speciella påfrestningar som de utsätts för i arbetet,
- medverkan i yrkesinriktad rehabilitering och uppföljning,
- stöd vid information till arbetskamrater och arbetsledning om arbetshindret och de åtgärder som behövs för att underlätta arbetet eller rehabiliteringen.

Dessa åtgärder som kan vara medicinska men i många fall tekniskt-ergonomiska, psykologiska och sociala passar väl in i den inriktning mot förebyggande verksamhet som företagshälsovården skall ha. Det är emellertid en speciell dimension som tillförs denna inriktning, när det förebyggande arbetet skall gälla arbetsmiljö-, grupp- och individinriktade åtgärder av så krävande karaktär som det är fråga om när svåra psykiska, fysiska och sociala arbetshinder skall beaktas.

Företagshälsovården är inom hela sitt arbetsfält beroende av kontakter och samarbete både inom och utanför företaget. När det gäller anpassning och rehabilitering kommer företagshälsovården att behöva samarbeta med alla de resurser som byggts upp i samhället för sådan verksamhet. Företagshälsovårdens uppgifter bör nämligen avgränsas till åtgärder som avser förändringar och rehabiliteringsinsatser i arbetsmiljön och de kontakter detta kräver inom företaget samt kontakt med dem som utanför företaget ansvarar för vård- och rehabiliteringsåtgärderna, d v s hälso- och sjukvården, arbetsvården och socialtjänsten samt länsarbetsnämnd och försäkringskassornas rehabiliteringsgrupper som också har viktiga uppgifter i sammanhanget. Väsentligt för företagshälsovården i arbetet med rehabilitering och anpassning blir, vid sidan av anpassningsåtgärder på arbetsplatsen, att utarbeta rutiner för kontakter med berörda organ. Inte minst måste rutinerna vara sådana att företagshälsovården i god tid får information om att anpassning och rehabilitering behövs. Många utslagningar från arbetslivet kan t ex hindras om arbetsmiljöinriktade åtgärder sätts in istället för långvarig sjukskrivning. Sålunda skulle en bättre kommunikation mellan primärvården och företagshälsovården kunna leda till att återgång i arbete efter sjukskrivning avsevärt skulle underlättas om personalen i primärvården och företagshälsovårdens personal gemensamt kunde finna former för sådan återgång.

Anpassnings- och rehabiliteringsuppgifterna är svåra och kräver, förutom tid och tålamod, god inblick i samhällets resurser för sådana åtgärder. Företagshälsovården måste vara beredd att i samverkan med personalansvariga i företagen avsätta tillräckliga resurser för dessa uppgifter.

5.2.5 Ergonomi. Ett utvecklingsområde för företagshälsovården

Begreppet ergonomi används för att beteckna samspelet mellan människans funktioner och arbetets tekniska och organisatoriska utformning. Tidigt kom de ergonomiska frågeställningarna att koncentreras till arbetstyngd, arbetsställning, rörelsemönster och varseblivning. Bedömningen sker numera också mot bakgrund av mer övergripande frågeställningar, där arbetets organisation och innehåll är betydelsefulla komponenter.

Belastningssjukdomar och belastningsskador orsakade av arbetet är trots den ökande uppmärksamheten på arbetsmiljön fortfarande ett allvarligt problem. Varannan anmäld arbetssjukdom är av belastningstyp och vad gäller sjukdomspanoramat i stort är sjukdomar i skelett och rörelseorgan den största diagnosgruppen. De svarar också för den största andelen förtidspensioner och sjukbidrag. Enligt SCB:s levnadsnivåundersökningar är antalet sjukpenningdagar tre till fyra gånger fler bland dem som i arbetet utsätts för belastningsfaktorerna "tunga lyft, upprepade ensidiga arbetsrörelser, olämpliga arbetsställningar, skakningar och vibrationer samt daglig svettning av kroppsansträngning" än bland dem som inte utsätts för sådan påfrestning.

Den allt mer omfattande mekaniseringen av produktionen har visserligen medfört att många av de tyngsta och besvärligaste arbetena försvunnit. Men samtidigt medför kraven på effektivare produktion ett intensivare utnyttjande av såväl personal som produktionsapparat vilket många gånger successivt medför nya allvarliga arbetsmiljöproblem. De nya arbetsmetoderna kan innebära monotona och ensidigt belastande arbeten som kan orsaka belastningssjukdomar.

Problemets svårighetsgrad kan belysas med rationaliseringen inom skogsbruket, där man trots stora insatser för forskning och utveckling för att förebygga skador ställts inför nya besvärliga miljöförhållanden. Utvecklingen har där som på andra ställen styrts av rationaliseringshänsyn som i första hand beaktat ekonomiska kriterier och produktivitet. Omdaningen av skogsarbetet från ett rent manuellt säsongsarbete till helårssysselsättning, dess effektivisering och mekanisering har legat före arbetsmiljöforskningen. Företagshälsovården har samtidigt byggts ut. Men både forskningen och företagshälsovården fick i alltför hög grad arbeta bakåtblickande.

Motorsågens introduktion i skogsbruket innebar i vissa avseenden sänkt fysisk arbetsbelastning samtidigt som den medförde nya påtagliga arbetsmiljöproblem med bl a buller, vibrationer och luftföroreningar. Det kom att krävas stora insatser för att i efterhand motverka dessa negativa följder.

Även nästa fas i utvecklingen, helmekaniserad avverkning, fick oönskade följder. Visserligen kunde de nya avverkningsmaskinerna och processorerna näst intill ta bort det fysiskt tunga arbetet och de stora akuta skaderiskerna. Men samtidigt tillkom andra arbetsmiljöproblem, bl a arbeten som medförde ensidiga och starkt upprepade rörelsemönster.

Denna utveckling har paralleller inom andra branscher och det finns tendenser att även den nu allt snabbare datoriseringen inom näringsliv och förvaltning kan få negativa konsekvenser ur arbetsmiljösynpunkt. Datoriseringen inom kontoren har i många fall lett till nya problem med bl a

ögonbesvär, muskelvärk i nacke, rygg och skuldror. Datoriseringen belyses särskilt i avsnitt 5.2.6.

Det kan också konstateras att den tekniska utvecklingen fått ur arbetsmiljösynpunkt även negativa följder trots att företagshälsovård funnits tillgänglig på många av de berörda arbetsplatserna. Dess kunskaper om konsekvenser av förändringar i produktionsteknik och arbetsorganisation som skulle kunna ha utnyttjats i planeringen har inte kommit fram vid beslutstillfällena. Detta är visserligen ett generellt problem för företagshälsovården men det får här särskilt kraftigt genomslag eftersom introduktion av ny teknik och dess ergonomiska följder ofta berör stora grupper av anställda, ibland en hel yrkeskår.

Företagshälsovårdens arbete med ergonomiska frågor förutsätter i särskilt hög grad en samlad teknisk, medicinsk, psykologisk och social bedömning. Frågorna går ofta i varandra i synnerhet när utvecklingen för med sig ändrat arbetsinnehåll och organisation. Men man får inte glömma att i grunden är det produktionstekniska faktorer som bestämmer utvecklingen. För att företagshälsovården skall kunna verka effektivt förebyggande måste den kunna påverka den tekniska lösningen på ett tidigt stadium. Sådana insatser innebär att företagshälsovårdens synsätt måste nå ut till konstruktörer, produktionstekniker, systemutvecklare m fl för att formulera ergonomiska förutsättningar och krav. Här sätts särskilt företagshälsovårdens tekniska kompetens på prov och kommer att göra det i allt högre grad.

I sammanfattning är det följande utvecklingstendenser som kommer att styra företagshälsovårdens insatser på området.

- De senaste åren har man lyckats reducera de tyngsta arbetsmomenten. Dessvärre har de ibland ersatts med bl a stillastående arbetsuppgifter med fixerade arbetsställningar och statiska belastningar där en kroppsdel måste hållas fixerad i ett bestämt läge. Sådana s k statiska belastningar kan även om arbetet i sig inte är tungt medföra överansträngning och skador. Insatserna i framtiden måste inriktas på att begränsa fysiska toppbelastningar, såväl sådana som orsakas av tungt fysiskt arbete som av statisk belastning.
- Arbetsuppgifterna tenderar också att bli alltmer specialiserade för många anställda, vilket ofta leder till kortcykliga och ensidiga rörelsemönster. Arbetets utformning med hänsyn till rörelsemönster och arbetstyngd måste anpassas så att skadliga belastningar inte uppstår.
- Arbetets och arbetsplatsens utformning med hänsyn till kraven på varseblivning och olika mentala stressfaktorer måste bearbetas i större utsträckning, särskilt mot bakgrund av att alltfler arbeten får övervakande karaktär.
- Systemergonomiska analyser kommer att behövas. Dessa innebär övergripande bedömningar av den anställdes situation i allt mer högteknologiska produktionssystem. Härvid måste man också uppmärksamma de arbetsorganisatoriska frågornas betydelse och diskutera arbetsbyte, arbetsutvidgning, lagarbete, pauser m m. Företagshälsovården kommer att möta delvis nya men utmanande arbetsuppgifter inom detta område.

5.2.6 Företagshälsovården, datorisering och automatisering

5.2.6.1 Datorisering och automatisering

Den ökande datoriseringen kommer att få betydande effekter på arbetsmarknad och arbetsliv. I en rad statliga utredningar har konsekvenserna av datorisering analyserats och de fackliga organisationerna har i olika datapolitiska handlingsprogram formulerat sina ståndpunkter. Under våren 1982 lade regeringen fram en proposition om samordnad datapolitik (prop 1981/82:123) som anger övergripande mål och riktlinjer.

Det är uppenbart att datoriseringen får stor betydelse för arbetets innehåll och organisation och för arbetsmiljön såväl fysiskt, psykiskt som socialt. Effekterna är emellertid inte entydiga. När det gäller arbetsmiljön kan både positiva och negativa drag urskiljas, t ex i sådana fall där den fysiska miljön förbättrats samtidigt som arbetet blivit mer utarmat och kanske socialt isolerat genom ökat ensamarbete. Effekterna beror naturligtvis i hög grad på i vilket sammanhang datortekniken används. Här är det i första hand datorn som produktionshjälpmedel respektive som administrativt hjälpmedel som innebär en distinktion.

Datorn som produktionshjälpmedel inom industrin har introducerats som en del i en sedan länge etablerad tradition av mekanisering och rationalisering. Numeriskt styrda verktygsmaskiner (NS-maskiner) är nu vanliga inom verkstadsindustrin. Tekniken innebär att manövreringen av verktygsmaskiner sker automatiskt och maskinarbetaren ersätts av en operatör vars uppgift blir att växla arbetsstycken, kontrollera mått, korrigera och övervaka maskinen. Industriroboten är ytterligare ett steg i automation och som jämfört med NS-maskinen är mer flexibel och har förmåga att flytta gods och verktyg mellan ett stort antal punkter. Industriroboten har hittills använts för bl a målning och svetsning och för att flytta detaljer mellan olika operationer. Sverige är ett av de länder där industrirobotar fått störst användning i relation till verkstadsindustrins storlek och antalet väntas dessutom öka väsentligt under 1980-talet.

En tendens som börjar göra sig gällande inom verkstadsindustrin är också en gradvis förskjutning från automatisering av enskilda maskiner till hela maskinsystem. Dessa system för produktion med begränsad bemanning, PBB-system, som väntas bli allt vanligare under det närmaste decenniet, kommer att ytterligare betona utvecklingen av arbetsinnehållet i riktning mot tillsyn, inställning och reparation. Datorstödda transportsystem och lagersystem är andra tillämpningar av datortekniken som ofta ingår i större samordnade system för produktionen. Både arbetsinnehåll och arbetsmiljö kan komma att förändras när sådana system införs.

Inom främst den traditionella processindustrin såsom massa- och pappersindustrin, järn- och stålindustrin samt den kemiska basindustrin förekommer större produktions- och processtyrsystem, PSS-system. Utvecklingen här innebär att tekniken ytterligare förfinas så att styrningen av stora produktionsprocesser kan ske från ett kontrollrum, där kanske en person ensam svarar för övervakningen.

Andra tillämpningar av datortekniken i produktionen är s k CAD-system (computer aided design) som används för ritnings- och konstruktionsarbete.

Den ger relativt stor arbetsbesparing och ökad snabbhet vid avgränsade arbetsuppgifter.

Under 1960- och 1970-talen kom de stora systemen för automatisk databehandling (ADB) inom administration, bank- och försäkringsväsende.

Försäkringsbolag och banker var tidigt ute liksom ett antal myndigheter med stora mängder standardiserade data, t ex Statistiska centralbyrån och riksskatteverket.

Äldre metoder att behandla data ersattes efter hand med datorer. Därigenom kunde stora mängder rutinarbete elimineras. Många av de tjänster som banker, försäkringsbolag och myndigheter nu erbjuder hade överhuvudtaget inte varit möjliga utan de administrativa datorsystemen. Utvecklingen av större datorsystem medför bl a att bearbetnings- och minneskapaciteten sprids ut. Detta ger större möjligheter att i framtiden sprida arbetsplatserna till många orter och ger möjlighet till lokala tillämpningar inom ett stort datorsystem.

Den snabbaste utvecklingen av datortekniken inom kontorsområdet gäller ord- och textbehandlingsutrustning. Den används i första hand för att rationalisera maskinskrivningsarbetet och möjliggör bl a redigering och ibland även överföring av text till tryckeri eller andra mottagare. Andra tillämpningar är datorstödd kontorsservice av olika slag t ex i samband med registrering och arkivering, bibliotek, telefonväxel eller personaladministration.

På senare tid har gjorts försök med hemterminaler och grannskapscentraler. Genom hemterminaler blir det möjligt att helt eller delvis utföra arbetet i hemmet. Grannskapscentraler är större enheter med tillgång till ord-och textbehandling, dataregistrering och mikrofilmning som kan ge varierad service åt olika företag eller organisationer. Det finns idag ingen större erfarenhet av effekter av hemterminalarbete och grannskapscentraler och det är svårt att bedöma vilken omfattning dessa organisationsformer kan komma att få.

5.2.6.2 Konsekvenser för arbetsmiljön

Datoriseringen kan komma att få stora effekter på sysselsättningen, påskynda strukturomvandlingar och förändra innehållet i många traditionella arbeten. Den kommer också att direkt påverka arbetsmiljön för stora grupper av anställda. I verkstadsindustrin har t ex programmerade NS-maskiner och robotar i många fall kunnat ta över uppgifter som svarvning, svetsning och sprutmålning. Tunga lyft försvinner och i många fall innebär automatiseringen att människan inte behöver utsättas för skadligt buller eller luftföroreningar. Inom processindustrin utförs arbetet allt oftare från kontrollrum, där den fysiska arbetsmiljön är mycket bra jämfört med tidigare förhållanden. Utvecklingen innebär att färre människor behövs ute i produktionen och således kommer färre personer i direkt kontakt med ohälsosamma arbetsmiljöer, samtidigt som de som behöver finnas kvar, t ex underhållsarbetare, kan komma att utsättas för ökade miljörisker. Det finns också nya olycksfallsrisker förknippade med automatisering som måste uppmärksammas.

Om datoriseringen i stort ger fördelar beträffande den fysiska arbetsmiljön är konsekvenserna med hänsyn till arbetsinnehåll, monotoni och ökad isolering inte så entydiga.

Arbetsgemenskapen påverkas genom automatisering. Ensamarbete blir ofta följden och problem med social isolering kan bli påtagliga. Inom processindustrin tenderar produktionen till följd av automatisering att ske med allt mer begränsad bemanning så att t ex en person under natten ensam från ett kontrollrum styr och övervakar en hel produktionsprocess. Sådant ofta monotont övervakningsarbete som kräver fortlöpande koncentration kan medföra stress och spänning hos operatören.

Automatisering och datorisering ger ofta betydande konsekvenser för arbetsinnehåll. För många minskar betydelsen av traditionella yrkeskunskaper. Uppgifterna får mer karaktär av passning, vilket ofta uppfattas som monotont och tråkigt. I andra fall kan effekten bli att hårt styrda och bundna uppgifter t ex vid monteringsband försvinner och ersätts av mer meningsfulla och omväxlande arbetsuppgifter i nära samarbete med arbetskamrater med olika kompetenser och yrkesutbildning.

Vid datorisering inom kontor och administration har flera negativa effekter uppmärksammats. Särskilt i samband med införandet av bildskärmar har problem med ögonbesvär, muskelvärk i nacke, rygg och skuldror varit påtagliga. Arbetsbetingelserna har ibland ändrats genomgripande jämfört med konventionellt kontorsarbete. Rörelsemönstret har blivit mer ensidigt och arbetsställningarna fixerade. Visserligen har utrustningen förbättrats avsevärt de senaste åren men fortfarande kvarstår brister ur ergonomisk synpunkt, särskilt vad gäller s k ordbehandlingsutrustning och minidatorutrustning.

Datoriseringen av kontoren har också medfört effekter för arbetets innehåll och arbetsgemenskapen. Det finns t ex tendenser till hårdare styrning och specialisering av sekreterarepersonalen som leder till mer rutinbetonade arbetsuppgifter och minskat behov av kontakter med kollegor i arbetet som i sin tur kan leda till isolering. Ett exempel är de s k hemterminalerna. Men samtidigt kan rationaliseringen av skrivarbetet skapa möjlighet till arbetsutvidgning.

5.2.6.3 Företagshälsovårdens insatser

Företagshälsovården kommer att ha en mycket viktig roll i samband med arbetslivets fortsatta datorisering och automatisering. Införandet av datorer ger stora möjligheter till ur arbetsmiljösynpunkt positiva förändringar som bör tas till vara, samtidigt som riskerna för negativa effekter är uppenbara om inte arbetsmiljön beaktas i ett tidigt skede vid en planerad datorisering. Företagshälsovården måste vara beredd att stödja företagen lokalt med bedömningar med hänsyn till effekter i arbetsmiljön fysiskt, psykiskt och socialt. Företagshälsovårdens insatser vid planerad datorisering och automatisering kan t ex innebära följande.

- Kartläggning och beskrivning av arbetsmiljöeffekter på ett tidigt stadium i planeringsprocessen.
- Beskrivning av effekter av ändrad arbetsorganisation. Förändringar av

arbetsinnehåll och arbetsgemenskap, ensamarbete och andra former av glesare bemanning samt införande av skiftgång är faktorer som behöver belysas medicinskt, psykologiskt och socialt.

- Analys av aktuell utrustning ur arbetsmiljösynpunkt, såväl vad gäller utrustningens närmiljö som dess eventuella påverkan på omkringliggande miljöförhållanden.
- Uppföljning och stöd till grupper av anställda som på grund av organisatoriska förändringar får ändrade arbetsuppgifter och som därför utsätts för särskilda påfrestningar och därmed förenade hälsorisker.

5.2.7 Bättre arbetsskadeutredningar med hjälp av företagshälsovården

5.2.7.1 Arbetsskadelagstiftningen

Sedan den 1 juli 1977 gäller lagen om arbetsskadeförsäkring (SFS 1976:380). Den skiljer sig väsentligt från den tidigare lagen om yrkesskadeförsäkring. Skillnaden är i första hand att arbetsskadebegreppet vidgats till att gälla, förutom olycksfall i arbetet och på väg till och från arbetet, även varje annan sjukdom eller skada som kan föras tillbaka till arbetet eller därmed sammanhängande förhållanden. En sådan skada eller sjukdom skall bedömas som arbetsskada "om ej betydligt starkare skäl talar emot det".

Arbetsskadeförsäkringen ger via den allmänna försäkringen i stort sett full täckning för den inkomstförlust arbetsskadan medför. Dessutom är fr o m 1974 praktiskt taget alla anställda omfattade av den s k trygghetsförsäkringen, som grundar sig på avtal mellan arbetsmarknadens parter och ger ersättning enligt skadeståndsmässiga grunder bl a för lyte och men.

Arbetsskadebedömningen handläggs inom försäkringskassorna och ärendena avgörs av pensionsdelegationerna. Överklagande av pensionsdelegationens beslut kan ske i första instans i regional försäkringsrätt och i sista hand i försäkringsöverdomstolen.

Det åligger arbetsgivaren att efter anmälan av den som anser sig ha fått en arbetsskada göra anmälan till allmän försäkringskassa. Vid anmälan skall alla de synpunkter redovisas som kan behövas för kassans utredning. En arbetsskada utreds i två steg. I det första utreder kassan om skadlig inverkan funnits i den skadades arbete eller inte. Om man konstaterar att en sådan skadlig faktor förekommit i arbetet skall en bedömning göras av sambandsfrågan. Föreligger i det individuella fallet samband mellan den skadliga faktorn och den skada eller sjukdom som konstaterats?

När det gäller bedömningen om samband i det enskilda fallet inhämtar kassans utredare, utöver uppgifter från den skadade, relevanta medicinska uppgifter från behandlande läkare. I vissa fall sker på anmaning av kassan ytterligare utredningar, såväl miljömässigt som medicinskt.

5.2.7.2 Erfarenheter av arbetsskadeutredningar

1979 var antalet arbetsskador som ledde till sjukskrivning eller annan ersättning från sjuk- och arbetsskadeförsäkringen närmare 158 000. Dessutom anmäldes c 14 000 bagatellskador, d v s olycksfall i arbetet som inte ledde till sjukskrivning. Arbetsolycksfallen utgör 80 procent av arbetsskadorna.

Jämsides med de väsentligt förstärkta insatserna på arbetsmiljöns område har antalet anmälda yrkessjukdomsfall ökat mycket starkt under främst de senaste åren. Fram till 1973 anmäldes årligen i runt tal 2 000 sådana fall till prövning enligt yrkesskadeförsäkringslagen. Därefter har man kunnat bevittna en drastisk ökning i anmälningsfrekvensen. 1974 utgjorde antalet nyanmälda yrkessjukdomsärenden c 3 400. Följande år (1975) anmäldes c 9 400 fall. Under 1976 steg antalet nya yrkessjukdomsärenden enligt yrkesskadeförsäkringslagen till 13 400 för att 1977 stiga ytterligare till 16 200. Man hade skäl anta att antalet ärenden som skulle anmälas för prövning enligt den nya lagen om arbetsskadeförsäkring i varje fall inte skulle bli färre än antalet anmälningar enligt yrkesskadeförsäkringen. Detta besannades och 1979 anmäldes c 25 500 sjukdomsärenden enligt de båda lagarna.

Ett utmärkande drag för de senaste årens utveckling har varit att antalet svårbedömda, tidigare inte penetrerade, sambandsfrågor ökat mycket kraftigt. Inte minst gäller detta sjukdomar, som på ena eller andra sättet antas ha orsakats av kemiska ämnen eller energistrålning i arbetsmiljön. Företagshälsovårdsutredningen har i betänkandet Utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22) uppmärksammat detta och föreslagit, att de yrkesmedicinska sjukhusresurserna byggs ut så att yrkesmedicinska kliniker kan medverka vid bl a utredning av arbetsskada i de fall kvalificerade bedömningar behövs.

Erfarenheter och utredningar som gjorts visar en rad bekymmersamma problem i anslutning till arbetsskadeförsäkringen. De kan sammanfattas på följande sätt.

- Försäkringskassornas resurser och kompetens räcker inte för behoven.
- Det förekommer stor eftersläpning i handläggningen av arbetsskadeärenden.
- Man kan konstatera en avsevärd variation i bedömningen inom olika pensionsdelegationer.
- Kassorna har mycket ofullständiga utredningsunderlag när det gäller steg ett som avser frågeställningen om en skadlig faktor förekommit i arbetsmiljön. Däremot tycks man koncentrera sig på den medicinska utredningen av skadan.
- Med detta arbetssätt finns risken för en praxis som leder till en strängare bedömning i sambandsfrågan än vad lagstiftarna avsett.
- Sådana sambandsbedömningar är avsevärt svårare än under tidigare lagstiftning eftersom praktiskt taget all form av ohälsa, såväl av fysiskt som psykiskt slag, kan inrymmas i arbetsskadebegreppet och eftersom även försämringar av tidigare uppkommen ohälsa kan inrymmas.

5.2.7.3 Företagshälsovårdens uppgifter

Eftersom de anställdas rättigheter enligt arbetskadelagstiftningen i så hög grad är beroende av en objektiv och inträngande sambandsutredning, framförallt vad gäller frågan om skadlig inverkan har funnits i arbetet, måste de arbetsmiljöansvariga i företaget medverka till att kvalificerade utredningar kommer till stånd som underlag för arbetsskadebedömning. Det är framförallt arbetsledare, skyddsombud och skyddskommittéer som mer

måste engagera sig i denna uppgift. Därvidlag måste de kunna räkna med att företagshälsovården tillhandahåller en del av de kvalificerade resurser som är erforderliga.

Arbetet måste gälla många befattningshavare i företagshälsovården. Tekniskt finns här stora uppgifter med inventering av kemiska ämnen, luftföroreningar, ergonomiska förhållanden, påverkan av buller m m. Här krävs också ofta svåra bedömningar i samband med rekonstruktion av arbetsförhållanden som inte längre är aktuella men som ligger i bakgrunden som orsaksfaktorer för långtidseffekter.

Även den medicinska personalen måste bli engagerad i sådana miljöutredningar. Framförallt får de en väsentlig roll i bedömningar på effektsidan, d v s om den skada som uppkommit kan anses stå i samband med den typ av skadlig inverkan som påvisats.

Företagshälsovårdens medicinska personal har därvid speciella förutsättningar att samverka med samhällets hälso- och sjukvård på både primärvårds- och specialistnivå, inte minst de yrkesmedicinska klinikerna. Den kontinuerliga kontakten med de anställda i arbetssituationen, den speciella arbetsmedicinska kompetensen, möjligheten att penetrera problemen på gruppnivå i epidemiologiska ansatser, allt samverkar till att det finns speciella förutsättningar för företagshälsovårdens medicinska personal att medverka vid denna typ av sambandsbedömningar.

Ytterligare en aspekt på företagshälsovårdens medverkan i utredning av arbetsskada kan vara att företagshälsovården redan vid anmälan av arbetsskada är beredd att bistå med råd om hur denna anmälan skall formuleras så att relevanta uppgifter kommer med. Betydande tidsvinster och ekonomiska vinster torde ligga i ett sådant förfarande. Företagshälsovården bör medverka till att även psykiska besvär som uppkommit i arbetssituationen blir beaktade som arbetsskador och att de blir anmälda och noggrant utredda.

Förhållandet att erfarenheterna från utredningar av inträffade arbetsskador kommer det förebyggande miljöarbetet tillgodo understryker ytterligare att det finns skäl att utvidga företagshälsovårdens engagemang i utredning av arbetsskador.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning är det således mycket som talar för att företagshälsovården i framtiden bör ta på sig utökade uppgifter inom området arbetsskadeutredning.

5.3 Miljöinriktade förebyggande insatser

5.3.1 Olycksfallsförebyggande verksamhet

5.3.1.1 Allmänna synpunkter

Olycksfall i arbetet är fortfarande ett stort arbetsmiljöproblem. Årligen inträffar drygt 100 000 arbetsolycksfall (exkl färdolycksfall) som medför sjukskrivning och som anmäls till försäkringskassan. Arbetsolycksfallsfrekvensen, d v s antalet arbetsolycksfall i relation till arbetad tid totalt, har i stort sett varit konstant under hela 1970-talet. Men olycksfallen har blivit

mindre allvarliga under perioden och särskilt vad gäller dödsolyckorna har utvecklingen varit positiv. Sedan 1955 har antalet minskat till en tredjedel. Bakom detta ligger en kombination av insatser, bl a ett ökat allmänt skyddsmedvetande, intensifierat skyddsarbete, lagstiftnings- och tillsynsåtgärder, forskning och inte minst den tekniska utvecklingen i sig.

Genom arbetarskyddsstyrelsens informationssystem för arbetsskador (ISA) är det numera möjligt att få en bra överblick över olycksfallsbilden på arbetsplatserna. Den senaste sammanställningen (1981) visar att fallolyckor är vanligast. Mycket vanliga är också olyckor vid rörliga maskindelar, skador där personen gör sig illa på det han bär eller hanterar och s k överbelastningsskador orsakade av tunga lyft, svåra arbetsställningar och häftiga rörelser.

I regel är det många faktorer som samspelar när ett olycksfall inträffar. Det kan vara tekniska faktorer, t ex brister i den tekniska utrustningen och arbetsmetoden, miljöfaktorer, t ex dålig belysning, buller eller ansträngande arbetsställningar, mänskliga faktorer, t ex bristande kunskaper, stress och trötthet samt organisatoriska faktorer, t ex effekter av monotoni och ensamarbete.

För att komma åt olycksfallen måste företagshälsovården kunna identifiera och bedöma olika förhållanden som kan orsaka eller utlösa ett olycksfall. Det är särskilt väsentligt att den bedömningen kommer in redan på ett tidigt stadium när man planerar förändringar i produktionen, vid nybyggnader etc. Företagshälsovården måste också stimulera och medverka i den kontinuerliga uppföljningen på arbetsplatserna. Olycksfallsutredningar, tillbudsanalyser och även traditionella skyddsronder kommer här att bli centrala insatser.

Det olycksfallsförebyggande arbetet har försvårats av att det inte funnits några bra systematiska metoder för sådant arbete inom företagshälsovården. På de ställen där man använt systematiska riskanalyser, t ex inom kärnkraftsområdet och inom kommersiellt flyg har den förebyggande effekten varit stor. Insatser för att få fram metoder som också företagshälsovården kan använda är viktiga och det pågår f n en hel del forsknings- och utvecklingsarbete initierat av arbetarskyddsfonden.

I sammanfattning blir följande insatser centrala i företagshälsovårdens olycksfallsförebyggande verksamhet.

- Tillämpning av systematiska metoder för olycksfallsförebyggande verksamhet, t ex riskanalyser, särskilda formulär och checklistor.
- Fortsatta insatser för att minska olycksfallsrisker i den befintliga miljön, t ex olycksfallsutredningar, tillbudsanalyser, åtgärdsplanering, genomförande och uppföljning av åtgärder.
- Ökade insatser för att i planeringen verkligen bevaka olycksfallsaspekten. Särskilt konsekvenser vid introduktionen av ny teknik måste beaktas.

5.3.1.2 Utredning av olycksfall och tillbud

Utredning av olycksfall ger underlag för åtgärder mot olycksfallsrisker och medverkar till att öka medvetenheten om riskmomenten i arbetet och till att

aktivera skyddsarbetet.

Ytterligare ett steg för att förbättra informationsunderlaget är analys av tillbud, d v s händelser som kunde ha lett till personskador. Bakgrunden är att olycksfall med skador som följd trots allt inträffar ganska sällan på den enskilda arbetsplatsen. Det kan därför ta lång tid att identifiera en olycksfallsrisk om man enbart litar till olycksfallsundersökningar. Tillbudsanalyser ger i sådana lägen kompletterande information. Studier inom svenskt skogsbruk visar att c 700 tillbud inträffar per verklig skada och liknande amerikanska undersökningar pekar på att c 10 procent av olyckshändelserna leder till personskador.

Olycksfallsutredningar och tillbudsanalyser kommer att vara viktiga instrument i företagshälsovårdens arbete. Tillbudsrapporteringen behöver dock inte ske kontinuerligt över hela fältet utan kan riktas mot bestämda problem eller verksamheter och ske under avgränsade tidsperioder. Sådana insatser ger ofta också positiva effekter i ökat riskmedvetande och förbättrat samarbete i skyddsfrågor.

Vid olycksfallsutredning måste företagshälsovården analysera händelseförloppet. Den tekniska och arbetsorganisatoriska bakgrunden liksom dålig överensstämmelse mellan individuell kapacitet, fysiskt och psykiskt, och arbetskrav måste uppmärksammas.

Detta kräver tekniska och medicinska bedömingar men också psykologiska insatser kan behövas. Den psykologiska sidan av olycksfall kan särskilt behöva beakta i sammanhang då människans möjligheter att uppmärksamma och aktivt bearbeta syn- och hörselintryck är betydelsefulla, t ex vid signalanordningar.

Kunskap om olycksfallen kan systematiseras med hjälp av arbetsskadestatistik. Genom att studera denna och jämföra med tillgänglig statistik för andra företagshälsovårdsenheter, branscher eller landet totalt kan företagshälsovården finna samband och göra jämförelser som inte är möjliga i det enskilda fallet. Genom att informationssystemet om arbetsskador (ISA) nu byggs ut blir bättre statistiskt jämförelsematerial tillgängligt, vilket ger bättre förutsättningar för företagshälsovården att analysera insamlade lokala data.

5.3.1.3 Åtgärder mot olycksfall

Företagshälsovården måste komma in tidigt i planeringsprocessen för att fånga upp tänkbara olycksrisker i de planerade arbetsmiljöerna. Man måste medverka till att riskerna undviks eller görs så små som möjligt och att konsekvenserna av eventuellt inträffade olycksfall kan begränsas. I ett senare skede är det ofta både kostsammare och svårare att rätta till brister i utformningen.

Det innebär att företagshälsovården måste kunna använda systematiska metoder för att identifiera och bedöma risker i olika skeden vid planeringen. I ett stort projekt kan bedömningen t ex gälla.

- Fördelning av funktioner mellan människa och maskin.
- Utformning av instrument, maskiner och arbetslokaler.
- Utformning av arbetsorganisation, d v s tekniskt produktionssystem,

styrningsförhållanden, medinflytande, löner o s v.
- Urval, träning och utbildning.

ISA-statistiken visar att bland yttre faktorer som orsakar olycksfall dominerar maskiner och verktyg av olika slag, hissar, transportanordningar, fordon och liknande. Mycket vanliga är också halkolycksfall. Utformningen av byggnader och lokaler liksom av transporter, lyftanordningar, fordon, maskiner, handverktyg och andra redskap måste därför särskilt beaktas.

Företagshälsovårdens insatser blir således i hög grad tekniska. Men också andra bedömningar kommer att behövas,t ex psykologiska, för att undersöka om arbetssituationen och arbetsuppgiften är sådan att de anställda genom feluppfattningar, felbedömningar och felhandlingar kan komma att utsätta sig själva och andra för olycksfallsrisker.

Företagshälsovården måste också uppmärksamma organisatoriska och sociala förhållanden som kan medföra risker i arbetet, t ex ackordslön i särskilt riskfyllda arbeten, monotont ensamarbete, ansvarskrävande ensamarbete, tryck från arbetsgruppen eller arbetsledningen som kan medföra prestationskrav utöver den enskildes förmåga.

Företagshälsovården skall kontinuerligt medverka till att spåra och undanröja risker i den befintliga arbetsmiljön. Olycksfallsutredning, tillbudsrapportering, skyddsronder och andra kartläggningar ger underlag för att bedöma behovet av insatser. Företagshälsovården måste därefter medverka vid åtgärdsplanering, genomförande och uppföljning. Informations- och utbildningsprogram samt skyddsinstruktioner blir andra betydelsefulla inslag i arbetet. Det kan t ex gälla utbildning av fordonsförare, information om säkerhetsbestämmelser för excenterpressar, information om fall- och halkrisker samt utbildning om risker och skyddsåtgärder vid speciella arbeten m m.

Mycket av företagshälsovårdens arbete måste ske i direkt samarbete med arbetsledare och skyddsombud på den enskilda arbetsplatsen. I små företag utan skyddskommitté är detta ofta enda möjligheten. Samarbetet kan bl a bestå i att företagshälsovården informerar och ger råd i olycksfallsförebyggande frågor. Behovet av medverkan varierar alltefter hur utvecklad skyddsverksamheten hunnit bli och beroende på arbetsuppgifternas karaktär.

En vanlig form av systematiskt skyddsarbete ute på arbetsplatserna är skyddsronder där skyddsombud, ansvarig arbetsledare och ibland också representanter för företagshälsovården deltar. Då studerar man antingen särskilda problemområden, t ex skyddsanordningar på maskiner, vissa arbetsmiljöfaktorer eller arbetsplatsens miljö i sin helhet. Vid ronderna protokollförs upptäckta brister och överenskomna åtgärder.

Det är många gånger värdefullt om företagshälsovården kan delta i ronderna. Man får då möjlighet att direkt informera och lämna förslag samtidigt som deltagandet ger kunskap om rådande problem vid olika arbetsplatser som betjänas av företagshälsovården. En väsentlig uppgift för företagshälsovården är under alla förhållanden att hjälpa till att utarbeta checklistor och annat underlag som skall användas vid ronderna, hjälpa till med rutinerna kring verksamheten och att utbilda berörda anställda.

Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter är ett viktigt instrument i det

olycksfallsförebyggande arbetet. Det är arbetsgivaren som har ansvaret för att dessa följs men företagshälsovården kan göra stora insatser för att informera arbetsledningen om aktuella bestämmelser och följa upp när det kommer nya eller när äldre bestämmelser kompletteras.

När det saknas centrala föreskrifter för en verksamhet kan företagshälsovården medverka till att utforma lokalt anpassade instruktioner och regler. I många fall behövs också en lokal anpassning av befintliga generella föreskrifter. Företagshälsovården kan vid direktimport eller egen tillverkning inom företaget av teknisk utrustning också medverka med rådgivning om bestämmelser och med skyddsteknisk granskning.

Under senare år har en total riskvärdering inom företagen med hjälp av en s k RM-modell (Risk Mangement) börjat diskuteras. Målet är att minimera kostnaderna för skador och försäkringar sammantaget. Denna ekonomiska riskvärdering ingår inte i företagshälsovårdens arbetsuppgifter även om företagshälsovården i vissa fall kan medverka i de delar som avser bedömning av arbetsmiljöanknutna risker.

5.3.1.4 Första hjälpen vid olycksfall och akut sjukdom

Arbetsmiljölagen ställer krav på arbetsgivaren att anordna första hjälpen vid olycksfall och akut sjukdom. Det är lämpligt att företagshälsovården ansvarar för att första hjälpen organiseras och fungerar. Detta skall ske i samspel med ansvariga inom företaget, d v s arbetsledning och lokala fackliga organisationer.

För företagshälsovårdens medicinska personal blir det en uppgift att inom sig organisera förutsättningarna att i den dagliga verksamheten på enheten ägna första hjälpen-frågorna tillräcklig uppmärksamhet. Dessutom, och detta är kärnpunkten i arbetet, skall företagshälsovården hjälpa till att organisera första hjälpen ute på de olika arbetsplatserna. Därvid måste garanti skapas för att olycksfall, t ex vid ben-, led- och muskelskador, svåra blödningar eller förgiftningar, tas om hand snabbt och adekvat. Kunskap om förband, lyft av skadad, konstgjord andning, förebyggande eller hävande av chocktillstånd etc måste alltså finnas och tillämpas mycket snabbt. På samma sätt måste akut sjukdom kunna tas om hand i avvaktan på transport till sjukvårdsinrättning. Transportberedskap är en viktig del av första hjälpen.

För att första hjälpen skall fungera fordras såväl utbildning av personer på "verkstadsgolvet" som kan ge första hjälpen som resurser i form av förbandslådor, bårar, filtar och annat material samt uppgifter om t ex vilka sjukvårdsinrättningar som bör kontaktas i en akut situation. Företagshälsovården skall svara för utbildningen för första hjälpen och se till att resurser finns. I övrigt skall företagshälsovården kontinuerligt följa upp att första hjälpen-organisationen fungerar och på ett bra sätt samverkar med den övriga skyddsorganisationen i företaget.

En annan uppgift är att i planeringen och utbildningen för första hjälpen beröra människors sätt att reagera i kris- och katastrofsituationer. Det kan gälla hur sjuka och skadade skall tas om hand utan att de utsätts för onödig ångest och oro, hur anhöriga och arbetskamrater bör informeras samt hur uppkomst av långvarig psykisk kris skall kunna förebyggas hos såväl skadad som andra inblandade.

5.3.1.5 Brandskydd

Brandskyddet är en särskild del av det olycksfallsförebyggande arbetet. Skyddsorganisationen måste uppmärksamma risker för brand eller risker när brand uppstår. Vissa brandskyddsärenden kan här få särskild aktualitet. Exempel på sådana är riskerna för och konsekvenserna av explosioner, hantering av brandfarliga varor, utrymningsvägar och nödutgångar, skyltning, märkning av produkter, användandet av brandsläckare samt utbildning och information i brandskyddsfrågor. För företagshälsovården blir det en uppgift att medverka i riskbedömningar samt i övrigt bistå med service och information kring brand- och explosionsrisker i arbetsmiljön.

5.3.2 Arbete med fysikaliska miljöfaktorer

5.3.2.1 Allmänna synpunkter

Med fysikaliska miljöfaktorer brukar man i regel mena buller, vibrationer, joniserande och icke-joniserande strålning, belysning och synförhållanden samt klimatfrågor.

I dag finns i viss utsträckning normer och gränsvärden för enskilda miljöfaktorer med hänsyn till vad som är lämpliga arbetsförhållanden ur fysikalisk synpunkt. Företagshälsovården skall vid planering av ny verksamhet, nya lokaler, inköp av maskiner etc lämna råd om vad normerna kräver och hur de kan uppfyllas. Men i många fall kommer företagshälsovården att få göra svårare bedömningar, t ex när det inte finns några normer eller när olika faktorer samverkar i arbetsmiljön.

Företagshälsovården skall på grundval av kartläggningar, mätningar och värderingar kunna göra jämförelser mellan olika alternativa utformningar och typer av utrustning. Den måste vidare kunna bedöma i vad mån tänkbara leverantörer uppfyller miljökraven. De nämnda uppgifterna innebär i huvudsak tekniska insatser.

Företagshälsovården skall även klara bedömningar som går utom normerna. Detta gäller särskilt krav och åtgärder för individuell anpassning, där företagshälsovården skall kunna ge förslag till anpassningar av den fysiska arbetsmiljön med hänsyn till vad som är lämpligt för enskilda individer.

När det gäller den befintliga arbetsmiljön är det företagshälsovårdens uppgift att systematiskt kartlägga arbetsmiljösituationen och att ge förslag till åtgärder och prioriteringar. Resultaten från detta arbete kan i många fall föranleda en medicinsk uppföljning av berörd personal. Företagshälsovårdens patientkontakter kan också ge indikationer som behöver utredas ytterligare genom kartläggning av särskilda miljöförhållanden. Det finns dessutom psykologiska och sociala aspekter som måste beaktas i uppföljningen av arbetsmiljön. Dessa kan gälla upplevelser av obehag och påfrestning, av oro, ångest och trötthet, sänkt förmåga att klara jäkt och andra påfrestningar, svårigheter i samarbete och i sociala kontakter samt den psykologiska sidan av huvudvärk, yrsel och illamående som kan ha sin grund i buller eller andra fysikaliska miljöfaktorer.

5.3.2.2 Buller

Buller är för många ett mycket påtagligt arbetsmiljöproblem. Förutom att orsaka hörselskador leder kraftigt buller ofta till vantrivsel och social isolering på arbetet, särskilt om hörselskydd måste användas ständigt. Men också mer beskedliga bullernivåer kan vara mycket besvärande för den som är utsatt.

Med hänsyn till problemets omfattning gjordes stora insatser under hela 1970-talet för att komma till rätta med bullrande arbetsmiljöer. Satsningen på bl a forskning och utveckling har i många fall resulterat i effektiva metoder att bullerdämpa lokaler, maskiner och annan utrustning.

Men trots dessa ansträngningar är buller på arbetsplatserna fortfarande ett stort problem. Detta framgår bl a av LO-undersökningen Vad händer med arbetsmiljön? där buller nämns som en påtaglig olägenhet för en stor andel arbetare inom LO-området. Företagshälsovården kommer därför att även i framtiden behöva ge bullerfrågor stort utrymme och därvid även uppmärksamma behoven av åtgärder mot infra- och ultraljud.

Företagshälsovården har hittills framför allt sysslat med att kartlägga bullerförhållanden och göra medicinska hörselutredningar och riskbedömningar. Den har också medverkat vid val av hörselskydd och gjort förslag till bullerdämpande åtgärder. I framtiden måste företagshälsovården arbeta på bred front. Som grund för åtgärdsplaneringen behövs kartläggningar av buller och analys av bullerkällor. Detta gäller särskilt på arbetsplatser som tidigare inte haft företagshälsovård och där bullerproblemen ofta inte har beaktats lika ingående som på andra håll.

Kartläggningen kan förutom den rent tekniska analysen också ge anledning till att uppmärksamma förekomsten av trötthet, huvudvärk och andra symtom på stress som kan sättas i samband med ljudklimatet.

I kartläggningsskedet kan utredningarna vidare kompletteras med medicinska hörselundersökningar av berörd personal. Resultaten av sådana undersökningar blir ofta väsentliga argument för bullerbekämpande åtgärder och klargör effekterna av konstaterade bullerproblem. Program för personliga hörselskydd kan utarbetas som en temporär åtgärd i väntan på att skadligt buller tekniskt dämpas eller tas bort. Samtidigt bör medicinsk hörselkontroll planeras och genomföras som en konsekvent verksamhet där rådgivning och kontroll av personlig skyddsutrustning ingår som rutinåtgärder.

När det gäller det förebyggande programmet kommer de tekniska åtgärderna att väga särskilt tungt. De insatser som främst blir aktuella är att

- medverka vid utformning av nya anläggningar och lokaler, utarbeta kravspecifikationer vid inköp av maskiner m m, med hänsyn till bulleraspekten,
- kontrollera levererade maskiner och utrustning i förhållande till uppställda bullerkrav,
- utforma bullerdämpande åtgärder vid befintliga maskiner, lokaler etc.

Här kan särskilt uppmärksammas de krav på insatser som de små och medelstora företagen kommer att ställa på företagshälsovården. Dessa har i

regel inte de stora företagens vana och möjlighet att anlita konsulter utan företagshälsovårdens sakkunskap kommer att vara den huvudsakliga resurs som står till deras förfogande.

5.3.2.3. Vibrationer

Även om vibrationsproblemen i arbetet uppmärksammas alltmer utgör de ett i jämförelse med bl a bullerfrågorna förhållandevis obearbetat område.

Kartläggning och bedömning av vibrationsproblem har delvis försvårats av bristen på objektiva mätmetoder. Ofta och i större utsträckning än t ex för buller måste den tekniska kartläggningen därför kompletteras med medicinsk bedömning för att fastställa exponering. I regel blir det den subjektiva upplevelsen av vibrationsproblemen som därvid får kartläggas med hjälp av frågeformulär eller intervjuer och ibland åtföljas av medicinska bedömningar på platsen. Det kan gälla samband mellan helkroppsvibrationer och olika former av skelett-muskelbesvär, liksom diffusa psykosomatiska besvär samt samband mellan vibrationer från handhållna verktyg och besvär av typen cirkulationsrubbning.

Generella föreskrifter om vibrationer är under utarbetande vid arbetarskyddsstyrelsen och beräknas vara klara inom något år. I dessa kommer mätmetoder att anges liksom riktvärden för vibrationsbelastning. Därmed förbättras möjligheterna för företagshälsovården att bedöma vibrationsegenskaper.

Det förebyggande arbetet får sin tyngdpunkt i bedömningar av fordon, verktyg och arbetsmetoder. Särskilt aktuella är handhållna verktyg och maskiner som mejselhammare, slipmaskiner och bergborrmaskiner. Det kan också gälla utrustning inom tandvård och fotvård. Också olika slag av fordon som entreprenadmaskiner, skogsmaskiner, traktorer och lastbilar behöver uppmärksammas med hänsyn till risken för skador genom helkroppsvibrationer. Här är det särskilt utformningen av förarstolar som behöver bedömning.

Företagshälsovården måste i stor utsträckning komma in redan i planeringsskedet för att medverka till att risken för vibrationsskador minimeras. Förutsättningarna att i senare skeden kompensera konstaterade brister genom personlig skyddsutrustning eller andra korrigeringar är i regel begränsade. Det blir därför väsentligt att företagshälsovården medverkar vid

- val av verktyg, maskiner och fordon,
- speciell anpassning av verktyg och maskiner till arbetsuppgiften,
- val av arbetsmetod så att användningen av vibrerande verktyg minskar.

5.3.2.4 Joniserande och icke-joniserande strålning

Användningen av joniserande och icke-joniserande strålning i arbetslivet har blivit allt vanligare. Inom sjukvård, tandvård, industri och forskning används i Sverige ungefär 13 000 röntgenapparater. Dessutom finns c 7 000 utrustningar med radioaktiva strålkällor. Radioaktiva preparat i lösning

används för forskning på c 700 arbetsplatser, främst i laboratorier vid sjukhus och forskningsinstitutioner.

Förutom de konstgjorda strålkällorna förekommer naturlig strålning. Den kommer dels från världsrymden dels från radioaktiva ämnen. De radioaktiva ämnena som förekommer i jordskorpan utsätter bl a gruvarbetare och bergarbetare för radonexponering.

Icke-joniserande strålning uppstår i samband med användningen av mikrovågsugnar, laser samt radiovågor. Strålning i form av elektromagnetiska fält avges från högspänningsledningar och kraftverk.

Användningen av joniserande strålning regleras i strålskyddslagen med Statens strålskyddsinstitut som tillsynsmyndighet. För företagshälsovården är joniserande strålning i allmänhet ett marginellt problem. Dock finns det speciella områden där företagshälsovården måste vara direkt engagerad. Det gäller t ex hälso- och sjukvården med personal i röntgenologiskt arbete, kärnkraftverken med krav på uppföljning av personalen och gruvorna med sina radonrisker. Här krävs särskilda övervakningsprogram för berörd personal med kontroll av stråldoser, program för medicinsk hälsouppföljning m m. Dessutom behövs skilda tekniska insatser för viss mät- och kontrollverksamhet samt information till berörda yrkesgrupper om risker och lagstiftning. Eftersom strålskyddsverksamheten är så rigoröst reglerad innebär det förebyggande arbetet i praktiken att man medverkar till att lagstiftning och föreskrifter följs. Vid nybyggnad av lokaler som kommer att innehålla radioaktiva utrustningar skall företagshälsovården kunna medverka till att byggföreskrifter uppmärksammas och beaktas.

Ett vidare fält gäller risker vid icke-joniserande strålning, exemplifierat med mikrovågsugnar, laser och radiovågor. Här kan också nämnas elektromagnetiska fält vid ställverk, kraftledningsarbete m m. Tekniska insatser för att mäta och bedöma förekomst av icke-joniserande strålning och för att bedöma behovet av förebyggande åtgärder blir aktuella. I stor utsträckning blir man här också beroende av medicinska insatser för utredning av diffusa symptom på ohälsa, mer sofistikerade utredningar av grupper med studier av genetiska förändringar, uppföljning av reproduktionsstörningar m m. I samband med användningen av mikrovågor förekommer också speciella risker för ögonskador. Förebyggande kontroller av t ex linsgrumlingar kan bli aktuella.

5.3.2.5 Belysning och synförhållanden

Det finns många exempel på problem som orsakas av dåliga belysningsförhållanden på arbetsplatserna. Reflexer eller speglingar kan tvinga anställda till en onaturlig och påfrestande arbetsställning. Föroreningar i luften kan förstöra belysningsarmaturernas reflektorer och försämra ljuset. Lokaler kan uppfattas som mörka och dystra trots att belysningsstyrkan från takarmaturen är hög. Kontorsanställda klagar ofta över ögontrötthet och "grus" i ögonen, inte sällan förorsakat av att kontrasterna hos olika ytor i arbetsmiljön är olämpliga. Besvär med skiftande synavstånd är vanliga bland snickare, målare, justerare, verktygsavsynare, dataterminalarbetare m fl. Många har också svårt att se små detaljer i arbetet.

Lokaler och arbetsplatser kan vara för mörka och för svagt belysta.

Arbetsplatser intill fönster är inte sällan så placerade att dagsljuset irriterar mer än det gör nytta. Platsbelysning kan saknas eller inte vara anpassad till den enskilda arbetssituationen. Problem med olycksfallsrisker föreligger direkt eller indirekt till följd av belysningen.

Företagshälsovården kommer att få ägna belysningsförhållanden stor uppmärksamhet både i befintliga anläggningar och vid nyplanering. Särskilt den kraftiga utvecklingen av terminalarbetsplatser kräver insatser där företagshälsovården medverkar vid val av olika terminaler och gör kravspecificeringen bl a med hänsyn till syn- och belysningsförhållanden samt medverkar med anpassning av utrustningen till individuella krav. Ett annat växande område är syn- och belysningsförhållanden vid övervaknings- och kontrollarbetsplatser. Här krävs ofta samlade bedömningar med hänsyn till de ergonomiska, belysningstekniska och arbetsorganisatoriska aspekterna.

Mätning och kartläggning av belysningsförhållanden behövs som underlag för tekniska och medicinska utredningar, t ex ifråga om bländningsproblem, förhållanden mellan dagsljusbelysning, artificiell belysning, bildskärmsarbete o s v. Ett annat område gäller planering av synavstånd och läsbarhet i ensidigt synansträngande arbete. Här måste man också ta hänsyn till individuella synrubbningar som närsynthet, långsynthet eller synförändringar som är åldersrelaterade. Det kan dessutom ibland bli nödvändigt att planera särskilda program för synkontroll, glasögonkorrigering m m.

Företagshälsovården har också att ta hänsyn till problem som trötthet vid synansträngning med behov av ändrad arbetsorganisation som pauser, arbetspassens längd och dylikt. Problem som har att göra med neurofysiologi, t ex vilken hastighet som kan accepteras när man tar emot information, eller vilken komplexitet som kan accepteras i informationsflödet, t ex i kontrollpaneler,måste också uppmärksammas. Här finns dessutom psykologiska aspekter med hänsyn till symtom på stress och påfrestning som behöver beaktas. I regel måste samtliga dessa aspekter vävas in i en ergonomisk bedömning där också arbetsställningar, arbetsrörelser m m kommer in i bilden. Detta behandlas ytterligare i avsnitt 5.3.4.

En väsentlig punkt i programmet förutom korrigering av befintliga anläggningar och anpassning till individuella krav blir företagshälsovårdens arbete med belysningsplanering. Det kan innefatta att lämna förslag till belysningsanläggningar,ofta i samverkan med konsulter, att upprätta kravspecificeringar på olika former av belysning, att göra jämförande mätningar på olika belysningstyper och att lämna förslag till belysningsunderhåll.

Vidare kan behövas medverkan vid kontroll och individuell justering då anläggningen tas i drift. Genom val av rätt armaturtyp, planering av anläggningen också från underhållssynpunkt samt ett regelbundet underhåll kan årskostnaderna minska.

5.3.2.6 Klimat

Besvär med värk eller stelhet i rygg, axlar och nacke är mycket vanliga. Vanligt är det också att man sätter besvären i samband med dåligt inomhusklimat på arbetsplatsen, t ex drag och kyla. En ofta återkommande frågeställning som företagshälsovården möter blir därför om klimatet på

arbetsplatsen bär skulden till sådana besvär.

Arbetsklimatet bestäms huvudsakligen av faktorerna temperatur, lufthastighet och luftfuktighet. Olika industriella förhållanden uppvisar olika typer av klimatproblem såsom stark värme, framförallt strålningsvärme i t ex järn- och stålindustrin, speciella problem med kyla såsom i t ex livsmedelsindustrin, hög luftfuktighet såsom inom t ex textilindustrin. Drag är ett mycket vanligt problem både i industrilokaler och på kontor. Problemen får dessutom olika karaktär beroende på arbetet. När ett rörligt och energikrävande arbete genom teknisk utveckling och rationalisering omvandlas till stillasittande eller arbete vid kontrollpaneler blir ett tidigare acceptabelt klimat plötsligt oacceptabelt.

Företagshälsovården kommer att behöva göra mätningar och kartläggningar som underlag för tekniska, medicinska och psykologiska bedömningar. Eftersom hygieniska gränsvärden saknas kan i en del fall behövas kompletterande medicinska utredningar. Detta gäller särskilt arbete i stark värme, eventuellt i kombination med hög luftfuktighet, som avsevärt sätter ner prestationsförmågan och ger stark påfrestning på hjärt-kärlsystemet. Kartläggningar av sådan belastning kan göras t ex genom pulsmätningar under arbete eller mätning av vätskeförluster under arbete. Tekniska åtgärder som sätts in mot sådana problem behöver ofta kompletteras med medicinska undersökningar för att bedöma effekten av åtgärderna. Liknande insatser behövs för utredningar vid arbete i kyla.

Företagshälsovården skall kunna utarbeta förslag till åtgärder mot bristfälliga klimatförhållanden. För detta behövs tekniska utredningar. Särskild vikt måste dessutom läggas på insatser vid planering av nya arbetsplatser och andra förändringar. Man skall kunna bedöma och beskriva konsekvenser ur klimatynpunkt och ge råd om vilka lösningar som bör väljas. Ofta berör sådana frågor utformningen av ventilationsanläggningar, varför företagshälsovården aktivt bör delta vid projekteringen av anläggningen tillsammans med experter på ventilationsfrågor.

En speciell aspekt i samband med klimat i arbetsmiljön är behoven av skyddsutrustning för särskilt krävande miljöer, t ex arbete vid mycket varma arbetsplatser, arbete i kylrum eller där temperaturen kraftigt växlar mellan varmt och kallt. Företagshälsovården skall i sådana sammanhang lämna råd om arbetskläsel och andra skydd och även ge synpunkter på bl a uppläggning av raster och pauser med hänsyn till klimatbelastningen.

5.3.3 Arbete med kemiska och biologiska miljöfaktorer

5.3.3.1 Allmänna synpunkter

Genom den snabba utvecklingen på det kemiskt-tekniska området har man på arbetsplatserna fått alltfler ämnen och kemiska produkter att hantera. Man räknar med att det årligen syntetiseras 100 000–200 000 helt nya kemiska ämnen och att årligen ca 500–1 000 nya kemisk-tekniska produkter introduceras på marknaden. Ofta är kemiska produkter nödvändiga för arbetet. I många fall innebär de att arbetsmoment underlättas eller förenklas.

Kunskaperna om samband mellan ohälsa och exponering för luftföroreningar och kemiska produkter har ökat i stadig takt de senaste åren. De flesta

kemikalier har sådana egenskaper att de under vissa betingelser kan orsaka skador. Av anmälda arbetssjukdomar är det c 30 procent som misstänks ha samband med kemiska ämnen och av de arbetssjukdomar som godkänts av försäkringskassan är det nästan hälften som bedöms vara orsakade av kemiska ämnen.

Det kan inte förvåna att man mot bakgrund av den uppmärksamhet som de kemiska hälsoriskerna rönt under senare tid känner betydande oro på arbetsplatsen. Av LO:s enkätundersökning bland medlemmar Vad händer med arbetsmiljön? framgår, att de kemiska hälsoriskerna upplevs vara ökande trots stora insatser för att begränsa sådana skaderisker.

Ett resultat av fokuseringen på kemiska hälsorisker är att regelsystemet på området byggts ut avsevärt. Utöver de övergripande lagarna, arbetsmiljölagen och lagen om hälso- och miljöfarliga varor, finns mer detaljerade föreskrifter om

- hygieniska gränsvärden,
- åtgärder mot luftföroreningar,
- enskilda ämnen eller ämnesgrupper såsom kvarts, asbest, lösningsmedel, bekämpningsmedel och mineralfibrer,
- hantering respektive information om farliga ämnen.

Ett näraliggande område är s k biologiska riskfaktorer orsakade av exponering för mikroorganismer som bakterier och mögelsvampar. Även om de flesta mikroorganismer som människan utsätts för är ofarliga finns i arbetsmiljön en del som har betydelse ur risksynpunkt t ex i vegetabilier och animalier, i skär- och smörjoljor, inom sjukvården och i sågverk och reningsverk. Särskilt är det effekter vid exponering för mögel och mögelsporer som ägnats ökad uppmärksamhet på senare tid.

Det kan konstateras att företagshälsovårdens arbete med kemiska (och biologiska) hälsorisker kommer att kräva stora insatser också framöver. Kunskaperna och möjligheterna att rätta till brister har emellertid blivit väsentligen mycket bättre än bara för ett decennium sedan och företagshälsovården har här goda förutsättningar att komma långt i sitt förebyggande arbete.

Detta gäller särskilt i de små och medelstora företagen där man i regel har ringa kunskaper om kemiska hälsorisker och begränsade praktiska möjligheter att med egna resurser komma åt problemen. Här kan företagshälsovården med sina kunskaper utgöra en väsentlig förutsättning för att de kemiska hälsoriskerna skall kunna klaras av.

Sammanfattningsvis är företagshälsovårdens uppgifter på det kemiska och biologiska området följande.

- Kartläggning av luftföroreningar och andra kemiska hälsorisker.
- Riskbedömning av ämnen, produkter, arbetsmoment och processer.
- Rådgivning om skyddsföreskrifter och om personlig skyddsutrustning.
- Förslag till åtgärder för att eliminera risker vid planerade och befintliga arbetsmetoder, processer och arbetslokaler.

5.3.3.2 Bedömning av ämnen och kemiska produkter

Företagshälsovården blir i regel företagens toxikologiska expertis. Häri ingår att vid introduktion av kemisk-tekniska produkter i företagens produktion och hantering medverka med medicinska, tekniska och psykologiska bedömningar. Detta gäller inte bara produkternas giftiga egenskaper i sig utan också vilka ytterligare ämnen som kan uppstå i hanteringen, hur ämnet kan spridas, vilka upptagningsvägar som kan finnas och vilka åtgärder som kan behövas för att förhindra att ämnet sprids och inandas eller tas upp på annat sätt. Åtgärder som kan bli aktuella är särskilda hanteringsföreskrifter, förstärkt ventilation och punktutsug, personlig skyddsutrustning m m.

Kraven på märkning och innehållsdeklaration av kemiska produkter har stärkts i lagstiftningen. Arbetarskyddsstyrelsen har möjlighet att föreskriva att företag skall föra förteckning över hälso- och miljöfarliga varor som tas in i produktion och hantering. Vidare skall sådana produkter enligt lagen om hälso- och miljöfarliga varor vara försedda med skyddsmärkning som anger om varan är klassad som gift eller vådligt ämne. Av märkningen skall också framgå vilka riskabla substanser som produkten innehåller. Det är emellertid ett känt faktum att detta system långt ifrån fungerar tillfredsställande, eftersom varningstexten ofta är så allmänt hållen att den knappt ger konkret anvisning om riskerna eller om lämpliga skyddsåtgärder.

Det kommer därför att finnas behov av ytterligare bedömning på arbetsplatsen, där företagshälsovården för de ansvariga i företaget får översätta och komplettera den information som leverantörerna står för. Skyddsblad som utarbetats centralt eller branschvis kan användas. Dessutom kan skyddsmärkningen av själva produkten kräva lokala kompletteringar i form av bl a företagsanpassad produktinformation, hanteringsföreskrifter, särskild utbildning och information till berörd personal beträffande risker och skyddsåtgärder samt översyn av skydds- och kontrollanordningar.

Arbetsuppgifterna förutsätter att företagshälsovården håller sig väl underrättad om det vetenskapliga underlaget och den tekniska utvecklingen på området och har fungerande kontakter med externa organ som producenter och deras organisationer, myndigheter, yrkesmedicinska kliniker och andra vetenskapliga institutioner.

5.3.3.3 Mätning och kontroll av kemiska hälsorisker i arbetsmiljön

Företagshälsovården måste ha en klar bild av vilka föroreningar som finns på olika arbetsplatser och den exponering för gaser, lösningsmedelsångor, aerosoler, damm, hudkontaminerande ämnen m m som de anställda utsätts för.

Det är arbetsgivaren som i första hand har ansvaret för att kontrollera de anställdas exponering. Det kan vara en lämplig uppgift för företagshälsovården att utföra av myndighet föreskrivna mätningar. Sådana mätningar kan ofta komma in som ett led i företagshälsovårdens löpande kartläggning, där mätningar är ett viktigt underlag för åtgärdsplaneringen.

Mätningarna innebär i första hand tekniska insatser, såsom bl a exponeringsmätningar av luftföroreningar, t ex kvarts, vätskeaerosoler, lösningsmedel och oorganiska föroreningar. Sådana mätningar förutsätter i

regel personburen provtagningsutrustning som samlar luftprover, som sedan analyseraras på laboratorium. I vissa fall används direktvisande instrument för att få snabba svar. Dessa instrument är särskilt lämpliga för att översiktligt kartlägga luftföroreningar och att följa spridning och förändringar av föroreningsnivåer.

Man kan inte räkna med att samtliga företagshälsovårdsenheter kan komma att ha tillgång till de mest avancerade instrumenten. Behovet av fler och mer avancerade instrument kommer på sikt att delvis lösas genom instrumentpooler med tillgång till sakkunnig personal, exempelvis vid yrkesmedicinska kliniker och arbetarskyddsstyrelsen. Företagshälsovårdsutredningen har behandlat dessa frågor i sina tidigare delbetänkanden SOU 1980:22, Utbyggnad av yrkesmedicinen, respektive Ds A 1981:1, Mät- och laboratorieresurser för bättre arbetsmiljö. Det mättekniska området utvecklas emellertid mycket snabbt och efter hand kommer fram allt mera lätthanterliga instrument och metoder. Målsättningen är att företagshälsovården i stor utsträckning skall kunna klara de krav på mätningar som arbetarskyddsstyrelsen via föreskrifter ställer på arbetsgivarna.

Trots tekniska åtgärder och kontroller kommer de första tecknen på en risk många gånger via den medicinska verksamheten där anställda klagar över besvär eller där hälsoundersökningar och sjukvård pekar på att ohälsa kan ha samband med förhållanden i arbetsmiljön.

Det finns också medicinska metoder för kontroll av exponering för skadliga ämnen. Redan idag, och sannolikt i ökad utsträckning framöver, utvecklas olika metoder för att komplettera tekniska mätningar av exponering med biologiska prov i form av t ex blodprov eller urinprov för att direkt på de exponerade individerna bedöma om risk föreligger. På detta område sker en snabb utveckling. Det gäller mätningar av direkta halter av farliga ämnen. Det gäller mätning av metaboliter eller omvandlingsprodukter av sådana ämnen och det gäller mätning av effekter av expositioner som orsakat störningar i enzymsystem. Vidare gäller det effekter på cellnivå av så kallade mutagener som idag bedöms genom olika former av odlingar av kroppsceller men där tekniken ger vid handen att man i framtiden kan göra sådana kontroller på relativt enkla blod- eller urinprover.

Ytterligare en aspekt som måste uppmärksammas är sambandet mellan psykiska besvär av typen irritabilitet, trötthet, nedsatt prestationsförmåga, oro, nervositet och minnesstörningar och kemisk påverkan på nervsystemet. Inom den s k beteendetoxikologin (läran om kemiska ämnens inverkan på psykiska funktioner) har man utvecklat flera metoder för att undersöka hur anställda i kemiska riskmiljöer påverkas akut och kroniskt av giftiga ämnen i arbetsmiljön.

Företagshälsovården skall alltså identifiera och kontrollera kemiska hälsorisker på arbetsplatserna och därvid väga samman tekniska, medicinska, psykologiska och sociala aspekter. Vid komplicerade bedömningar kräver detta samarbete med bl a yrkesmedicinska kliniker och annan extern expertis. Insatserna skall vara en del av det förebyggande arbetet och ingå som underlag för åtgärdsplaneringen. Sänkta hygieniska gränsvärden ställer ökade krav på mätningarnas kvalitet och tillförlitlighet.

5.3.3.4 Åtgärder mot kemiska hälsorisker i arbetsmiljön

Åtgärder mot kemiska hälsorisker skall liksom vad gäller företagshälsovårdens övriga förebyggande insatser komma in på ett tidigt stadium i planeringsprocessen.

En första åtgärd vid introduktion av kemiska ämnen och produkter på en arbetsplats är som tidigare beskrivits i avsnitt 5.3.3.2 att bedöma de risker som är förknippade med ämnets eller produktens planerade användning. Syftet med en sådan bedömning inom företagshälsovården är att om möjligt sålla bort riskfyllda produkter eller att senare med olika förebyggande insatser följa upp användning av de produkter som introduceras.

Ett andra steg är att på olika sätt förhindra spridning av luftföroreningar som uppstår i produktionen. Företagshälsovården måste här medverka med råd om lämplig utformning av utrustning och processer med hänsyn till luftföroreningsaspekten. Olika ventilationsåtgärder kan också behövas, t ex punktutsug, luftridåer eller diffus tilluft.

I en del fall går det inte att undvika exponering för luftföroreningar på annat sätt än att arbetsmetoderna radikalt förändras, t ex genom automatisering och fjärrövervakning av processer. Behovet av personlig skyddsutrustning måste naturligtvis också vägas in i bedömningen.

Företagshälsovården måste också uppmärksamma de biologiska riskfaktorerna. Dessa kräver ingående utredning för att man skall kunna klarlägga effekter, uppkomst, spridning och elimination. Både tekniska och medicinska bedömningar behövs vid planeringen av nya arbetsmetoder där det kan förekomma problem med mögel eller andra mikroorganismer.

Företagshälsovården måste också vara vaken för de ibland mycket komplicerade reaktionsmönster som kan finnas i kemiska riskmiljöer. Det kan finnas skäl att belysa vilka de psykologiska och sociala för- och nackdelarna är med olika typer av skyddsanordningar och arbetsplatsutformningar som syftar till att minska eller ta bort exponering för farliga ämnen.

5.3.3.5 Särskilt om ventilation

Ventilationstekniska förändringar är den kanske vanligaste åtgärden för att komma till rätta med alltför höga luftföroreningsnivåer och oacceptabla klimatförhållanden. Företagshälsovården ställs därför ofta inför bedömningar om utformning och funktion av ventilationssystem.

Ventilationen används i huvudsak i två syften nämligen dels att hålla luftkvaliteten på acceptabel nivå med hänsyn till temperatur, luftfuktighet och vissa föroreningar t ex tobaksrök, dels att begränsa spridningen av och nivån på hälsofarliga eller irriterande ämnen som uppstår eller används i produktionen. I det senare fallet används ofta s k processventilation, t ex punktutsug som samlar in luftföroreningar där de bildas. Den kan också användas för att begränsa värmespridningen från starka värmekällor o dyl. I andra fall kan man begränsa föroreningsnivåerna med s k allmänventilation då man ventilerar hela arbetslokalen.

På senare tid har energi- och värmeåtervinningsaspekterna kommit i förgrunden som betydelsefulla inslag i ventilationstekniken. Häri ligger

kostnadsmässiga fördelar men samtidigt finns hygieniska synpunkter på sådana lösningar som företagshälsovården måste bevaka.

Både vid nybyggnad och vid åtgärder i de befintliga anläggningarna måste företagshälsovården komma in med sina bedömningar. Gäller det ett nybygge där en ventilationsanläggning projekteras är det särskilt viktigt att företagshälsovården för beställaren och andra berörda kan klargöra och beskriva de miljömässiga omständigheter som blir aktuella i den planerade anläggningen. Genom olika mätningar och bedömningar kan företagshälsovården fastställa arten av och nivån på aktuella miljöfaktorer och andra förhållanden som är av betydelse för anläggningens utformning. Det senare kan vara processutformning, nuvarande ventilationsförhållanden, klimatbetingelser eller personalplacering.

Företagshälsovården måste också medverka vid utarbetandet av ventilationstekniska garanti- och prestationskrav som ställs vid inköpet av en anläggning och senare vid utvärderingen av olika konsulters eller leverantörers förslag till ventilationslösningar. Som en naturlig uppföljning ingår att medverka vid olika kontroller, t ex mätningar, för att bedöma anläggningens funktion.

Klagomål på ventilationen är mycket vanliga. Med hjälp av yrkeshygieniska och ventilationstekniska mätmetoder kan man i regel avgöra om anläggningen fungerar på ett acceptabelt sätt. Konstateras brister måste företagshälsovården närmare kartlägga situationen och medverka till att åtgärder kommer till stånd.

Ventilationsanläggningarnas underhåll är av stor betydelse för funktionen. Bristande underhåll är en vanlig orsak till gradvis försämrade luft- och klimatförhållanden på arbetsplatsen. Underhållsaspekten måste därför beaktas redan på projekteringsstadiet och företagshälsovården måste medverka med synpunkter på instruktioner om drift och skötsel av anläggningarna.

5.3.4 Ergonomisk utrednings- och åtgärdsverksamhet

5.3.4.1 Allmänna synpunkter

Ergonomi är ett inte helt entydigt samlingsnamn på systematisk användning av kunskap om människans funktioner vid teknisk och organisatorisk anpassning av arbetssituationen till henne. Utredningen har tidigare i avsnitt 5.2.5 belyst betydelsen av att de ergonomiska frågorna ägnas större uppmärksamhet i framtiden.

Syftet med ergonomisk verksamhet är inte bara att undvika direkt negativa effekter av arbetet, främst förslitningsskador, utan också att genom exempelvis omväxlande arbetsställningar och möjlighet till självvald arbetstakt motverka fysiskt ansträngande arbetssituationer och risker för felhandlingar överhuvudtaget. Målet är att utforma arbetet så att trötthet och obehag förenat med arbetssituationen motverkas och så att arbetsinnehållet på längre sikt befordrar de anställdas självkänsla, trivsel och möjligheter till personlig utveckling.

Förslitning i arbetet är fortfarande ett stort arbetsmiljöproblem. Så är t ex skelett-muskelsjukdomarna det mest spridda ohälsoproblemet i svenskt

arbetsliv och den dominerande delen av sjukfrånvaron hänför sig till denna diagnosgrupp. Man har i allt högre grad fått klart för sig att förhållandena i arbetsmiljö och arbetsförutsättningar mycket ligger bakom denna form av ohälsa. Den tekniska utvecklingen har hittills inte tillräckligt tagit hänsyn till att arbetsförhållanden och arbetsförutsättningar bör formas efter ergonomiska krav. Det kommer därför att behövas stora insatser för att korrigera sådana brister och för att i fortsättningen integrera sådana hänsyn och krav i planeringen. Ergonomiska missförhållanden ligger ofta också bakom svårigheterna att bereda arbeten åt personer med nedsatt arbetsförmåga. Möjligheterna att på ett bättre sätt kunna ta till vara äldre och arbetshandikappade i arbetslivet ligger därför bl a i utvecklingen av bättre ergonomiska förhållanden.

Samhällets målsättning att alla skall ha rätt till ett arbete innebär således, att det många gånger uppstår svårigheter att förena arbetets krav och anställdas fysiska eller psykiska förutsättningar. Företagshälsovården möter personer med behov av förändringar i arbetssituationen så att den bättre svarar mot individuella behov. Företagshälsovården måste i sådana fall initiera åtgärder på arbetsplatsen. Efter en medicinsk bedömning om behov av förändringar av arbetsförhållandena måste i allmänhet även andra bedömningar göras i syfte att finna lösningar. Det kan t ex gälla teknisk förändring av arbetsplatsen för att undvika fysiskt tunga moment, förändring av arbetsställningar och reglage eller förändring av arbetsintensitet m m.

Företagshälsovården kan spela en väsentlig roll för dessa syften såväl på det generella som på det individuella planet. Det förutsätter dock att ergonomiska frågor ägnas betydligt större uppmärksamhet än vad som hittills varit fallet. Särskilt den teknologiska utvecklingen inom arbetslivet måste bevakas med hänsyn till nya frågeställningar som kräver ergonomisk bedömning.

Det är av särskild vikt att företagshälsovården på ett effektivt sätt kan föra över sina erfarenheter bl a från kartläggningar och korrigeringar av befintliga produktionsförhållanden till bedömningar vid planeringen av ny verksamhet. Det kan gälla förändringar inom befintliga enheter liksom utbyggnadsplaner för helt ny produktion. I uppgiften ingår att analysera olika produktionsalternativ med hänsyn till deras ergonomiska konsekvenser. Såväl medicinska som tekniska bedömningar behövs liksom beaktande av psykologiska och sociala aspekter för att man skall kunna få fram underlag och ge råd om alternativa val av teknisk lösning och arbetsorganisation. Denna insats bör emellertid inte stanna vid att ange grundkraven utan företagshälsovården måste också vara beredd, särskilt vad gäller dess tekniska medverkan, att aktivt delta i utformningen av planerade objekt.

I de följande avsnitten beskrivs företagshälsovårdens ergonomiska arbetsuppgifter i tre rubriker. Detta innebär inte att arbetet i praktiken skall ske i uppdelade program utan insatserna måste tvärtom ta hänsyn till samtliga ergonomiska aspekter.

5.3.4.2 Utformning av arbetsplatser med hänsyn till arbetstyngd och belastning

Företagshälsovårdens arbete med att förändra och anpassa arbetet med hänsyn till arbetstyngd och belastningar måste bygga på ingående kännedom

om de befintliga arbetsförutsättningarna. Detta kräver medicinska och tekniska analyser där arbetsställningar, rörelseförlopp, arbetstyngd, statiskt-dynamiskt muskelarbete, arbetsintensitet m m systematiskt kartläggs. Analyserna kan innebära olika grader av förfining från mer allmänna bedömningar till olika undersökningar med specificerade metoder som arbetsstudier, filmning av arbetsförlopp, arbetsfysiologiska mätningar och elektromyografiska undersökningar.

För företagshälsovårdens del finns ett stort behov av utveckling av mättekniken för fältmässiga ergonomiska undersökningar. På senare tid har dock en del nya metoder kommit. Så har t ex utarbetats en relativt enkel metod där flerkanalskrivare används för bedömning av nack- respektive armrörelser. Nyligen har också presenterats en ganska billig och enkel mätutrustning för muskelspänningsmätning (EMG). Utrustning av denna typ kan i framtiden bli av betydelse för vissa jämförande individuella mätningar av alternativa arbetsmetoder eller arbetsställningar.

I vissa fall måste man gå djupare in i problemen och analysera hela kedjor av arbetsprocessen i ett sammanhang. Arbetsfördelning mellan olika stationer i produktionsförloppet och mellan olika individer i grupper och hur de påverkar varandra kan då observeras. Sådana studier kan kombineras med medicinska kartläggningar av effekter i form av upplevda besvär eller objektivt konstaterbara tecken på förslitning eller ohälsa.

I stor utsträckning måste man i kartläggningen också beakta psykiska och sociala sammanhang. Man bör därför vara uppmärksam på att tekniska förändringar i syfte att reducera fysiska belastningar sekundärt kan ge psykiska och sociala belastningar som social isolering från arbetsgruppen m m.

Det är naturligtvis väsentligt att företagshälsovården kan omsätta kartläggningsresultaten i konkreta förslag till anpassning av befintliga arbetsplatser, arbetsmetoder och utrustning liksom i insatser vid nyplanering. Sådana åtgärder förutsätter i hög grad tekniska insatser av företagshälsovården. När det gäller individuella åtgärder måste bedömningen dessutom ske mot bakgrund av avsevärda variationer i fysiskt och psykiskt avseende och i hög grad varierande förutsättningar för olika typer av arbetskrav hos olika människor. Med högre ålder, olika former av ohälsa m m förändras också ständigt enskilda individers förutsättningar att klara påfrestningar i arbetet. Ibland kan enda lösningen vara ändrade arbetsuppgifter för den som berörs.

5.3.4.3 Utformning av arbetsplatser med hänsyn till psykisk belastning

Det finns arbetsuppgifter som innebär betydande krav på uppmärksamhet och koncentration och som kan medföra särskilda psykiska belastningar. Företagshälsovården måste här särskilt uppmärksamma den utveckling som innebär att fysiskt bundna och hårt styrda arbetsuppgifter tenderar att ersättas av kontrollerande och övervakande uppgifter. I sådana är kraven på uppmärksamhet och koncentration höga samtidigt som direkta ingripanden är få.

Företagshälsovården skall medverka till att finna tekniska och organisa-

toriska lösningar som vidmakthåller reaktionsberedskap, motverkar såväl för stor psykisk anspänning som trötthet och som förebygger social isolering. Det är därför viktigt att inför mekanisering, automatisering och datorisering kunna bedöma vilka förhållanden i arbetet som kan medverka till negativa förhållanden ur psykologisk och social synpunkt. Härvid måste analyseras psykiska belastningar i form av krav på varseblivning och informationsbehandling. Företagshälsovården skall bidra till att tekniken används så att den eliminerar ur arbetsmiljösynpunkt negativa faktorer samtidigt som man bibehåller de faktorer som kan verka i positiv riktning.

Mera konkret kan de nämnda uppgifterna omfatta medverkan vid utformning av reglage och instrument med hänsyn till kunskaper om människans uppfattningsförmåga, uthållighet i fråga om uppmärksamhet och rörelsernas precision, inläsnings- och minneskapacitet, reaktionsförmåga och beslutskapacitet. I vissa fall kan särskilda undersökningar av den psykiska och även den fysiska upplevelsen av trötthet ge vägledning för hur olika arbetsuppgifter och den tekniska utrustningen bör utformas.

5.3.4.4 Arbetsorganisatoriska aspekter

Arbetsorganisationens utformning har stor betydelse för den belastning fysiskt och psykiskt som människan utsätts för. Arbetsorganisationen bygger på de produktionsförutsättningar som finns med hänsyn till produktionsapparaten och verksamhetens inre och yttre krav. I detta sammanhang skall beskrivningen begränsas till några aspekter som främst har att göra med produktionens tekniska förutsättningar och som företagshälsovården bör uppmärksamma. I avsnitt 5.3.5 kommer arbetsorganisationen att behandlas i ett vidare perspektiv.

Det är uppenbart att tekniken åtminstone i industriella verksamheter i stor utsträckning styr det arbetsinnehåll som människor möter. Ett belysande exempel härpå är utvecklingen av numeriskt styrda maskiner. Arbetet med sådana omfattar huvudsakligen tre moment, nämligen

- programmering
- skötsel och byte av verktyg
- isättning och urtagning av arbetsstycken samt övervakning.

Ibland har dessa arbetsuppgifter fördelats på tre skilda personer. Uppgifterna har då kommit att få skilda kvalifikationsnivåer. En person med goda yrkeskvalifikationer har ibland fått ta på sig den enklaste arbetsuppgiften, maskinpassning. Arbetet har blivit utarmat och hans yrkeskunskaper har inte kommit till nytta. Genom en annan uppdelning hade arbetsuppgiften kunnat bli mer kvalificerad. Arbetsmarknadens parter strävar efter att förena dessa uppgifter hos en person men detta kan vara svårt att uppnå på kort sikt.

Exemplet visar en företeelse inom industrin men tendenser till liknande utveckling finns på många andra håll, t ex inom administrationen. Det är uppenbart att med viss utformning av utrustning och arbetsprocess kan den mänskliga insatsen bli mera omväxlande, kvalificerad och ansvarsfull. Med annan utformning kan insatsen bli mera enformig, mera styrd av systemet och på grund av olika säkerhetsanordningar mindre ansvarsfull. Även sociala

konsekvenser vid utformningen av datorstyrda produktionsenheter måste beaktas så att t ex gruppsamverkan byggs in som en del av systemet.

Företagshälsovården måste ha beredskap att bedöma effekter av arbetsorganisatoriska förändringar. Den tekniska utvecklingen går snabbt och tar i regel inte hänsyn till befintlig kunskap om de mänskliga kraven och behoven. Men det gäller för företagshälsovården att ligga långt framme inte bara för att förhindra negativa hälsoeffekter utan också för att befrämja positiva verkningar av nya produktionssystem.

En särskild aspekt på arbetsorganisationen som företagshälsovården behöver uppmärksamma är förläggning av arbetstider, raster och pauser. Arbetstidens förläggning t ex i form av skiftarbete, nattarbete eller kvällsarbete, kan medföra påtaliga konsekvenser för den anställde, medicinskt, psykologiskt och socialt. Undersökningar visar att det är sömnen som störs mest av oregelbundna skifttider. Somliga får magsår och en del drabbas av trötthet som kan bli långvarig. Konstant nattskift och roterande skift medurs ger upphov till besvär hos ett färre antal människor. Men många får ändå svårigheter att delta i fritids- och kursverksamhet eller i familje-, förenings- och umgängesliv. En del har också problem med att få ostörd, bullerfri sömn på dagtid efter nattskift. Företagshälsovården bör i förebyggande syfte ge råd om utformning av skift och oregelbundna arbetstider.

Det har visat sig att många och korta pauser (s k mikropauser) är nödvändiga för välbefinnande, säkerhet och precision speciellt i fysiskt tungt eller monotont arbete och i sysselsättningar som ställer stora krav på uppmärksamhet och snabba reaktioner.

Det är företagshälsovårdens uppgift att hjälpa företagsledning och anställda att vid organisation av arbetet beakta längden på arbetspassen och behovet av pauser. Detsamma gäller vilken koncentration som krävs för olika typer av arbetsuppgifter. Ytterligare en aspekt rör den stimulans som sociala kontakter medför respektive den ansträngning det innebär att under längre tid arbeta avskilt från andra.

5.3.5 Den organisatoriska och sociala miljön

5.3.5.1 Arbetsorganisationens betydelse

I föregående avsnitt nämndes något om arbetsorganisationens betydelse ur arbetsmiljösynpunkt. Här skall perspektivet breddas till att gälla den organisatoriska och sociala miljön i sin helhet. Företagshälsovården bör kontinuerligt beakta psykologiska och sociala aspekter av arbetsorganisatoriska förhållanden, så att man får en bred erfarenhets- och kunskapsbas att ställa till förfogande vid planering av förändringar.

Man kan peka på många riskfaktorer som kan ligga i arbetsorganisationen, såsom ensamarbete, bristande styrningsmöjligheter och styrningskonflikter för enskilda och grupper, informations- och beslutssystemets utformning, det administrativa och ekonomiska systemet eller uppläggningen av arbetet enligt funktions- eller produktprincipen.

Det krävs kunskap om psykologiska och sociala reaktionsmönster för att kunna göra någorlunda sannolika bedömningar av hur en planerad arbetsorganisation kan komma att inverka psykologiskt och socialt samtidigt

som en rad andra omständigheter också måste beaktas. Det bidrag som företagshälsovården kan ge i detta sammanhang är att kartlägga och belysa de psykologiska och sociala effekterna av olika organisationsformer, styr-, informations- och beslutssystem. Företagsledning och arbetstagare kan på det sättet få underlag för bedömning av hur planerade omorganisationer kan komma att inverka psykiskt och socialt.

Det går numera att vetenskapligt kartlägga det ofta ganska komplicerade samspel av olika faktorer som gör att en viss organisationsform och viss ledningsstil på lång sikt medför risk för psykiska och psykosomatiska besvär. För detta krävs ingående psykologiska, sociologiska och stressfysiologiska undersökningar. Metoder och teori för sådana undersökningar har utvecklats under senare år, speciellt inom den psykosociala miljömedicinen, ett tvärvetenskapligt område som utnyttjar kunskaper och metoder från psykologin, sociologin, organisationsteorin och medicinsk fysiologi.

Det kan självfallet inte bli en uppgift för företagshälsovården att utföra rena forskningsuppgifter inom området. Däremot kan den genom att följa forskning och utveckling få underlag för att identifiera egenskaper i arbetsorganisationen som kan ha betydelse för det psykiska och psykosomatiska hälsotillståndet på en arbetsplats. Företagshälsovårdens insatser blir därvid i första hand att tillföra kunskap till arbetsledning och anställda om olika sociala faktorers och organisatoriska strukturers inverkan på psykisk hälsa och personlig utveckling.

5.3.5.2 Den sociala miljön

Orsakerna till dåligt samarbetsklimat och överhuvud dåligt psykiskt och socialt klimat på en arbetsplats kan sökas i arbetsorganisationen, i förändringar i denna, i väntade förändringar som man oroar sig för eller i förhållanden som gör att man inte längre kan känna engagemang i arbetsuppgifterna. Men de kan också sökas i det informella samspelet mellan individer i arbetsgrupper, mellan grupper och avdelningar samt mellan chefer och personal. Det krävs en betydande insats från företagshälsovårdens sida om den skall kunna kartlägga var eventuella svårigheter egentligen finns.

Att arbetsorganisatoriska förhållanden har så stor betydelse i detta sammanhang beror på att de flesta människor är mycket känsliga för hur de uppfattas och bedöms i de grupper som de ingår i. Konflikter och motstridigheter i de arbetsuppgifter som de anställda skall klara av, oklarheter och förändringar i den egna och andras uppgifter medför både enligt forskning och allmän erfarenhet risker för upplevelse av spänning, bristande arbetstillfredsställelse, känsla av meningslöshet och lågt självförtroende.

Företagshälsovården har en viktig uppgift i att uppmärksamma störningar i samarbetsklimatet på arbetsplatsen. Med klimat avses här den anda och de stämningar som råder i samarbetet mellan de anställda. Det psykiska och sociala klimatet påverkar den enskilde såväl psykiskt som fysiologiskt och kan medföra risker för ohälsa.

Den nervfysiologiska och endokrinologiska forskningen har sålunda på senare tid visat att psykiska reaktioner som oro och ängslan, uppfattning av

egen och andras roll och position inte enbart är subjektiva fenomen. Upplevelser, iakttagelser, uppmärksamhet, känslor och behov, bedömning av det egna arbetet som meningsfullt eller meningslöst har i många fall visat sig få konsekvenser för såväl psykisk som fysisk hälsa.

Allt detta gör att även till synes diffusa och svårtolkade fenomen som psykiskt och socialt klimat kan bli föremål för undersökningar i fysiologisk och psykologisk forskning liksom för åtgärdsprogram i arbetsmiljöarbetet.

5.3.6 Vissa hygieniska aspekter

Den allmänhygieniska standarden på ett företag kan vara av stor betydelse även ur yrkeshygienisk synpunkt. Många yrkeshygieniska risker kan ha sitt ursprung i bristfälliga hygieniska förhållanden. Medicinsk och teknisk sakkunskap är därför väsentlig vid planering och utformning av hygieniska och sanitära förhållanden som personalrum, tillgång till toaletter och tvättrum, personalmatsalar m m. Problem kan t ex uppkomma när det gäller att ordna matförhållanden för skiftarbetare och andra grupper med särskilda sociala och arbetsmässiga förutsättningar. Speciella åtgärder och program för hygienförhållanden kan aktualiseras för arbete som innebär att huden kommer i kontakt med kemikalier, såsom regler för speciella skyddskläder, möjligheter till ombyte av kläder och vissa arrangemang för tvätt- och duschmöjligheter. Erfarenheter finns att dessa till synes ganska självklara förhållanden kan leda till motsättningar i uppfattningar mellan de lokala parterna och kräver sakkunskap från den medicinska sidan av företagshälsovården för underlag i förhandlingar och tvistefrågor.

Särskilda problem uppträder i vissa branscher såsom inom livsmedelsindustrin där speciella program skall uppfyllas och organiseras enligt bestämmelser i livsmedelslagstiftningen. Andra besvärliga områden finns inom byggnadsindustrin där det kan behövas rådgivning om lämpliga kläder för utomhusarbete eller särskilda arrangemang på tillfälliga arbetsplatser. På samma sätt finns behov av sådan rådgivning inom skogsindustrin om krav på skogsförläggningar och arbets- och rastbodar. Särskilt är behovet påtagligt när man hanterar bekämpningsmedel.

Hygieniska problemställningar blir också aktuella inom vårdområdet, där medverkan i hygienkommittéernas arbete innebär råd om förebyggande av sjukhusinfektioner, hepatitrisker m m med inriktning på skydd för personalen.

Det kan i dessa sammanhang också vara en väsentlig uppgift för företagshälsovården att uppmärksamma orsaker till att människor ibland inte följer hygieniska föreskrifter och mot bakgrund av kunskap om människors sätt att fungera psykologiskt föreslå åtgärder som kan leda till bättre vanor och rutiner.

Företagshälsovården har också att svara för den allmänna epidemiriskbedömningen inom företagen vad gäller sådana frågor som epidemiberedskap eller allmän rådgivning ur smittskyddssynpunkt. I viss utsträckning förekommer inom exportföretag vidsträckta utlandskontakter och även utlandsetablering av verksamhet. Här blir företagshälsovården medicinskt engagerad i planering av förebyggande åtgärder. I vissa fall kan det bli tal om

bedömningar och rådgivning till personal vid utlandstjänst.

Det kan finnas skäl att även beakta upplevelsesidan av god och dålig hygien. Otillfredsställande hygien i matsalar, på toaletter och i duschrum kan ge upphov till medvetna eller omedvetna reaktioner. Hos många människor kan det som följd härav uppstå kroniska besvär som yttrar sig i t ex dålig aptit eller störningar i mag-tarmfunktionen.

Det är emellertid väsentligt att förbättring av hygienen inte leder till negativa reaktioner i psykologiskt och socialt hänseende. Kala och färgneutrala inredningar, som valts av hygieniska skäl, kan t ex bli mycket trista. Det är svårt att i en sådan miljö uppleva trivsel. Detta får konsekvenser för de sociala relationerna och för det dagliga umgänget mellan dem som arbetar i miljöer av detta slag. Företagshälsovården bör därför bevaka såväl de kroppsmedicinska som de psykologiska och sociala konsekvenserna av allmänna hygieniska åtgärder.

5.4 Individ- och gruppinriktade förebyggande insatser

5.4.1 Nyanställningsundersökningar

Arbetsmiljölagen ställer krav på arbetsgivaren att svara för att den enskilde anställde har arbetsuppgifter som svarar mot vederbörandes fysiska och psykiska förutsättningar. Företagshälsovården är i första hand den expertfunktion som skall medverka till att arbetsgivaren kan uppfylla sitt ansvar i detta avseende. Det är också väsentligt att den anställde vid behov kan få sakkunnig rådgivning om lämpligheten av visst arbete.

Givetvis finns risker inbyggda i ett sådant förfarande på det sättet att den medicinska bedömningen och rådgivningen skulle kunna urarta till en sållningsmekanism. Sekretesslagstiftning, avtalsöverenskommelser och parternas inflytande över företagshälsovården skapar emellertid förutsättningar att hindra missbruk.

En nyanställningsundersökning sker alltså med ett antal positiva syften.

- Den anställde bör för det första ha rätt till en opartisk och kvalificerad rådgivning angående sin hälsa i relation till tilltänkt arbete.
- Arbetsgivaren har å sin sida behov av sådan rådgivning för att ta ansvaret för en i dessa avseenden korrekt arbetsplacering.
- Företagshälsovården har slutligen behov av en sådan första kontakt med en nyanställd. På detta sätt får företagshälsovården utgångsbedömningar som grund för den fortsatta uppföljningen av hälsa och arbetsanpassning.

En förutsättning för en meningsfull nyanställningsundersökning är givetvis att de som gör den väl känner till arbetskraven ute på de olika arbetsenheterna. Sådan kunskap får man genom det miljöinriktade förebyggande arbetet. Den information om arbetskraven som kommer fram kan systematiseras med olika metoder och sedan jämföras med de hälsomässiga bedömningarna vid nyanställningsundersökningen.

I regel krävs tekniska insatser för att beskriva förekommande miljöfakto-

rer och riskmoment. Analysen bygger då på objektiva mätningar, arbetsfysiologiska studier och andra bedömningar om aktuella befattningar. Sådana mera systematiska undersökningar kan av resursskäl inte bli rutin i alla företag. Insatserna måste främst inriktas på särskilt tunga och miljömässigt besvärliga arbeten, t ex gruv-, järn- och stålarbete.

5.4.2 Riktade hälsoundersökningar och uppföljning av riskgrupper

5.4.2.1 Hälsoundersökningar riktade mot särskilda problem

Riktade hälsoundersökningar är ett begrepp inom företagshälsovården och utgår från att man har anledning att ange speciella risksituationer ute på arbetsplatserna och utföra hälsokontroller med hänsyn till sådana frågeställningar. Avsikten är dels att allmänt kontrollera att tekniska skyddsåtgärder fungerar, dels att tidigt kunna fastställa, vilka personer som har en specifik känslighet för faktorn ifråga.

Riktade hälsoundersökningar måste planeras efter den speciella risksituation som finns på olika arbetsplatser. Dessa hälsoundersökningar kan alltså variera till sitt mönster mellan olika enheter alltefter problemens art. I det följande redovisas några exempel på riktade hälsoundersökningar.

Hörselundersökningar: Företagshälsovården gör tekniska kartläggningar av bullret på de olika arbetsområdena. Kontinuerligt arbetar man med olika tekniska åtgärder för att reducera bullret, men över stora områden måste man i varje fall under viss tid acceptera en kombination med personliga hörselskydd. Därvid krävs regelbundet kontroller i form av hörselundersökningar för att upptäcka eventuell utveckling av hörselskador.

Dessa undersökningar har dessutom en mycket viktig pedagogisk effekt, eftersom personliga kontakter i anslutning till sådana bidrar till att motivera för hörselskydd. Företagshälsovården kan också vid undersökningarna medverka till att den personliga skyddsutrustningen används på rätt sätt.

Samverkan måste ske mellan företagshälsovården och audiologisk klinik för bedömning av audiogram i speciella fall samt vid behov av mer specialistbetonade utredningar och arbetsskadebedömningar.

Synundersökningar: På områden med synansträngande arbete som avsyning, kontroll- och bildskärmsarbete m m kan synundersökningar vara aktuella. Samverkan kan behöva ske med optiker samt med ögonklinik i hälso- och sjukvården.

Undersökning av skiftarbetande personal: Skiftarbete och annan obekväm arbetstidsförläggning har ofta sociala konsekvenser. Men även medicinska och psykiska problem kan uppstå till följd av störningar av dygnsrytmen m m. Detta kan leda till olika former av ohälsa. Vissa individer är speciellt känsliga.

Det gäller att tidigt försöka uppmärksamma individer som av sådana orsaker börjar svikta hälsomässigt. Karakteristiska symtom måste uppmärksammas och speciella sjukdomsbilder utredas. Företagshälsovården kan allt efter behov medverka vid eventuell omplacering som i första hand är en angelägenhet för den anställde, arbetsledning, personalavdelningen, den lokala fackliga organisationen m fl. Kontakter med myndigheter kan i det

sammanhanget också bli aktuella för företagshälsovården .

*Undersökning av allergibenägenhet:*Inom flera branscher hanteras en rad kemikalier som kan ge allergiska eksem. På sådana områden kan riktade kontroller vara aktuella, t ex vid arbete med skäroljor inom verkstadsindustrin eller med kemiska preparat hos frisörer.

Det finns också exempel på hälsoundersökningar riktade mot specifika arbetsrelaterade problem, där psykiska och sociala effekter av arbetet står i centrum för uppmärksamheten. Lärarna utgör en sådan grupp som blivit föremål för psykologiska och sociologiska undersökningar ur hälsosynpunkt. Ytterligare grupper som varit föremål för sådana riktade hälsoundersökningar är lokförare, apotekspersonal, vikariepersonal och korttidsanställda.

5.4.2.2 Uppföljning av riskgrupper

Företagshälsovården måste uppmärksamma grupper av individer som löper särskild risk att hamna i en konflikt mellan kapacitet och arbetskrav. De måste stödjas och deras problem med arbetsanpassning måste tidigt tas upp till diskussion och åtgärdas.

En riskgrupp är anställda som råkar ut för upprepad eller långvarig sjukdom och arbetsoförmåga. Här finns anledning att medverka till att den allmänna hälso- och sjukvården som har hand om individen under sjukskrivning på lämpligt sätt får kontakt med ansvariga inom företaget. Företagshälsovården har ett stort ansvar att lägga upp sådana rutiner att den kan samordna insatserna. Det gäller t ex att via personaldata fånga upp anställda som varit sjukskrivna under längre tid. Kontakten mellan den sjukskrivne och företagshälsovården måste vara sådan att företagshälsovården kan medverka i planeringen av arbetssituationen tillsammans med arbetsledning, anpassningsgrupp m fl för att jämsides med den medicinska behandlingen planera återgång till arbete i rehabiliterande syfte.

Ålder är en faktor som måste uppmärksammas. Företagshälsovården måste också uppmärksamma grupper av anställda som på grund av sociala svårigheter i privatlivet, psykiska besvär eller handikapp har eller kan få problem med sin yrkesutövning. Företagshälsovården bör ha kontinuerlig kontakt med sådana grupper av anställda.

Vidare finns grupper med personer som till följd av högt blodtryck, magbesvär av psykosomatiskt slag eller tidigare hjärtinfarkter inte kan klara stress eller kanske bör avrådas från särskilt påfrestande arbetsuppgifter. Det kan gälla t ex arbete med stor tidspress, stora krav på ansvar och precision eller konfliktlösning.

Det kommer också att ställas krav på insatser av företagshälsovården för att förebygga hälsorisker genom att finna och hjälpa personer som reagerar kraftigt psykosomatiskt på vissa arbetssituationer. Flera undersökningar pekar tämligen entydigt på att kombinationen av jäkt och bristande kontroll över den egna arbetssituationen kan vara en sådan social och psykologisk omständighet i yrkeslivet som är direkt hälsofarlig.

En grupp som utsätts för särskilda belastningar är personer som står inför faktum eller risken att lämna sitt hittillsvarande yrke på grund av automatiseringen eller andra strukturförändringar i arbetslivet. Det är en relativt ny uppgift för företagshälsovården att följa denna typ av riskgrupp.

Missbruket av alkohol och narkotika är ett problem som rör alla sektorer av samhället också arbetsplatserna. Företagshälsovårdens resurser måste därför samspela med samhällets insatser i förebyggande, behandlande och rehabiliterande syfte när det gäller missbruk.

Inom den fackliga rörelsen har man börjat organisera en kamratstödjande verksamhet som bygger på den fackliga solidaritetstanken och som till avsevärd del baseras på en organisation som utgår från arbetsplatserna. I parternas gemensamma organ för arbetsmiljöfrågor på den privata sidan, Arbetarskyddsnämnden, har man nu preciserat det speciella ansvar som den lokala arbetarskyddsorganisationen har i fråga om alkohol och narkotika. Även inom företagens anpassningsgrupper kommer dessa frågor upp, framförallt när det gäller rehabilitering och arbetsplacering av enskilda anställda med framträdande problem. SAF, LO och PTK har redovisat sin syn i studiematerialet Missbruk och Arbete.

Den allmänna hälso- och sjukvården bedriver förebyggande hälsovård som riktar sig mot olika folksjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, vissa typer av cancer, diabetes m m. I företagshälsovårdens olika förebyggande hälsoundersökningar ingår av naturliga skäl också en rad rutinmässiga undersökningar där en del provtagningar ger motsvarande upplysningar. Sålunda är undersökningar som rör blodtryck och socker i urinen rutinmässigt alltid med i undersökningsarsenalen.

Inom företagshälsovården förekommer således undersökningar som det finns all anledning att på ett systematiskt sätt sammanföra med samhällets förebyggande insatser. En grundläggande princip måste dock vara att ansvaret för den allmänt förebyggande verksamheten åvilar samhällets hälso- och sjukvård. Men det finns många arbetsrelaterade aspekter som bör ingå i den allmänt förebyggande verksamheten för riskgrupper. Därför bör företagshälsovården kunna åta sig den arbetsrelaterade delen av sådana gemensamma insatser för förebyggande hälsovård. Det är viktigt att samhällets hälso- och sjukvård och företagshälsovården samverkar kring dessa frågor.

5.4.2.3 Principiellt om friskvård m m

Det finns också anledning att något belysa företagshälsovårdens roll när det gäller sådana hälsobefrämjande aktiviteter som friskvård, kostrådgivning och rökavvänjning. I princip är även detta något som bör åvila samhällets hälso- och sjukvård. Även vissa organisationer, t ex korpidrotten, kan ha en uppgift i sammanhanget. I den mån information och rådgivning kan läggas in på ett naturligt sätt och i lämpliga former även inom företagshälsovården bidrar givetvis arbetsplatsens speciella förutsättningar till spridningen av sådan information. Därvid är det viktigt att företagshälsovården samverkar med samhällets hälso- och sjukvård. Dock måste företagshälsovårdens insatser på detta område begränsas så att de inte inkräktar på uppgifter av mer arbetsmiljöinriktad art. Å andra sidan måste företagshälsovården i sitt löpande arbete särskilt uppmärksamma rådgivning om t ex rökningens negativa effekter, då rökning får som resultat att vissa arbetsmiljörisker förstärks. Som exempel kan nämnas kombinationen rökning och asbesthantering, där det visat sig att en rökare löper avsevärt större risk att skadas än en icke-rökare. Ett annat exempel är kombinationen rökning och svetsning.

5.4.2.4 Författningsreglerade hälsoundersökningar

Den gamla arbetarskyddslagstiftningen innehöll en kungörelse om obligatoriska läkarundersökningar vid särskild fara för dammlunga och tryckfallssjuka eller då arbetet innebar kontakt med kadmium, bly, kvicksilver eller bensen (bensol). Arbetsmiljölagen kompletteras successivt av arbetarskyddsstyrelsen med föreskrifter som innebär allt fler medicinska undersökningar. Anvisningarna omarbetas successivt till föreskrifter.

I dag finns med stöd av lag krav på nyanställningsundersökning och periodiska hälsokontroller när det är fråga om kvarts, asbest, bly och isocyanater. Vidare finns rekommendationer om medicinsk kontroll i olika författningar från arbetarskyddsstyrelsen.

Som ett led i dessa hälsoundersökningar används rutinmässigt blod- eller urinprov, vari fastställs halt av ämnet ifråga. Man har också andra biologiska metoder som inte bestämmer halten av ämnet utan istället dess nedbrytningsprodukter, s k metaboliter. Ett exempel på den typen av kontroller gäller styrenupptag. En nedbrytningsprodukt, mandelsyra, fastställs därvid i urinanalyser. Ett annat exempel är trikloretylenexponering, som kartläggs genom analys av metaboliten triklorättiksyra i urinen.

Man har ytterligare möjligheter att kontrollera exponeringen genom att fastställa störningar i enzymsystem. Störningarna är ett mått på sekundära kroppsliga effekter som går att avläsa tidigt vid sådan exponering. I förlängningen av denna utveckling kan man ana möjligheter att spåra påverkan av carcinogena och mutagena substanser genom rutinmässiga saliv-, blod- eller urinanalyser. Utvecklingen på området är snabb och kommer successivt att lägga allt större uppgifter av denna art på företagshälsovården.

Inom detta område måste en nära samverkan ske mellan företagshälsovården och olika vårdnivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Ett sedan länge etablerat mönster för sådan samverkan finns för silikoskontroller och övriga dammlungkontroller. Ansvaret för att utföra undersökningarna läggs i allmänhet på företagshälsovården. Den måste dock lita till röntgenkliniker eller lungkliniker för att ta och bedöma röntgenbilder. Den behöver också i viss utsträckning samverka med yrkesmedicinska kliniker och fysiologiska laboratoriekliniker för att kunna utföra och bedöma lungfunktionsprov. Men i sista hand är det företagshälsovårdens uppgift att sammanfatta dessa olika utredningar till en total bedömning och att ge råd som innebär att resultaten i förekommande fall leder till praktiska åtgärder på arbetsplatsen, bedömning av lämplig arbetsplacering, anmälan av arbetsskada eller annan åtgärd.

Samma förhållanden gäller t ex blykontroller. Företagshälsovården är här beroende av samverkan med laboratorier för blodanalyser men är i övrigt självständigt ansvarig för sammanvägning av undersökningsresultat och bedömning av eventuella åtgärder.

Utvecklingen av sådana undersökningsmetoder kommer i ökande utsträckning att göra företagshälsovården beroende av samverkan med såväl kliniska som laboratoriemässiga resurser inom hälso- och sjukvården och framförallt med yrkesmedicinska kliniker. Dessa kan ha en viktig roll vid uppläggning och genomförande av sådana rutiner samt även vid utvärdering och tolkning av resultaten.

5.4.2.5 Utredning av exponeringsförhållanden

Företagshälsovården måste ha en klar bild av den exponering för olika miljöfaktorer som den anställde eller grupper av anställda utsätts för, vilken risk det innebär samt vid behov kunna ge förslag till åtgärder. Utredning av exponeringsförhållanden omfattar identifiering av aktuella exponeringsfaktorer och emissionskällor, mätning och efterföljande bedömning. Vanligen används de hygieniska gränsvärdena som bedömningsunderlag. Undersökning av exponering kan också ske som ett led i en epidemiologisk studie. Då vill man hos en större grupp fastställa eventuella samband mellan exponering och förändringar i hälsotillståndet. Dessutom finns ett antal i författning föreskrivna yrkeshygieniska mätningar.

Mätningarna kan läggas upp på olika sätt. Ofta bestäms exponeringen direkt med s k persondosmätningar. Men det går också att, genom mätningar på olika ställen på arbetsplatsen kombinerade med kunskaper om hur personalen rör sig under arbetet, få en översiktlig bild av exponeringsförhållandena.

För vissa kemiska miljöfaktorer finns, som tidigare nämnts, möjlighet att bestämma upptaget genom att analysera prov på kroppsvätskor från den exponerade. För ämnen där sådan biologisk provtagning är möjlig och praktiskt tillämpbar kan den metoden ofta vara både säkrare och billigare än tekniskt yrkeshygieniska metoder. För de flesta kemiska ämnen liksom för en rad andra miljöfaktorer saknas emellertid biologiska metoder för att fastställa exponeringsförhållanden.

I de flesta fall måste därför yrkeshygieniska mätmetoder som kräver tekniska insatser användas. För persondosmätning finns utrustning som den anställde bär på sig. Metoden med personburen mätutrustning har utvecklats starkt under senare år. Företagshälsovården har idag tillgång till utrustning för att i den exponerades andningszon mäta olika gas- och partikelformiga luftföroreningar, för att mäta buller liksom för att registrera vissa fysiologiska funktioner som pulsfrekvens och hudtemperatur. Men det är inte alltid nödvändigt med omfattande mätningar. Ibland går det till och med att få en uppfattning om exponeringen utifrån ren erfarenhet.

Det är väsentligt att mätresultaten får en medicinsk och teknisk bedömning. Vid risker för akut skada, t ex förgiftning eller frätskada, är bedömningen ibland relativt enkel. I många andra fall kan den göras med stöd av arbetarskyddsstyrelsens hygieniska gränsvärden för olika ämnen, buller eller annan faktor. Svårare blir det då svenskt gränsvärde saknas. Eventuella utländska värden kan då få tjäna som vägledning. Speciellt komplicerade blir bedömningar av kemiska ämnen med dåligt kända giftiga egenskaper och då ett flertal ämnen förekommer samtidigt. I sådana fall behöver företagshälsovården ofta hjälp av yrkesmedicinsk expertis t ex från yrkesmedicinsk klinik.

Självklart skall resultaten från riskbedömningen kopplas till bedömning av åtgärdsbehov. Överväganden om tekniskt förebyggande åtgärder, personlig skyddsutrustning och om de hygieniska förhållandena kommer då in i bilden. För den medicinska verksamheten kan det också bli aktuellt att överväga särskilda riktade hälsoundersökningar och behov av katastrofberedskap.

Ibland går det inte att helt komma till rätta med konstaterade risker. Då

måste särskilda rutiner utarbetas som stöd för företagets kontroll av arbetsförhållandena. Det kan vara tekniska insatser med övervakningssystem för emmissionkontroll och andra mätningar, rutiner för kontroll av ventilationssystem, råvaror och processutrustning med hänsyn till yrkeshygieniska aspekter och regler om hur personlig skyddsutrustning används, provas och underhålls. Utbildning och information är andra viktiga insatser.

5.4.3 Åtgärder för anpassning av arbete och arbetsplatser

Det finns ingen "normalmänniska" som kan utföra i stort sett vilket arbete som helst. Handikappbegreppet är inte statiskt. Man måste alltid fråga sig – handikappad mot vad? En individ med relativt begränsad nedsättning av fysisk eller psykisk arbetsförmåga kan vara helt arbetsoförmögen om arbetets krav drabbar just det begränsade arbetshinder som föreligger. Han eller hon kan å andra sidan vara helt arbetsför och utan besvär om man finner ett annat arbete som inte innebär en sådan påfrestning. Även en gravt arbetshandikappad kan fungera i arbetet om man finner ett arbete som är väl anpassat till dessa förutsättningar.

Företagshälsovården kan spela en väsentlig roll i strävandena att förebygga ohälsa och trygga en fortsatt meningsfull yrkesverksamhet. Detta sker genom en systematisk uppföljning av personer som riskerar att råka in i en situation där arbetsförmågan blir oförenlig med arbetskraven. Med nyanställningsundersökningen som grund är det väsentligt att följa upp sådana anställda som vid tidigare undersökning bedömts ha begränsad arbetsförmåga och där det är viktigt att kontinuerligt se till att kapacitet och arbetskrav motsvarar varandra.

Uppslag till hälsoundersökningar med detta syfte kommer ständigt genom kontakt med de anställda vid behov av sjukvård, genom uppföljning av olika grupper som äldre anställda, anställda med arbeten med speciella fysiska eller psykiska arbetskrav eller personal med olika former av obekväm arbetstid. Vid bedömning av vilka arbetsuppgifter personer med handikapp av något slag kan utföra kan också psykologiska undersökningar bli aktuella.

En målsättning i sådana hälsoundersökningar är, som tidigare nämnts, att den medicinska hälsokontrollen kompletteras med arbetsplatsbedömningar och vid behov resulterar i förslag till åtgärder för att förändra arbetsförutsättningarna. Detta kräver även kombinationer av rehabiliterande insatser. Omplacering kan också ibland vara ett alternativ. Även en sådan åtgärd kräver en mångfald av insatser, där t ex utbildning kan vara en viktig komponent.

I många fall kan olika typer av arbetshinder relativt lätt kompenseras genom tekniska förändringar i arbetsmiljön. Fysiska toppbelastningar kan utjämnas med mekaniska hjälpmedel. Vidare kan man genom förbättrade arbetsställningar och förbättrade arbetsrörelser, bättre belysning m m minska arbetsbelastning och trötthet. Det är således väsentligt att företagshälsovården tidigt uppmärksammar behovet av möjliga tekniska och medicinska åtgärder som kan anpassa arbetet till individuell förmåga. Därigenom skapas hälsomässiga förutsättningar för att i möjligaste mån garantera meningsfull sysselsättning.

5.4.4 Rådgivning om personlig skyddsutrustning

När andra åtgärder till skydd mot risker i arbetsmiljön rimligen inte kan vidtas måste personlig skyddsutrustning tillhandahållas av arbetsgivaren och användas av den anställde.

Som personlig skyddsutrustning räknas främst skyddshjälm, ögonskydd, hörselskydd, andningsskydd, skyddshandskar, benskydd, skyddsskor, säkerhetsbälte med lina samt kläder som skyddar mot extrem värme eller kyla.

Företagshälsovården måste medverka i bedömningar av när personlig skyddsutrustning kan eller bör användas, föreslå vilken utrustning eller kombination som bör väljas, lämna råd om eller medverka med kontroll av den och ibland följa upp hur den fungerar i det enskilda fallet.

I princip skall arbetsplatsen utformas så att personlig skyddsutrustning inte behöver användas. Men de särskilda omständigheterna får avgöra om skyddsåtgärder skall vidtas direkt på arbetsplatsen eller om personlig skyddsutrustning skall bäras i stället. I samband med tillsyn, underhåll, haveri och vid andra arbeten av tillfällig natur kan t ex finnas behov av skyddsutrustning för den tid arbetet pågår. Vid en del fysiskt tunga arbeten, där skyddsutrustning behövs, måste användningen begränsas till kortare perioder eller till del av dagen. Företagshälsovården skall ge vägledning vid sådana bedömningar. Nya rön och erfarenheter om risker i arbetet kan ibland också föranleda företagshälsovården att rekommendera personlig skyddsutrustning under en övergångstid till dess man funnit en permanent lösning.

Det är väsentligt att skyddsutrustningen är ändamålsenlig samtidigt som den orsakar så lite besvär som möjligt. Företagshälsovården måste informera arbetsledning, inköpare och den lokala skyddsorganisationen om vad som behövs och ge förslag till vilken skyddsutrustning företaget skall köpa.

Företagshälsovården kan också påverka utvecklingen på området genom att för tillverkare av skyddsutrustning direkt eller indirekt via leverantörer presentera krav på egenskaper och resultaten från praktiska testningar som genomförts av företagshälsovården.

5.5 Behandlande verksamhet

5.5.1 Olycksfall

Arbetsledningen skall ansvara för att det finns beredskap att ta hand om olycksfall på arbetsplatsen. Företagshälsovården skall ha huvudansvaret för att olycksfallsberedskapen är så organiserad att det kontinuerligt finns förutsättningar att ta hand om inträffade olycksfall på ett sådant sätt att snabb och adekvat vård kan garanteras.

Detta skall åstadkommas genom en väl organiserad "första hjälpen"-organisation på arbetsplatsen. Företagshälsovården skall verka för att det finns en sådan organisation med lämplig utrustning ute på de enskilda arbetsområdena som samverkar med företagshälsovårdens egna resurser.

Så goda förutsättningar som möjligt bör tillskapas för ett första kvalificerat omhändertagande och bedömning av inträffade olycksfall. Förutsättningar

måste etableras för transport till sjukvårdsinrättning inom samhället. Rutiner måste fastläggas för kontakt med aktuella specialistinstanser inom hälso- och sjukvården. Det gäller här i första hand kirurgiska resurser. Men även andra specialiteter kan vara aktuella, t ex ögonklinik för ögonskador. Det är också viktigt att finna lämpliga rutiner för samverkan mellan företagshälsovården och behandlande läkare för planering av lämpliga förutsättningar för återgång i arbetet.

Man får räkna med att företagshälsovården endast i begränsad utsträckning skall ägna sig åt behandling av inträffade olycksfall. Avvägningar måste självfallet ske beroende på behovet av insatser, närhet till företagshälsovårdens resurser respektive hälso- och sjukvårdens. Företagshälsovården måste emellertid kunna ta ett medicinskt ansvar i vissa akuta situationer.

Det finns ytterligare en aspekt som behöver beaktas i sammanhanget. Vid allvarligare olycksfall och vid explosioner och bränder och andra större katastrofer drabbas människor inte endast av kroppsskada som så snabbt och riktigt som möjligt måste komma under sakkunnig behandling. De skadade, de som varit orsak till annans skada, de för säkerheten ansvariga samt anhöriga till de drabbade utsätts ofta för psykisk påfrestning som kan leda till psykiskt chocktillstånd och eventuellt en långvarig psykisk kris. Man använder uttrycket "psykologiska olycksfall" om sådana psykiska skador som uppstår hos personer som utan att kunna inskrida bevittnat allvarliga olycksfall eller som formellt sett varit vållande men i realiteten inte kunnat göra något för att förhindra olyckshändelsen.

Det har utvecklats ett antal speciella metoder för psykologiskt och socialt inskridande i sådana situationer. Det är en uppgift för företagshälsovården att i samband med organisation av beredskap för första hjälpen vid olycksfall och sjukdom ge berörd personal information om hur psykiskt chockade personer skall tas om hand.

5.5.2 Akutsjukvård

Företagshälsovården skall, på samma sätt som vid akuta olycksfall, vara beredd att på ett sakkunnigt sätt ta hand om akuta sjukdomsfall på arbetsplatsen med beredskap att kunna sätta in de första akuta medicinska insatserna. Huvuduppgiften blir dock att på ett i förväg organiserat sätt se till att den sjuke blir omhändertagen inom samhällets hälso- och sjukvård.

5.5.3 Arbetsrelaterad sjukvårdande verksamhet

I avsnitt 5.2.2 har utredningen redovisat sin syn på sjukvårdens roll i företagshälsovården. Utredningen har därvid konstaterat, att samhällets primärvård relativt snart kommer att vara fullt utbyggd. I en sådan situation bör det icke-arbetsrelaterade sjukvårdsbehovet i första hand tillgodoses inom den allmänna hälso- och sjukvården. Detta skall då också gälla dem som genom tillgång till företagshälsovård kommit att få sitt sjukvårdsbehov tillgodosett i företagshälsovården till följd av brister i samhällets hälso- och sjukvård. Lokala variationer kan här förekomma. Företagshälsovården skall inte fungera som ersättning för samhällets hälso- och sjukvård utan som komplement i sin roll att bevaka hälsan i förhållande till arbetsmiljön.

Som tidigare nämnts måste företagshälsovården och hälso- och sjukvården, i första hand primärvården, utveckla samverkansformer. Detta är av stor vikt i det förebyggande arbetet men har särskild betydelse när det gäller den rena sjukvården.

Misstänkt eller konstaterat samband mellan ohälsa och arbetsmiljö bör alltid leda till att företagshälsovården kopplas in. Detta kan självfallet ske genom att enskilda personer vänder sig till företagshälsovården men det bör också ske i de fall patienten direkt kontaktar samhällets hälso- och sjukvård. På samma sätt bör företagshälsovården kopplas in när det kan bli tal om anpassning och rehabilitering.

Samverkan mellan primärvård och företagshälsovård skall ske med syfte att ta till vara hälso- och sjukvårdens respektive företagshälsovårdens specifika kunskaper och förutsättningar vid behov av sjukvård. Företagshälsovården skall bidra med kunskap om de arbetsmiljörelaterade aspekterna vid diagnos, vård- och rehabiliteringsplanering eller försäkringstekniska överväganden.

I övrigt bör givetvis alla de resurser av medicinsk och sjukvårdsteknisk art som samhällets hälso- och sjukvård förfogar över bära den tunga delen av sjukvården i samverkan mellan dessa två system. Företagshälsovårdens roll i denna samverkan blir speciellt påtaglig i början och slutet av ett sjukdomsförlopp. Den får i stor utsträckning ta på sig den förmedlande rollen i patientens väg mot rätt vårdinstans och rollen som förmedlare av relevanta miljödata i diagnos- och vårdplaneringsskedet.

Företagshälsovården har särskilda möjligheter att bedöma arbetsförmåga och planera för rehabiliterande åtgärder. Därvid bör dess kanaler in i arbetsplatsens förutsättningar ur arbetsplaceringssynpunkt utnyttjas. Detta är speciellt viktigt för att bevara arbetstrygghet och förhindra utslagning från arbetslivet.

5.5.4 Åtgärder i samband med påfrestningar psykiskt och socialt

5.5.4.1 Allmänna synpunkter

Någon allmän psykisk hälsovård i betydelsen behandling av psykiska störningar kan det inte bli tal om för företagshälsovården. Vad som behöver göras är att understödja kontakterna mellan den allmänna hälso- och sjukvården och den psykologiska och sociala verksamheten på arbetsplatserna.

Företagshälsovården skall inte ta på sig allmänt socialkurativ verksamhet. Arbetsledningen svarar för arbetsrelaterade personalfrågor. I företagshälsovården bör dock finnas visst utrymme för rådgivning och stödsamtal med enskilda anställda. Därigenom kan också förebyggande insatser initieras.

Psykologiska och sociala åtgärdsprogram skiljer sig från medicinsk behandling i företagshälsovården på det sättet att det huvudsakligen är fråga om information, utbildning och medhjälp till förändring. Det gäller att ge de anställda ökad insikt i problemen så att de själva, eventuellt med hjälp av expertkunskaper kan ta itu med svårigheterna och lösa dem enligt egna värderingar och mål.

Inom ett företag uppkommer ständigt psykiskt och socialt betingade påfrestningar i relationer mellan grupper och enskilda individer. Relationsproblem uppkommer mellan arbetsledning och anställda och olika arbetsorganisatoriska förändringar medför olika former av påfrestningar. Enskilda individers personliga problem utanför arbetet får konsekvenser även för arbetsrelationer och arbetsanpassning. Olika former av ängslan och oro i en rad situationer resulterar i psykiska och framförallt psykosomatiska besvär.

Vid sådana tillfällen är det värdefullt för enskilda individer att ha möjlighet att inom företagshälsovården kunna diskutera igenom och sortera upp personliga problem och få stöd och hjälp. Ofta efterfrågas sådan under förespegling av mer "medicinskt acceptabel" kroppslig krämpa. Men företagshälsovården kan i många fall mycket snabbt konstatera, att det är andra, mer psykiskt och socialt betingade, fenomen som är huvudproblemet.

Många gånger kommer också motsvarande problem för bedömning från arbetsledning och arbetskamrater som lever med besvärliga relationsproblem som behöver få sakkunnig utredning och bedömning.

Lång erfarenhet visar att många anställda, som annars skulle löpa stor risk för långvarig sjukskrivning, med sådana kontaktmöjligheter kan fungera bra i arbetet under förutsättning att de har tillgång till denna förtroendefulla kontakt när problemen hopar sig. Man måste då snabbt få möjligheter att analysera sina problem, tala igenom och få hjälp att hantera en akut situation.

Här har företagshälsovården ett viktigt arbetsfält. Genom sina nära kontakter med anställda och arbetsplatserna i en rad olika uppgifter från dag till dag kan företagshälsovården bygga upp ett förtroendekapital som i dessa sammanhang är utomordentligt värdefullt. I de mer problematiska fallen krävs bedömning av om ytterligare insatser behövs i samverkan med t ex samhällets hälso- och sjukvård eller med sociala myndigheter.

I samverkan med linje-stabsorgan liksom med t ex anpassningsgrupp har företagshälsovården också i denna del av arbetet uppgifter internt inom företaget för arbetsrelaterade stödjande åtgärder. Erfarenheter från sådan verksamhet är dessutom väsentliga för att fånga upp förhållanden som behöver åtgärdas i förebyggande syfte ute på arbetsplatserna. Ansvaret för åtgärder skall emellertid inte ligga hos företagshälsovården. Däremot är det viktigt med samverkan med alla ansvariga instanser.

5.5.4.2 Stöd till grupper och individer

Olika typer av relations- och konfliktbearbetning i smågrupp har i en del fall gett positiva resultat när svårigheterna i arbetet inte är att söka främst i arbetsuppgifter eller arbetsorganisation utan i dåligt samarbetsklimat. Ibland hjälper det att tala ut om problemen. Men i regel är detta ett recept som inte fungerar i arbetslivssammanhang. Man måste undvika att enskilda personer blir syndabockar och kanske utsatta för mobbning. Individuella åtgärder kan därför vara direkt olämpliga. I stället bör man försöka lösa problemet i gruppen i sin helhet.

Från företagshälsovårdens sida bör man söka stimulera de berörda att

själva formulera vad de anser önskvärt att förändra. Det händer dock att de behöver hjälp med tolkning av sin situation och med förslag till förändringsalternativ.

Om nu insatserna måste ankomma på de inblandade personerna själva kan man fråga sig om hjälp från företagshälsovården eller annan verkligen behövs. Utomstående kan emellertid medverka till att skapa motiv och former för att bearbeta problemen. Det kan vara alltför svårt att tala om känslor och upplevelser utan att det legitimeras av den medverkan utifrån som man bestämt sig för att ha hjälp av. Det kan också vara svårt att komma förbi skenförklaringar och förutfattade meningar utan experthjälp.

I arbetsorganisationen finns utan att man är medveten om det tabun, saker som man inte talar om. Ifall det gemensamma tigandet blir alltför omfattande finns risk för att det uppstår missförstånd, misstankar och misstroende. Ett mål för arbetsmiljöarbetet måste vara att öka kommunikation och öppenhet inom en organisation i förebyggande syfte.

Vanligen blir motgångar, kriser och konflikter allvarliga och övermäktiga då den anställde har problem såväl på arbetsplatsen som i privatlivet. Ofta är det omöjligt att avgöra om orsaken djupast sett är att söka i arbetet eller utanför detta. När problemen i sin tur leder till problem i arbetet är det viktigt att företagshälsovården kan medverka till att åtgärder vidtas.

5.5.5 Rehabilitering

I hälsovård och sjukvård kan företagshälsovården fånga upp individer som behöver särskilda rehabiliterande åtgärder. I den mån medicinsk rehabilitering krävs är detta i huvudsak något som skall ske i eller i samverkan med samhällets hälso- och sjukvård. Företagshälsovården skall ta på sig de delar som rör planering och åtgärder i arbetssituationen och som fordrar samverkan med arbetsledning inom företaget samt framförallt med anpassningsgruppen om det finns en sådan.

Företagshälsovårdens speciella förutsättningar är att den kan planera arbetsmässig rehabilitering mycket tidigt i sjukdomsförloppet och vara kontaktpunkt inom företaget för de många funktioner som måste bli inkopplade som arbetsledning, fackliga företrädare, utbildningsplanerare m fl. I vissa större företag kan egen rehabiliteringsavdelning förekomma. Där kan man t ex lägga upp arbetsprövning och arbetsträning inför förberedelser till omplacering i produktionen. I sådana fall kan samverkan med samhällets arbetsvård bli särskilt fruktbärande.

I begreppet rehabilitering måste inrymmas den mycket omfattande verksamhet som företagshälsovården har med olika ställningstaganden till omplaceringsproblem inom företaget. Initiativ till sådana åtgärder kan komma från företagshälsovården själv som resultat av fynd inom den hälso- och sjukvårdande verksamheten. I stor utsträckning skall företagshälsovården kunna kopplas in på sådana problem som uppdrag av anpassningsgrupp, enskilda anställda eller arbetsledning.

Här krävs i hög grad samverkan med funktioner såväl inom som utom företaget för att samordna arbetsvårdande, utbildningsmässiga, sociala, ekonomiska och arbetsmässiga förutsättningar. Här behövs också i många fall tekniska insatser med förändringar av arbetsplatsen för att underlätta

rehabiliteringen. Framförallt i tider av nedgång i industrin och förvaltningen får man räkna med att dessa uppgifter tidsmässigt kan ställa stora krav på företagshälsovården.

Man måste uppmärksamma de arbetstagare som till följd av sjukdom, ändrade arbetskrav, sociala problem eller liknande inte kan klara av tidigare fullgjorda arbetsuppgifter eller som vid nyanställning kan vara svårplacerade. Eftersom psykiska och sociala handikapp ofta kan leda till risk för utslagning skall det höra till företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter att föreslå åtgärder för rehabilitering och habilitering också med den utgångspunkten. Åtgärderna blir i stor utsträckning av pedagogiskt och socialt slag.

Nämnas bör också de problem som beror på alkohol och som leder till att omfattande rehabiliterande program byggs upp inom företagen. Företagshälsovården har väsentliga uppgifter i dessa sammanhang.

5.6 Utredning av arbetsskadefall

Den nya arbetsskadelagen trädde i kraft 1977. Den har väsentligt vidgat begreppet arbetsskada. En sjukdom skall betraktas som arbetsskada om inte vägande skäl talar emot att den står i samband med en sjukdomsframkallande faktor i arbetsmiljön. Bedömningen av en arbetsskada är i avgörande grad beroende av att en sakkunnig utredning sker som fastställer om det har förelegat någon sådan utlösande faktor i den aktuella arbetsmiljön. Det skall också göras en bedömning av huruvida den sjukdom som föreligger i det enskilda fallet är sådan att förmodat samband kan anses föreligga. Bedömningar av det slaget är ofta svåra och intrikata och har dessutom ofta stora ekonomiska konsekvenser för patienterna.

Som underlag för bedömningen behövs kunskaper om den anställdes arbetssituation. Ibland räcker det med den berördes egen beskrivning av arbetsuppgifter och arbetsmiljö, men ofta måste mer ingående teknisk undersökning göras, där aktuella och tidigare exponeringsförhållanden kartläggs. Uppgifter om arbetsprocess, hanterad utrustning, förekommande ämnen, nivåer och tider för exponeringen kan behövas liksom uppgifter om använd skyddsutrustning, dess skyddseffekt och användningsfrekvens. När det gäller misstänkta belastningssjukdomar måste man inhämta uppgifter om t ex arbetsplatsutformning, form och vikt hos hanterad utrustning, reglagemotstånd, rörelse- och arbetsmönster, arbetsställningar och graden av fysisk och psykisk omväxling. För framtiden kan behövas mer utvecklade och systematiserade system för sådana utredningar som underlag för bedömning av sambandsfrågor.

I en del fall då arbetsskadan är av psykiskt slag blir det också nödvändigt med psykologiska undersökningar och social utredning vid bedömningen liksom när psykologiska och sociala omständigheter kan ha spelat en viktig roll vid skadans uppkomst.

Företagshälsovården måste ha en mycket central uppgift i arbetsskadeutredningar. Skälet är främst att företagshälsovården har speciella förutsättningar genom sin tillgång till såväl miljöaspekten som hälsoaspekten. Detta är också ett område där samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård måste utvecklas.

5.7 Information och utbildning

5.7.1 Arbetsmiljöutbildning för skyddsombud och arbetsledare m fl

Med stöd från arbetarskyddsfonden bedriver arbetsmarknadens parter en bred arbetsmiljöutbildning. Partsgemensamma centrala organ, som Arbetarskyddsnämnden och Statens arbetsmiljönämnd, producerar och distribuerar utbildningsmaterial riktat till skyddsombud och arbetsledare. Kursen Bättre arbetsmiljö används för den grundläggande utbildningen. På senare tid har branschanpassade varianter av denna utarbetats, t ex för byggnadsbranschen och för hotell- och restaurangbranschen. Ytterligare branschmaterial är under utarbetande.

Arbetarskyddsnämnden har också producerat vidareutbildningsmaterial som ankyter till grundkursen. Dessa lämpar sig även för andra kategorier inom företagen, t ex för planerare, konstruktörer och inköpare. För närvarande finns sådana kurser för områdena belysning, ergonomi, kemiska hälsorisker, lokalt skyddsarbete, planering och transport av farligt gods. Vidare planeras studiematerial för kompletterande utbildning med syfte att ge specifika kunskaper om särskilda problem. Ett första kurspaket, Att arbeta med epoxiprodukter, finns färdigt.

Utbildningsmaterial produceras vidare av branschernas olika partsgemensamma arbetsmiljöorgan. Bl a har Transportfackens yrkes- och arbetsmiljönämnd, TYA, utarbetat särskilt kursmaterial för petroleumbranschen, för flygets markpersonal och för landtransporter. Elfackets arbetsmiljökommitté har framställt ett kursmaterial för kraftverksarbete och inom jordbruks- och trädgårdsbranschen finns ett särskilt vidareutbildningsmaterial. Ett annat exempel är det kursmaterial om terminalarbete och mikrobildläsning, som Statens arbetsmiljönämnd utarbetat.

I några fall producerar de fackliga organisationerna eget material. Ett exempel är TCO:s studiematerial, Arbete med mening, som handlar om psykologiska och sociala aspekter på arbetsmiljön.

För såväl grund- som vidareutbildning av detta slag finns överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter om utbildningens omfattning. Utbildningen läggs i allmänhet upp som studiecirklar inom företagen eller anordnas gemensamt för flera företag och kan ofta lämpligen ges i något av studieförbundens regi.

Det förutsätts att expertmedverkan skall ske i de flesta av dessa utbildningar. Som exempel kan nämnas avsnitt som rör buller, kemiska hälsorisker och belysning. Det är naturligt att företagshälsovårdens personal medverkar med sitt expertkunnande i samverkan med de lokala parterna.

En fortlöpande utbildning med hjälp av företagshälsovårdens resurser är också en nödvändig förutsättning för att skyddskommittéernas ledamöter på ett initierat och engagerat sätt skall kunna "beställa" hjälp från företagshälsovården i aktuella arbetsmiljöfrågor. Planering av utbildningsinsatserna skall också ske i skyddskommittéerna och företagshälsovården skall där kunna lämna förslag om verksamheten.

När företagshälsovården är nyetablerad behöver den ofta ägna utbildningsfrågorna avsevärd tid parallellt med att den skaffar sig en så fullständig

bild som möjligt av arbetsmiljö och arbetsförhållanden vid de arbetsplatser företagshälsovården ska ge service till. I nästa steg utformas efter behov program på kort och lång sikt för bla eliminering av risker, uppföljning av berörd personal och speciella utbildnings- och informationsinsatser.

För nya och speciella problemområden, där utbildningsmaterial saknas, kan det vara lämpligt att företagshälsovårdens personal arbetar fram material samt initierar och medverkar i utbildning. Detta kan vara aktuellt för personal med särskilda risker i arbetet, t ex vid arbete med epoxi, isocyanater eller laser.

5.7.2 Utbildning för vissa kategorier av beslutsfattare

Företagshälsovården måste engagera sig i olika former av utbildning och information riktad till sådana kategorier inom företaget som i stab- eller linjefunktioner har stor betydelse för att arbetsmiljöarbetet skall bli framgångsrikt. Det gäller t ex produktionstekniker, planerare, inköpare och personalansvariga. Dessa kategorier är ofta svåra att nå med allmänna kursprogram. Det är därför viktigt att framförallt lägga in sådan utbildning och information i företagsinterna informations- och utbildningsprogram. Insatserna måste i hög grad skräddarsys efter lokala förutsättningar.

Sådan information är särskilt viktig i ett läge då kunskaperna på arbetsmiljöområdet ständigt växer och samtidigt blir allt svårare att överblicka. Företagshälsovården har en mycket väsentlig uppgift i att bevaka informationsflödet och föra det vidare till ansvariga på arbetsplatserna. Därigenom underlättas den löpande hanteringen av arbetsmiljöfrågorna på det lokala planet t ex vid inköp, introduktion av nya metoder och upprättande av skyddsföreskrifter.

5.7.3 Information om olycksfalls- och hälsorisker, föreskrifter och regler, samt "skyddspropaganda" m m

Arbetsmiljöarbetet vilar i väsentliga delar på avtal samt på lagstiftning där arbetarskyddsstyrelsen har att utfärda närmare föreskrifter om arbetsmiljölagens tillämpning. Det är arbetsgivaren och i det enskilda fallet arbetsledaren som har ansvar för att lagen och föreskrifterna följs. Utan att avlasta vederbörande detta formella ansvar skall företagshälsovården medverka i allmän information om gällande lag och föreskrifter. Det kan t ex avse information till berörda om nya föreskrifter och deras konsekvenser för de arbetsställen som företagshälsovårdens service omfattar. Det kan också avse information från arbetarskyddsstyrelsen m fl av mera rekommenderande karaktär.

Företagshälsovården skall även medverka i specialinriktad information till yrkesgrupper utsatta för särskilda risker i arbetet. Informationen kan t ex avse skadliga ämnens egenskaper, genomgång av olika arbetsmoment och behovet av skyddsåtgärder.

5.7.4 Utbildning i första hjälpen

Enligt arbetsmiljölagen åvilar det arbetsgivaren att organisera första hjälpen vid olycksfall och akut sjukdom på arbetsstället. Det blir företagshälsovår-

dens uppgift att organisera systemet med första hjälpenmaterial på de olika arbetsenheterna. En annan uppgift är att medverka till att personer som skall kunna ge första hjälpen utses och utbildas. Organisatorisk samordning av detta system med företagshälsovårdens egna resurser skall åstadkommas. Rutiner för ambulanstransporter och kontakt med sjukhus måste t ex ordnas. Det finns ett kontinuerligt behov att utbilda dem som har till uppgift att ge första hjälpen. För närvarande sker denna utbildning ofta i samverkan med Röda Korset eller någon samaritförening. I framtiden bör utbildningen planeras och genomföras av företagshälsovården.

5.7.5 Hälsoinformation

Den allmänna hälso- och sjukvården ökar allt mer de insatser som avser allmän hälsoupplysning, t ex information om tobakens skadeverkningar, alkohol-narkotika, friskvård m m. I samverkan med den allmänna hälso- och sjukvården har företagshälsovården speciella förutsättningar att anpassa sådan information till de anställdas behov. Härigenom kan företagshälsovården med sin arbetsplatsanknytning medverka till att hälsoinformationen dels får en vid spridning, dels riktas och utvidgas till speciella riskgrupper. Företagshälsovårdens uppgifter med hälsoinformation beskrivs mer ingående i avsnitt 5.4.2.3.

5.7.6 Utbildning av personal för företagshälsovården

I den specialutbildning som idag ges inom arbetarskyddsstyrelsen för personal inom företagshälsovården ingår i vissa fall praktiktjänstgöring i företagshälsovård under handledning. Sådan praktik har hittills varit av relativt begränsad volym, men efterfrågan kommer att bli betydligt mer omfattande i framtiden. Då kan man räkna med att blivande personal i företagshälsovården får sin praktiska utbildning i företagshälsovård integrerad med den teoretiska utbildningen. "Direktvägar" i utbildningssystemet kommer att fordra handledd tjänstgöring i företagshälsovården. Som exempel kan nämnas FV-block för blivande företagsläkare och motsvarande arrangemang för blivande företagssköterskor.

Företagshälsovården behöver alltså i ökad utsträckning vara beredd att ta emot såväl läkare som sjuksköterskor, sjukgymnaster och ingenjörer för handledd tjänstgöring.

5.7.7 Utbildning av personal i hälso- och sjukvården

Företagshälsovården kan inte fullgöra sina uppgifter om samarbetet med samhällets hälso- och sjukvård inte fungerar. En förutsättning för samarbete och samverkan är att personalen som arbetar i den allmänna hälso- och sjukvården känner till målet för företagshälsovårdens arbete, dess förutsättningar och resurser samt de risker för hälsan som förekommer i arbetslivet. Företagshälsovården måste därför medverka till att öka hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper i dessa avseenden. Detta kan ske genom att företagshälsovården står öppen för praktiska inslag (auskultation, AT-tjänstgöring, utbytestjänstgöring etc) i grund- och vidareutbildningen för

läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Men det bör också kunna innebära att personal i företagshälsovården medverkar i de teoretiska delarna av vårdutbildningarna. De yrkesmedicinska regionklinikerna bör med sin universitets- och högskoleanknytning kunna medverka till att företagshälsovårdens resurser tas till vara i högskolans utbildning.

Det är särskilt angeläget att blivande personal vid yrkesmedicinska kliniker får praktisk utbildning inom företagshälsovården. Denna blir nämligen i deras kommande arbete den främsta samarbetspartnern på fältet.

5.7.8 Information om företagshälsovården

Det är viktigt att företagshälsovården och kanske i synnerhet företagshälsovårdscentralerna informerar om sin verksamhet så att man ute på arbetsplatserna känner till företagshälsovårdens uppgifter och sätt att arbeta.

Företagshälsovårdens personal bör också i mån av tid medverka i olika externa utbildningsaktiviteter. Lokalt kan detta vara aktuellt i skolor och vid olika kurser. Vidare bör företagshälsovården medverka till att via fackpress sprida sina erfarenheter.

5.8 Utvecklingsarbete och forskning

5.8.1 Allmänna synpunkter

En väl fungerande företagshälsovård är beroende av att området successivt förnyas genom forsknings- och utvecklingsarbete. Detta kan av naturliga skäl inte bli en uppgift för varje företagshälsovårdsenhet. Däremot kan företagshälsovården på olika sätt medverka i forsknings- och utvecklingsarbete, t ex genom att definiera problem som kräver forskning och utvecklingsarbete.

Företagshälsovårdsenheter bör således kunna avsätta tid och resurser för lokalt utvecklingsarbete, medan arbetslivs- och arbetsmiljöforskning av allmänt och övergripande slag bör bedrivas av forskningsinstitutioner.

Samverkan mellan centralt organiserad forskning och decentraliserat utvecklingsarbete måste organiseras. Lokalt utvecklingsarbete bör stimulera till forskningsprojekt på central nivå och forskningsresultaten bör föras ut och omsättas i utvecklingsarbetet. Det är därför av vikt för förnyelsen av företagshälsovårdens arbetsformer, inriktning och effektivisering att tid och resurser avsätts för utvecklingsarbete på det lokala planet. Samverkan med de yrkesmedicinska klinikerna är viktig i detta sammanhang. I det följande redovisas exempel på aktiviteter som kan bli aktuella.

5.8.2 Exempel på utvecklingsinriktade uppgifter

5.8.2.1 Analyser av sjukfrånvarostatistik, olycksfallsstatistik och statistik på personalomsättning

Underlag av denna typ är väsentliga för företagshälsovården som signaler om arbetsmiljö- och arbetsanpassningsproblem. Hög sjukfrånvaro eller hög

olycksfallsfrekvens inom en arbetsenhet kan vara signal på en gemensam bakomliggande miljöfaktor av hälsomässig art eller antyda att arbetskraven inom enheten är för stora. Sådana signaler kan föranleda gruppundersökningar med varierande metodik. Ett generellt ergonomiskt problem kan vara orsak till anhopning av muskel-skelettsjukdomar eller resultera i arbetskrav som är för höga också för den som inte har några hälsobesvär. Också förekomst av psykiskt betingad ohälsa kan föranleda kartläggning av psykiska och sociala arbetsmiljöproblem med inriktning på t ex arbetsorganisation och relationer.

Ett konkret exempel på sådana metoder är användningen av datorbaserade system för registrering av sjukdoms- och skadepanoramat. Det finns företagshälsovårdsenheter som byggt upp system som kan identifiera eventuell översjuklighet i specifika sjukdomar bland olika anställningskategorier och på olika arbetsplatser. Sådana signaler går också att fånga upp genom analys av frånvarostatistik. Jämförelser av frånvaromönstret mellan olika arbetsenheter, personalkategorier och riskområden kan lyfta fram miljöproblem. Det finns exempel på sådana systematiska studier av sjukfrånvaron som resulterat i åtgärdsprogram som bl a omfattade utbildning av arbetsledare, bättre introduktion av nyanställda, bättre personalutrymmen och insatser mot buller och drag samt ergonomisk undersökning av arbetsplatser.

5.8.2.2 Epidemiologiska studier

Företagshälsovården får i sin dagliga verksamhet ofta signaler som ger anledning till mer systematiska epidemiologiska utredningar om samband mellan miljöfaktorer och ohälsa. Särskilt viktig för företagshälsovården är den beskrivande (deskriptiva) epidemiologin som syftar till att beskriva arbetsrelaterade sjukdomars förekomst i olika yrkesgrupper, verksamhetsgrenar, åldersgrupper eller kön. Resultaten av sådana systematiska undersökningar är väsentliga för åtgärdsplaneringen inom företagshälsovården. Ambition och insatser kan variera allt ifrån begränsade studier inom det egna företaget till bredare projekt där flera företagshälsovårdsenheter inom t ex en bransch samarbetar. Ofta är det lämpligt att företagshälsovården samarbetar med yrkesmedicinska kliniker som har goda förutsättningar att både medverka vid uppläggning av sådana projekt och sprida resultaten.

En förutsättning för att en arbetsbetingad sjukdom som uppmärksammas i ordinärt medicinskt arbete skall sammankopplas med arbetsmiljön är som regel att den har relativt specifik medicinsk karaktär, att den förekommer i relativt hög frekvens i anslutning till någon speciell verksamhet samt att den ger symtom i nära anslutning till expositionen. Det är främst hälsorubbningar av denna karaktär som hittills uppmärksammats och som alltså utgör de etablerade yrkessjukdomarna. När sjukdomen är ospecifik och relativt sällsynt samtidigt som tiden mellan exponering och insjuknande kan vara lång är det betydligt svårare att avgöra sambandet mellan sjukdom och faktorer i arbetsmiljön. I sådana fall används orsakssökande epidemiologiska metoder som innebär jämförelser mellan exponerade grupper och kontrollgrupper av exponerade. Man kan undersöka om en grupp patienter med en viss hälsorubbning i högre grad är utsatt för någon arbetsmiljöfaktor

och man kan undersöka om en grupp exponerade har högre frekvens än förväntat av någon hälsorubbning. Sådana undersökningar är utpräglat tvärvetenskapliga, där basen utgörs av medicinskt kunnande i kombination med tekniska kunskaper om exponeringsförhållanden. I regel krävs samarbete mellan företagshälsovården och yrkesmedicinsk klinik för sådana sambandsstudier. Kliniken kan fungera som konsult vad gäller ändamålsenlig insamling, registrering och analys av data. Mer omfattande och avancerade epidemiologiska projekt blir i första hand en uppgift för de yrkesmedicinska klinikerna. Företagshälsovården kan medverka med bl a insamling av undersökningsdata. Enskilda företagshälsovårdsenheter kan också bli inkopplade som medverkande i epidemiologiska projekt som läggs upp och leds av vetenskapliga institutioner inom t ex arbetarskyddsstyrelsen eller vid universitet och högskolor.

5.8.2.3 Utvärdering av arbetsmetoder, processer och maskiner som underlag för systematiska åtgärder

Genom att utvärdera arbetsmetoder, processer och maskiner ur arbetsmiljösynpunkt får man också underlag för mer systematiska åtgärder. Det kan gälla återkommande brister som t ex kräver anpassning av maskiner till rätt arbetshöjd, ändringar av reglage till lämplig arbetsställningar, anpassning av skyddsanordningar, anpassad platsbelysning och åtgärder som minskar buller och luftföroreningar. Det finns olika hjälpmedel för sådan systematisk kartläggning av arbetsmiljön. Ett exempel är Verkstadsföreningens och Metalls analysmaterial Se om miljön.

Det är väsentligt att företagshälsovården kan fånga upp generella brister i den tekniska utrustningen m m och via olika kanaler försöka påverka konstruktörer, tillverkare och importörer i syfte att driva på utvecklingen mot bättre lösningar ur arbetsmiljösynpunkt.

Företagshälsovården kan också mera samlat bearbeta specifika problemområden. Det kan t ex gälla utredningar om bildskärmsarbete, användning av kemikalier, arbetsmiljökrav för särskilda yrkesgrupper och utformning av arbetsmaskiner. Sådana utredningar kan göras i projektform där flera företagshälsovårdsenheter samverkar eller som branschstudier i samverkan mellan företagshälsovården och olika centrala arbetsmiljöorgan och vetenskapliga institutioner. Resultaten kan sedan ligga till grund för företagens prioriteringar och handlingsprogram, inköpspolicy och produktval.

5.8.2.4 Utveckling av kravspecifikationer för utrustning m m

De arbetsmiljökrav som skall ställas på nya maskiner och utrustningar kan sammanställas i s k kravspecifikationer. Dessa underlättar jämförelsen mellan olika alternativ vid upphandling av utrustning. Kravspecifikationen för en maskin kan t ex innehålla krav på högsta ljudnivåer, önskade arbetshöjder, punktbelysning, skyddsanordningar och åtkomlighet för service. För en luftbehandlingsanläggning kan den t ex innehålla uppgifter om högsta bullernivåer från anläggningen i olika utrymmen, uppgifter om till- och frånluftsflöden, reningskrav på frånluft samt arbetsmiljökrav på värmeåtervinning och återluft.

Med kravspecifikationer blir det också lättare att påverka tillverkare och

leverantörer att förbättra sina produkter med hänsyn till miljökraven. I de flesta fall är det bäst att sådana kravspecifikationer tas fram branschvis för olika typer av maskiner. Genom branschvisa kravspecifikationer utnyttjas arbetsinsatsen bättre samtidigt som påverkan på tillverkare och leverantörer att förbättra sina produkter förstärks. I vissa speciella fall kan det dock vara nödvändigt att lokalt ta fram egna kravspecifikationer. Företagshälsovården bör medverka vid utarbetandet av såväl branschvisa som egna kravspecifikationer.

5.8.2.5 Utveckling av metoder med psykologisk och social inriktning

Det kan inte vara varje företagshälsovårdsenhets uppgift att utveckla metoder för psykologiskt och socialt arbete inom företagshälsovården. Men varje företagshälsovårdsenhet måste på grundval av metoder och kunskaper som tagits fram inom psykologisk och social forskning utforma den egna verksamheten efter de speciella uppgifter och förhållanden som råder på den eller de arbetsplatser som enheten betjänar.

Utvecklingsarbete som kan förekomma i dessa sammanhang har som huvudsyfte att förbättra olika kartläggnings- och åtgärdsmetoder och att utforma metoder för utvärdering av de åtgärder som prövats, t ex försök med nya arbetsvillkor, ny arbetsorganisation eller nya arbetsmetoder.

Metoder för arbetsmiljö-, grupp- och individinriktade kartläggningar och åtgärder i dessa sammanhang måste utformas och prövas, anpassnings- och rehabiliteringsprogram likaså. Informations- och utbildningsinsatser skall läggas upp och ges innehåll, varieras och utvärderas. Samverkans- och kommunikationskanaler till berörda instanser och grupper skall öppnas och prövas.

5.8.3 Bevakning av och ankytning till aktuell forskning

Företagshälsovården måste hålla sig informerad om aktuell forskning om de frågor som ligger inom det egna ansvarsområdet. Detta behov bör i första hand tillgodoses genom kontakter med yrkesmedicinska kliniker. Självfallet kan också mer direkta kontakter behöva tas med andra forskningsinstitutioner. Genom att delta i utbildnings- och forskningskonferenser kan företagshälsovårdens personal också följa upp aktuell forskning.

Företagshälsovården måste även ta på sig uppgiften att förmedla vidare sådana kunskaper på ett lämpligt sätt till företagsledning, arbetsledare, skyddsombud, skyddskommittéer m fl för att dessa skall kunna integrera kunskaperna i sina praktiska program och när de fattar beslut i företaget.

För utveckling på längre sikt av arbetsmiljökunnandet är det av betydelse att företagshälsovården upprättar kontakter med universitet och högskolor. Den bör initiera forskningsprojekt på arbetsmiljöområdet och fungera som kontaktorgan mellan forskningsinstitutioner och företag. Företagshälsovården kan medverka i projektgrupper och referensgrupper för forskning och utvecklingsarbete inom sitt arbetsområde.

En stor del av forskningen inom arbetsmiljöområdet stöds av medel från arbetarskyddsfonden. Det är önskvärt att fler forskningsprojekt med

praktisk inriktning kommer till stånd. Företagshälsovården bör därför i ökad omfattning initiera och medverka i forskningsprojekt där dess praktiska erfarenheter från arbetsmiljön kan utnyttjas. Här kan företagshälsovården också bidra med fältarbete som anknyter till forskningsprojekten. Ibland kan det vara lämpligt att flera företagshälsovårdsenheter samverkar i sådana projekt. Kan dokumentation av arbetsmiljön och arbetsmiljöpåverkan erhållas från företagshälsovårdens löpande arbete underlättar det för forskningen.

Företagshälsovården måste också vara förtrogen med tendenser i den tekniska utvecklingen. Kontaktvägar med olika branschorgan, Styrelsen för teknisk utveckling och industrin kan behöva arbetas upp.

5.8.4 Företagshälsovården som idé- och informationsförmedlare utåt

Inom företagshälsovården samlas utomordentligt värdefull information om såväl arbetsmiljödata som hälsodata. Hittills har denna information i alltför liten utsträckning kunnat användas som underlag för signaler till omvärlden om arbetsmiljöproblem eller kunnat bidra till mera övergripande kunskaper om dos-effektförhållanden. Det blir allt mer nödvändigt att få till stånd datorbaserade informationssystem, där erfarenheter av denna art från landets företagshälsovård kopplas samman.

Redan i dag har man på vissa företagshälsovårdsenheter byggt upp egna databaserade informationssystem. Företagshälsovården måste framöver skaffa kompetens att hantera sin information i sådana system. Här finns också för framtiden stora möjligheter att utveckla samkörning av data från företagshälsovård och samhällets hälso- och sjukvård.

Företagshälsovårdsdelegationen initierade våren 1980 projektet Samordnad informationshantering inom svensk företagshälsovård vars målsättning var att pröva behov av och möjligheter till ADB-stöd inom företagshälsovården. En förstudie är nu avslutad. I den redovisas en modell som tillåter lokala variationer i behov och ambition och samtidigt ger möjligheter till samordning och enhetlighet på bredare bas. För närvarande projekteras verksamhet som syftar till att specificera kraven på ett framtida informationssystem för företagshälsovården. I detta arbete ligger att närmare precisera företagshälsovårdsenheters olika informationsbehov som underlag för beslut om systemets utformning.

Det är viktigt att företagshälsovården löpande förser yrkesmedicinska kliniker och andra forsknings- och utvecklingsinstitutioner med idéer och information om var forsknings- och utvecklingsarbete kan behöva sättas in. I det dagliga arbetet har företagshälsovården unika möjligheter att upptäcka sådana områden.

En annan uppgift för företagshälsovården är att föra vidare upptäckta brister ur arbetsmiljösynpunkt hos teknisk utrustning m m som kunde ha varit åtgärdade på konstruktionsstadiet. Företagshälsovården behöver finna vägar till leverantörer och tillverkare för att informera om sådana brister.

Sammanfattningsvis är det således viktigt att företagshälsovården känner ansvar för att systematisera och sprida kunskap och erfarenhet som kan vara av allmänt intresse så att den kommer andra till del snarast möjligt. Många

olika vägar står till buds för sådan kunskapsförmedling t ex kontakt med intresseföreningar. Direktkontakt mellan olika företagshälsovårdsenheter och mellan företagshälsovården och yrkesmedicinska kliniker respektive branschorganisationer och andra organisationer är också viktig.

5.9 Planerings- och samverkansuppgifter

5.9.1 Planerad samverkan i kontakter med ansvariga organ inom företaget

Representanter för företagshälsovården deltar som adjungerade ledamöter i skyddskommitténs (arbetsmiljökommitténs eller motsv) sammanträden. Denna är i de stora företagen med inbyggd företagshälsovård huvudman för företagshälsovården. Enligt arbetsmiljöavtalen skall skyddskommittén behandla alla väsentliga frågor som rör arbetsmiljön. Kommittén skall också diskutera företagshälsovårdens förhållanden, eftersom den har ansvar för dess arbetsprogram och rutiner. Prioriteringsfrågor blir viktiga.

Det bör vara rutin att någon representant från företagshälsovården är med på dessa sammanträden för att ge synpunkter på förhållanden som behandlas samt presentera utredningsresultat m m som kan belysa frågeställningar som tas upp. Idéer till utredningar, åtgärdsprogram m m kan givetvis också komma från företagshälsovårdens erfarenheter.

I företagshälsovårdscentraler är motsvarande organ företagshälsovårdskommittén (hälsoråd (motsvarande)). Denna är sammansatt av partsrepresentanter från medlemsföretagen. Den skall fungera som ett ledningsorgan som planerar företagshälsovårdens insatser utifrån de behov som uttrycks från de ingående företagens skyddskommittéer, som var och en ansvarar för det egna företagets behov av arbetsmiljöprogram. Även här bör givetvis representanter för företagshälsovården kallas att närvara i företagshälsovårdskommittén. De bör ge sina synpunkter på behov av insatser i de enskilda företagen och medverka till att de gemensamma företagshälsovårdsresurserna fördelas och prioriteras mellan de företag som ingår i centralen.

Detta i sin tur förutsätter att företagshälsovården deltar på något lämpligt sätt i företagens skyddskommittésammanträden för att där medverka till att ta fram de program och övriga insatser som bör initieras. Särskilt viktigt är det att företagshälsovården presenterar sina förslag och resultat från uppföljning av tidigare åtgärder. Det kan i sådana sammanhang bli fråga om ett mycket stort antal sammanträden som måste planeras och fördelas mellan företagshälsovårdens befattningshavare på effektivast möjliga sätt.

Anpassningsgrupperna har flera uppgifter i företagen. De skall försöka vidga möjligheterna för arbetshandikappade att stanna kvar på arbetsplatsen trots handikapp. Man skall ta upp individuella fall av omplacering och därvid sträva efter att skapa trygg och meningsfull sysselsättning. Grupperna skall också försöka bereda sysselsättning för arbetshandikappade som rekryteras externt. Det kan konstateras att framförallt de mer generella uppgifterna är mycket nära integrerade med skyddskommitténs uppgifter. Företagshälsovården kan här spela rollen av brygga mellan skyddskommittén och

anpassningsgruppen.

Företagshälsovården måste alltså finna former för kontinuerlig kontakt med anpassningsgrupperna när det gäller enskildas problem i anställningen. Eftersom en lyckad rehabilitering i stor utsträckning beror på hur tidigt man i ett sjukdomsförlopp sätter igång sådan planering är det desto viktigare att rutinerna i denna samverkan är väl etablerade.

Företagshälsovården bör hålla kontakt med de lokala fackliga organisationerna. Framförallt måste givetvis företagshälsovården samverka med de lokala skyddsombuden ute på de enskilda arbetsenheterna. Detta bör i allmänhet ske inom ramen för partssamverkan där även arbetsledarna ingår.

För att företagshälsovården skall kunna planera sina insatser måste den känna till vad som diskuteras inom olika funktioner i linje-stabsorganisationen. Inom personalavdelningen har man t ex på ett tidigt stadium kännedom om personalförhållanden i olika avseenden.

Det skall vara lika naturligt att företagshälsovården som övriga funktioner i företaget ingår i eller fortlöpande orienteras om vad man håller på med i planerings-och projektgrupper. I sådana grupper planeras nämligen förutsättningar för driftsinskränkningar eller -utvidgningar med personalreduktion eller personalrekryteringsbehov som följd. Här diskuteras olika former av utbildning, personalsociala förhållanden m m. Företagshälsovården måste hålla sig à jour med sådan planering för att förbereda insatser som kan bidra till att belysa konsekvenser av olika åtgärder eller ge råd utifrån medicinska och psykologiska m fl aspekter. En annan uppgift för företagshälsovården kan vara att inventera olika personalkategorier ur kapacitetssynpunkt för att kunna peka på individuella konsekvenser av förändringar.

Här är de psykologiska och sociala uppgifterna delvis involverade i tekniska och medicinska frågeställningar, men det finns också fall där de psykologiska och sociala uppgifterna delvis är tämligen fristående. Detta gäller arbetsmiljörisker av typen samarbetssvårigheter och rollkonflikter, anpassning eller rehabilitering av anställda med främst psykiska och sociala problem.

På samma sätt bör företagshälsovården ha insyn i vad som planeras inom produktionstekniska enheter. De har till uppgift att samordna teknisk utrustning, material och anställda till effektivast möjliga produktionssystem. Här måste företagshälsovården kunna lägga synpunkter på en rad frågor om arbetsmetoder, arbetsorganisation och tekniska lösningar. Särskilt införandet av ny teknik kan behöva uppmärksammas så att inte nya risker uppstår.

Inköpsavdelningens planering för inköp av nya maskiner och utrustning är också viktig att uppmärksamma. Den kan i många företag ha en nyckelroll ur arbetsmiljösynpunkt. Upphandling av maskiner, annan utrustning för produktion eller administration, material, kemiska produkter och råvaror m m skall ske med beaktande av arbetsmiljömässiga konsekvenser. Rutiner för företagshälsovårdens medverkan vid inköp bör upprättas. Företagshälsovården skall efter skyddskommitténs riktlinjer bistå inköpsfunktionen med att utforma rutiner för hantering av miljöfrågor i det löpande inköpsarbetet, t ex i form av mallar för begäran om produktdata och annan information av betydelse ur arbetsmiljösynpunkt att användas vid offertförfrågningar. Krav

måste fastställas för faktorer som buller, luftföroreningar och belysning. Lämpliga texter för garantiförbindelser vid kontraktskrivning kan behöva diskuteras. Dessutom kan företagshälsovården lämna hjälp när det gäller att bestämma företagsspecifika produktkrav allmänt och vid enskilda inköpstillfällen, värdering av kemiska produkter, maskiner och annan utrustning ur miljösynpunkt. Krav på lämplig personlig skyddsutrustning bör fastläggas att gälla fram till nästa, t ex årliga, revision.

I större företag kan finnas en särskild forsknings- och utvecklingsavdelning. Företagshälsovården måste hållas informerad även om dess arbete för att i ett så tidigt skede som möjligt uppmärksamma arbetsmiljöaspekterna. Man bör också tänka på att en nyutvecklad produkt ofta kan bli en del av arbetsmiljön på annat håll. Företagshälsovården måste därför söka samarbeta med företagens utvecklings-, marknads- och försäljningsavdelningar. Hela kedjan av arbetsmiljöaspekter i samband med tillverkning, användning och destruktion av produkten måste bevakas av företagshälsovården betydligt mer intensivt i framtiden.

Företagshälsovården måste naturligtvis också vara beredd att redovisa bedömningsunderlag för företagsledningen (motsv). Dess uppgifter avser bl a de mer långsiktiga och policybetonade frågorna. Även om det idag närmast är självklart att företagsekonomiska insatser inte får åstadkommas till priset av bristande säkerhet eller ohälsa och att en god arbetsmiljö kan vara en produktionsresurs i sig kommer vi inte ifrån att miljöinriktade insatser ofta står i konflikt med mer direkt företagsekonomiska eller produktionstekniska mål. Bl a av detta skäl är det väsentligt att företagshälsovård och företagsledning har fortlöpande kontakter även om de inte får gå utanför företagshälsovårdens ställning som opartisk expertfunktion. En ömsesidig förståelse och vilja till konsekvensanalys ur skilda aspekter torde bäst gagna förtroendet dem emellan och därmed förutsättningarna för goda miljöförhållanden.

Företagshälsovårdens insatser på ledningsnivå kan exempelvis vara att informera om utvecklingen i och utanför företaget vad gäller arbetsmiljön och att sammanfattat redovisa resultatet av genomförda investeringar och effekter av större åtgärder av betydelse för arbetsmiljön. För företagshälsovårdscentaler gäller att upparbeta sådana kontakter att arbetsmiljöfrågorna i lämplig omfattning kan diskuteras också med företagens ytterst ansvariga. Värdet av företagshälsovårdens arbete bygger till väsentlig del på ingående kännedom om rådande arbetsförhållanden och goda kontakter med de anställda och lokal arbetsledning. Speciellt är det tekniska bedömningar som blir aktuell i dessa fall.

Slutsatserna blir att en bred medverkan från företagshälsovården behövs för sådana kontinuerliga kontakter med olika instanser inom företagen. Man måste fördela insatserna mellan sig men arbeta integrerat tillsammans över hela fältet. Ibland kommer tyngdpunkten att ligga på medicinska frågor, ibland på tekniska och andra fall på psykologiska och sociala frågor. Men det är viktigt att hela tiden se samspelet mellan olika aspekter och personalmässigt samverka inom företagshälsovården för att få ut så mycket som möjligt av de interna kontakterna. Personalen i företagshälsovården behöver ha kunskaper inom både medicinskt, tekniskt, psykologiskt och socialt specialområde för att kunna tala samma språk och integrera sina insatser. Och de

måste framförallt företagsanpassa sina kunskaper för att kunna förstå även andras synpunkter i beslutsprocessen.

5.9.2 Planering och samverkan med företagsexterna organ

En nära samverkan måste ske mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvårdsorganisation. Speciellt gäller det att arbeta fram rutiner i samverkan med den öppna vårdorganisationen, t ex rutiner för fördelning av sjukvårds- och rehabiliteringsansvar eller för arbetsskadeärenden. Det gäller också samverkan i den förebyggande hälsovården, där olika former av utbyte av information om hälsodata kan ske. Ett annat centralt område för samverkan avser fördelning av ansvar och uppgifter vid hälsoundersökningar av olika slag.

Motsvarande samverkan måste planeras och organiseras mellan företagshälsovården och specialistresurser inom sjukhusen. Rutiner behövs t ex för samverkan med olika laboratorieresurser, med specialkliniker som lungklinik, audiologklinik, ortopedisk klinik, psykiatrisk klinik m fl. Men framförallt gäller det samverkan med de yrkesmedicinska klinikerna som också kan ha en samordnande roll vid kontakt med de nämnda specialklinikerna.

Företagshälsovårdens kontakter med yrkesmedicinska kliniker kan också gälla frågeställningar om mät- och analysmetoder, hjälp med instrumentkalibrering, litteraturservice eller mer direkt hjälp med bedömning av någon specifik fråga.

I främst arbetsskade- och pensionsfrågor samt rehabiliteringsutredningar har företagshälsovården en viktig kontaktyta mot försäkringskassan. Framförallt gäller det samverkan med dess utredande personal och med försäkringskassans läkare.

Yrkesinspektionen är en annan kontaktpunkt för företagshälsovården. Så skall t ex läkare i företagshälsovården till yrkesinspektionen anmäla misstänkt samband mellan arbetsmiljö och sjukdom. Det kan också gälla att hålla sig orienterad om arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter och informationsmaterial eller att ha kontakt i anslutning till yrkesinspektionens besök på de arbetsställen som företagshälsovården ger service till. Även i övrigt förutsätts företagshälsovården ha kontinuerliga kontakter med yrkesinspektionen. Kontakter med arbetarskyddsstyrelsen kan också behövas för vissa expertbedömningar.

Företagshälsovårdens tekniska personal fungerar redan i dag ofta som förbindelselänk i kontakterna mellan företag och yrkesinspektionen när det gäller tolkning och lokal tillämpning av lag, anvisningar och föreskrifter eller förhandsanmälan och särskilda utredningar m m. Syftet med kontakterna är främst att finna tekniska lösningar utifrån stadgade minimikrav för arbetsmiljön. Samverkansbehovet kommer inte att bli mindre i framtiden, snarare kan det behöva intensifieras.

Psykologiska och sociala frågor kan röra en rad problem som måste lösas i samverkan mellan företagshälsovården och den lokala socialtjänsten. Det är ofta viktigt att en helhetssyn kan anläggas på anställdas problem. Åtgärder inom företaget bör därför samordnas med sådana som riktas mot den totala sociala situationen.

I det anpassningsarbete som företagshälsovården engageras i genom

samverkan med bland annat anpassningsgruppen finns också behov av samverkan med samhällets instanser för arbetsvård och rehabilitering. Här har företagshälsovården många viktiga uppgifter. En är att samverka med arbetsvårdande organ för att främja sysselsättning för arbetshandikappade.

Förutom kontakter med arbetarskyddsverket kan företagshälsovården behöva vända sig till andra myndighetsorgan som brandmyndighet, länsstyrelser och miljö- och hälsoskyddsnämnd.

Företagshälsovården har slutligen en betydelsefull uppgift när det gäller att kunna bedöma behoven av konsultinsatser, lämna rekommendation om lämplig sådan och se till att företaget får bästa möjliga utbyte av insatsen. Företagshälsovården måste också ofta arbeta vidare i direkt anslutning till konsulten med den fortsatta tillämpningen av dennes resultat. Konsulten mäter och företagshälsovården utarbetar efter behov åtgärdsförslag. Företagshälsovården rekommenderar lämplig principlösning på ett eliminationsproblem, konsulten utformar den lokalt lämpliga tekniska utformningen, varefter företagshälsovården följer upp resultatet. En tredje möjlighet kan vara att företagshälsovården bara bistår med att precisera uppdragets omfattning före upphandlingen.

5.10 Företagshälsovården och den yttre miljön

Enligt arbetsmiljölagen skall arbetsgivare underrätta skyddsombud, skyddskommitté eller arbetstagarorganisation om ansökan eller anmälan enligt miljöskyddskungörelsen. Det är också parternas uppfattning enligt arbetsmiljöavtalet mellan SAF, LO och PTK att det i skyddskommittén skall behandlas frågor som gäller "information av intresse för såväl inre som yttre miljöförhållanden rörande företaget". Den citerade bestämmelsen aktualiserar företagshälsovårdens roll på detta område.

Under 1970-talet har man i ökande utsträckning uppmärksammat sambandet mellan arbetsmiljön och den yttre miljön. Ibland är det samma ämne eller miljöfaktor som förekommer i både arbets- och omgivningsmiljön. Källorna till den yttre miljöstörningen finns många gånger i den tekniska processen där de också kan ge upphov till direkta arbetsmiljöproblem. En samordning av insatserna med syfte att beakta båda dessa aspekter blir därför ofta nödvändig.

En annan viktig aspekt är att åtgärder för att minska miljöstörningar ibland kan få negativa följder i arbetsmiljön och omvänt. Som exempel kan nämnas att de med hänsyn till den yttre miljön eftersträvade slutna processerna inom bl a cellulosaindustrin blivit allt svårare att hantera ur arbetsmiljösynpunkt. Drift och underhåll av reningsanläggningar kan dessutom ge upphov till nya och ibland mycket besvärliga arbetsförhållanden med höga föroreningsnivåer, buller m m som måste beaktas av företagshälsovården.

Företagshälsovården kan i dessa sammanhang spela en roll som expertresurs genom att på det lokala planet medverka till att de yttre miljöskyddsfrågorna får en allsidig belysning. Det finns dessutom likheter i angreppssätten vad gäller åtgärder och kontroll som kan utnyttjas. Särskilt inför produktionsförändringar är det väsentligt att man genom samordnade

inventeringar och mätningar försöker belysa konsekvenserna ur skilda perspektiv.

I de fall miljöskyddsåtgärderna har en direkt arbetsmiljöaspekt måste företagshälsovården kunna bistå med utredningar. Det kan t ex gälla bedömning av skyddsfrågor i samband med drift och underhåll av reningsanläggningar. Hantering av miljöfarligt avfall är ett annat område som företagshälsovården måste uppmärksamma. Bl a kan rutiner för lagring, märkning och transport av sådant avfall ha väsentlig betydelse för arbetarskyddet.

Det finns således flera beröringspunkter mellan företagshälsovårdens förebyggande arbete och det yttre miljöskyddet. Det är särskilt företagshälsovårdens tekniker som kan komma i kontakt med miljöskyddsfrågor. I större företag med miljöfarlig verksamhet finns i regel särskilda specialister på området som företagshälsovården kan behöva samarbeta med. I de mindre företagen kan företagshälsovården mer direkt få stödja med viss rådgivning. I mån av tid och kunnande kan företagshälsovården t ex hjälpa till med

- information om procedurfrågor kring prövningsförfarande och underlag för processbeskrivningar inför myndighetskontakter,
- rådgivning om förfarandet i avfallsfrågor,
- information om tillgänglig reningsteknik och om konsulter,
- mätningar i den mån man har tid och kan använda befintlig utrustning för arbetsmiljömätningar för ändamålet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att företagshälsovården och särskilt dess tekniker i vissa fall kan vara en resurs för frågor om den yttre miljön. Vid den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården främst för de mindre företagen som i regel saknar egen kompetens på området måste man uppmärksamma att efterfrågan på sådant stöd från företagshälsovården relativt sett kan bli större än vad som nu ofta är fallet i den inbyggda företagshälsovården. Företagshälsovårdens eventuella insatser på området måste därför noga avvägas med hänsyn till verksamhetens krav i övrigt. Insatserna får aldrig bli något annat än en sekundär uppgift för företagshälsovården.

6 Företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling

6.1 Inledning

Företagshälsovårdsutredningen har i föregående kapitel redovisat sin syn på innehållet i företagshälsovården och därvid berört en rad frågor som gäller kvaliteten i verksamheten. Kvalitetsfrågorna berörs också i kapitel 7 som handlar om företagshälsovårdens personal och 8 som rör utbildning.

Kapitel 6 skall ägnas åt utbyggnaden av företagshälsovården. Det är naturligt att därvid uppehålla sig en hel del vid kvantitativa aspekter på utbyggnaden. Detta skall emellertid inte uppfattas som att utredningen ser kvalitetsfrågorna som mindre angelägna i utbyggnadsarbetet. Tvärtom vill utredningen redan här framhålla betydelsen av att kvantitet och kvalitet följs åt i utbyggnaden. Utredningen vill också markera att en utvidgning av företagshälsovården till nya grupper i sig får ses som en kvalitetsförbättring. Det är med den utgångspunkten utredningen lägger förslag om utbyggnad av företagshälsovården.

6.2 Förväntningar på utbyggnaden av företagshälsovården

6.2.1 Arbetsmiljöutredningens synpunkter

Arbetsmiljöutredningen framhöll i sitt slutbetänkande, Arbetsmiljölag (SOU 1976:1), att den föreslagna arbetsmiljölagstiftningen bygger på "att arbetsgivaren tillhandahåller resurser för kontroll av arbetsmiljön samt ansvarar för att de anställdas förhållanden är tillfredsställande från säkerhets-, hälso- och anpassningssynpunkt". Utredningen ansåg vidare, att "företagshälsovården utgör ett väsentligt medel för fullgörande av dessa skyldigheter". Med denna utgångspunkt förutsatte arbetsmiljöutredningen, "att landets arbetsplatser täcks av företagshälsovård med i olika avseenden specialiserad personal som kan spåra och värdera risker och ge förslag till eller vidta förebyggande åtgärder".

Det är fullt klart att arbetsmiljöutredningen såg företagshälsovården som ett instrument för att förverkliga intentionerna i den nya arbetsmiljölagstiftningen. Man utgick vidare från att företagshälsovården skulle vara heltäckande, d v s omfatta alla arbetsplatser och löntagare. Däremot tog man inte

steget fullt ut och förutsatte att alla yrkesverksamma, d v s även t ex egenföretagare, skulle få tillgång till företagshälsovård.

6.2.2 Företagshälsovårdsutredningens direktiv

Utredningens direktiv säger bl a följande om utbyggnaden av företagshälsovården:

Målet för utbyggnaden av företagshälsovården bör vara att alla löntagare skall ha tillgång till företagshälsovård. Det ankommer på arbetsmarknadens parter att bestämma i vilken takt detta mål skall förverkligas. Därvid måste utbyggnadstakten anpassas till vilka resurser som kan ställas till förfogande. Detta gäller såväl direkta resurser avsatta genom avtal mellan parterna som tillgången till personal etc. Jag vill här understryka att såväl nu gällande arbetarskyddslagstiftning som den föreslagna arbetsmiljölagen utgår från att arbetsgivarna skall tillhandahålla de resurser som behövs för de anställda från säkerhets- och hälsosynpunkt. Häri ingår företagshälsovården som en viktig del.

De sakkunniga bör analysera de hinder som uppstått i anslutning till den hittillsvarande utbyggnaden av företagshälsovården. – – –

Företagshälsovården är till sin medicinska del en funktion av primärvården, även om den drivs i särskilda organisatoriska former och är riktad till en avgränsad grupp av medborgarna. Jag vill här betona att företagshälsovården i enlighet med den allmänna inriktningen av arbetarskyddet bör vara huvudsakligen förebyggande. I praktiken har dock sjukvårdsandelen inom företagshälsovården kommit att bli ganska dominerande. Jag vill därför understryka att när det gäller behovet av sjukvård bör det i största möjliga utsträckning tillgodoses inom den offentliga primärsjukvården. Det är således viktigt att samverkan mellan den allmänna hälso- och sjukvården samt arbetarskyddet kommer till stånd i dessa frågor.

Yrkesinspektionsnämnderna bör kunna ges viktiga samordningsuppgifter i detta sammanhang. Vid behandlingen av dessa frågor bör de sakkunniga också beakta den ökade inriktning på förebyggande insatser som den offentliga primärvården avses få. Det är angeläget att söka klargöra vilka insatser av detta slag som kan göras inom ramen för företagshälsovården resp den offentliga primärvården. – – –

När det gäller företagshälsovårdens utbyggnad vill jag vidare anföra följande. För stora delar av arbetsmarknaden finns partsöverenskommelser om företagshälsovård. I dessa förbinder sig parterna att gemensamt verka för en utbyggnad av företagshälsovården till alla berörda arbetsplatser i landet. – – –

Som framgår av det föregående sker utbyggnaden av företagshälsovården på frivillighetens väg. Frågor om företagshälsovårdens innehåll m m regleras genom avtal och överenskommelser mellan parterna. Detta bör enligt min mening gälla även i fortsättningen.

Delar av arbetsmarknaden omfattas inte av avtal om företagshälsovård. De sakkunniga bör undersöka i vilken utsträckning arbetstagare på dessa områden likväl erbjuds företagshälsovård samt bedöma den framtida utbyggnadstakten. I den mån de sakkunniga därvid finner att en utbyggnad här inte är att förutse bör de sakkunniga överväga alternativa vägar att uppnå detta mål.

I direktiven framhålls vidare att utredningen närmare bör studera hur företagshälsovården bör organiseras för små och geografiskt spridda företag. Landstingens externa företagshälsovård nämns som en resurs i sammanhanget.

6.2.3 Fackliga krav på utbyggnad av företagshälsovården

6.2.3.1 LO:s, TCO:s och SACO/SR:s synpunkter

LO, TCO och SACO/SR har i program, som antagits vid deras kongresser, lagt fram sin syn på utbyggnaden av företagshälsovården. De krav och förväntningar som kan utläsas av programmen visar för det första *att* de fackliga organisationerna vill ha heltäckande företagshälsovård för sina medlemmar.

För det andra tyder programmen på *att* organisationerna önskar en snabb utbyggnad till heltäckning.

Den tredje iakttagelsen som kan göras är *att* organisationerna önskar förstärka den regionala planeringen för utbyggnaden av företagshälsovården.

I det följande redovisas organisationernas önskemål som de framgår av program m m.

6.2.3.2 LO:s krav

Till 1981 års LO-kongress utarbetade LO:s arbetsmiljöenhet rapporten Krav på arbetsmiljön. I den ställer LO en rad krav på utbyggnad av företagshälsovården. De i detta sammanhang mest relevanta är.

- Företagshälsovårdsutredningen måste framlägga ett program för hur företagshälsovård för alla arbetstagare skall kunna uppnås.
- För att åstadkomma en snabbare planmässig utbyggnad av företagshälsovård, särskilt för småföretagen, måste en regional samordning komma till stånd. Yrkesinspektionsnämnden bereds större inflytande över detta.

När det gäller utbyggnadstakten ger följande uttalande i rapporten en klar vägledning. På företagshälsovårdsutredningens arbete ställer LO nämligen följande krav.

- Utredningens uppgifter måste vara att framlägga förslag för hur en täckande utbyggnad kan åstadkommas inom tidsramen för nästa kongressperiod.

Slutsatsen blir sålunda att LO förväntar förslag som gör det möjligt att ha företagshälsovården utbyggd för LO-medlemmarna senast 1986.I början av 1982 publicerade LO tre korta skrifter som översiktligt sammanfattar krav och förslag från LO-kongressen 1981, nämligen LO-krav på arbetsgivarna, LO-krav på kommuner och landsting och LO-krav på regering och myndigheter. I alla tre skrifterna berörs företagshälsovårdens utbyggnad.

I skriften LO-krav på arbetsgivarna formuleras bl a följande krav.

- Att arbetsgivarna i samverkan med de fackliga organisationerna och samhälleliga organ medverkar till att företagshälsovården byggs ut så att alla anställda får tillgång till denna.

När det gäller kraven på kommuner och landsting formulerar sig LO på följande sätt i LO-krav på kommuner och landsting.

- Att kommuner och landsting medverkar till en utbyggnad av företagshälsovården med sikte på full behovstäckning.

Kraven ställs mot bakgrund av att kommunerna är "betydande arbetsgivare" och landstingen såväl "stora arbetsgivare"som "huvudmän för den allmänna sjukvården".

"Det är nödvändigt att samhället tar ett ansvar för utbyggnaden av företagshälsovården så att full behovstäckning kan uppnås. Om det visar sig nödvändigt bör lagstiftning om obligatorisk anslutning till företagshälsovården övervägas". Så formulerar sig LO i skriften LO-krav på regering och myndigheter. Dessutom ställs följande konkreta krav på samhället ifråga om utbyggnaden av företagshälsovården.

- Att företagshälsovårdsutredningen lägger fram ett program för hur företagshälsovården för alla arbetstagare ska kunna uppnås.
- Att en regional samordning av företagshälsovården kommer till stånd för att en snabbare planmässig utbyggnad, särskilt för småföretagen,ska kunna ske.
- Att yrkesinspektionsnämnderna bereds större inflytande över företagshälsovårdens utbyggnad.

6.2.3.3 TCO:s synpunkter på utbyggnaden av företagshälsovården

TCO:s arbetsmiljönämnd har utarbetat rapporten Bygg ut företagshälsovården! Den antogs vid 1979 års TCO-kongress. I rapporten kan man bl a läsa följande om utbyggnaden av företagshälsovården.

- Målet för företagshälsovårdens utbyggnad måste .... vara att alla löntagare tillförsäkras tillgång till företagshälsovård.
- Även om företagshälsovården har byggts ut under senare år går utvecklingen alltför långsamt.
- Det är allvarligt att utbyggnaden av företagshälsovården släpar efter i de små företagen, eftersom arbetsmiljön många gånger är sämre i dessa företag än i många större.
- Nu måste krafttag tas för att åstadkomma en utbyggnad som inom rimlig tid ger företagshälsovård åt anställda inom alla sektorer. Det är ytterst angeläget att finna former för organisation av företagshälsovården som innebär att även små arbetsplatser kan inlemmas i verksamheten.
- Kravet på företagshälsovård åt alla anställda innefattar även deltidsanställda.
- Utbyggnadstakten bör även fortsättningsvis fastläggas i avtal mellan parterna. Om man därvid inte kan uppnå målsättningen inom rimlig tid bör alternativa framgångsvägar diskuteras.
- För att en snabbare utbyggnad skall kunna ske måste emellertid samhället ta på sig ansvaret för en ökad utbildning av personal för företagshälsovården. Därmed skulle möjligheten finnas att i lokala överenskommelser mellan parterna upprätta tidsplaner för inrättande av företagshälsovård.
- För att åstadkomma en ändamålsenlig uppbyggnad av företagshälsovård inom ett geografiskt område med ett rationellt utnyttjande av de personella resurserna som står till buds är det angeläget att en

övergripande planering av organisation och utbyggnad kan ske. I detta syfte skulle yrkesinspektionen kunna spela en mer aktiv roll som rådgivande och informerande myndighet och medverka till regional samordning.

6.2.3.4 SACO/SR:s synpunkter på utbyggnaden av företagshälsovården

SACO/SR:s råd för arbetsmiljö- och medbestämmandefrågor (RAM) utarbetade till kongressen 1979 ett arbetsmiljöprogram som antogs av kongressen.

I programmet har särskilt arbetsmiljöns psykiska och sociala aspekter uppmärksammats. I förutsättningarna ingår att programmet successivt bör utvecklas, fördjupas och revideras. Beträffande företagshälsovårdens utbyggnad kan följande noteras.

- Företagshälsovården byggs ut och inriktas väsentligen på förebyggande uppgifter.
- Inom företagshälsovårdens ram förses företag och myndigheter med beteendevetenskaplig sakkunskap på förebyggande verksamhet.

1982 års SACO/SR-kongress antog ett handlingsprogram för arbetsmiljöarbetet som avses komplettera 1979 års program. I det nya programmet framgår bl a följande.

- Krav på beteendevetenskaplig kompetens ställs på yrkesinspektionen och företagshälsovården.
- Företagshälsovården byggs ut så att den omfattar samtliga anställda.
- Skapa möjligheter till en fungerande samverkan på regional nivå för ledamöterna i yrkesinspektionsnämnderna.
- Forskning – försöksverksamhet rörande bl a företagshälsovårdens arbetsformer startas.

Inom ramen för utveckling, fördjupning och revidering av arbetsmiljöprogrammet anordnade SACO/SR en företagshälsovårdskonferens i januari 1981. Konferensens syfte var att diskutera företagshälsovårdens mål, inriktning, innehåll och resurser. Såväl konsument- som producentsynpunkter företräddes. Följande krav från den konferensen kan noteras.

- Alla anställda måste snarast få tillgång till företagshälsovård.
- Den utbyggda företagshälsovården måste på ett helt annat sätt än tidigare beakta tjänstemannaproblemen.

6.3 Företagshälsovårdens utbyggnad hittills

1970-talet har präglats av ett omfattande reformarbete för att trygga den anställdes hälsa i arbetslivet. Företagshälsovården har uppfattats som ett viktigt instrument för att nå de mål som ställts upp i arbetsmiljölagen.

Utbyggnaden av företagshälsovården har följt intentionerna i arbetsmiljöavtalen och vidhängande riktlinjer. Företagshälsovården har byggts ut till att nu omfatta drygt hälften av landets arbetstagare. Företagshälsovårdsutredningen kan konstatera, att företagshälsovård finns för i stort sett alla

Tabell 6.1 Antal företag med företagshälsovård och täckningsgrad 1979

Företags-storlek	Antal företag med FHV	Antal företag totalt[a]	Täcknings grad %
0,1 – 49	22 600	206 700	11
50 –	3 500	5 200	67
Utan anställda	700	179 000	–
	26 800		

[a] CFR (Centrala företagsregistret) 1980

anställda i stora privata företag, för anställda i en rad medelstora privata företag och för de flesta anställda i primär- och landstingskommuner. På den statliga sidan har utbyggnaden varit snabb under senare år. Statshälsan räknar med att alla statligt anställda skall ha tillgång till företagshälsovård 1987.

1979 gjorde företagshälsovårdsutredningen via yrkesinspektionen en kartläggning av företagshälsovårdens utbyggnad. Undersökningen visade att c 1 900 000 anställda hade företagshälsovård och att c 26 800 företag (motsv) då var anslutna. I rapporten Kartläggning av företagshälsovården (Ds A 1980:5) finns en utförligare redovisning av resultaten.

Utbyggnaden skilde sig betydligt mellan små och större företag. Med små företag menas i detta sammanhang företag med färre än 50 anställda. Företag med 50 eller fler anställda var anslutna till 67 procent medan de små företagen endast var det till elva procent. Antalet anslutna små företag var dock totalt sett större än antalet anslutna företag med minst 50 anställda (tabell 6.1).

Av anställda i små företag omfattades 20 procent av företagshälsovården. Motsvarande siffra för anställda i företag med minst 50 anställda var 58 procent (tabell 6.2).

Antalet anställda som saknade företagshälsovård kunde beräknas till c 1 950 000, inklusive de som arbetade deltid. Omkring 710 000 fanns i småföretag och c 1 240 000 i företag med minst 50 anställda.

Utbyggnaden av företagshälsovård bland småföretag hade inte kommit långt. Det var endast inom byggnadsindustrin (SNI 5) som småföretagen i

Tabell 6.2 Antal anställda med företagshälsovård och täckningsgrad 1979

Företags-storlek	Anställda med FHV	Anställda totalt	Täcknings-grad %
0,1 – 49	179 000	886 000[a]	20
50 –	1 714 000	2 957 000[a]	58
Egna företagare	(700)		
	1 893 000	3 843 000	49

[a] Siffror beräknade på grundval av CFR och AKU (Arbetskraftsundersökningen)

Tabell 6.3 Antal småföretag med anställda som saknade företagshälsovård samt täckningsgrad efter näringsgren 1979[a]

Näringsgren SNI	Antal företag < 50 som saknar FHV	Täcknings grad %
1. Jord- och skogsbruk	36 140	3
2. Gruvor och mineralbrott	360	7
3. Tillverkningsindustri	19 740	7
4. El-, värme- och vattenverk	260	22
5. Byggnadsindustri	5 830	75
6. Varuhandel, restaurang m m	47 490	3
7. Samfärdsel, post och tele	14 660	2
8. Banker, försäkringsinst, fastighetsförv och uppdragsverksamhet	26 640	2
9. Offentlig förvaltning och andra tjänster	32 270	3
Summa	183 390	

[a] Siffrorna bygger på jämförelser mellan kartläggningsresultatet och CFR 1980

någon betydande omfattning anslutit sig. I övriga näringsgrenar var täckningen knappt ens nämnvärd. Detta innebär att ett stort antal småföretag, drygt 180 000, saknade företagshälsovård. Till stor del fanns dessa icke anslutna småföretag inom näringsgrenarna varuhandel, hotell- och restaurangnäringen (SNI 6), jord- och skogsbruket (SNI 1) samt offentlig förvaltning och andra tjänster (SNI 9). I den sistnämnda näringsgrenen är det främst reparationsverkstäder, städföretag och frisörer som utgör småföretag (tabell 6.3).

Tabell 6.4 Antal anställda (oavsett förvärvsgrad) som saknade företagshälsovård 1979, fördelade på näringsgrenar och företagsstorlek

Näringsgren SNI	Antal anställda utan företagshälsovård		
	Företag med färre än 50 anställda	Företag med 50 eller fler anställda	Totalt
1. Jord- och skogsbruk	48 000 (8)	18 000	66 000
2. Gruvor och mineralbrott	3 000 (14)	0	3 000
3. Tillverkningsindustri	139 000 (19)	284 000	423 000
4. El-, värme- och vattenverk	4 000 (25)	25 000	29 000
5. Byggnadsindustri	24 000 (79)	28 000	52 000
6. Varuhandel, restaurang m m	235 000 (8)	213 000	448 000
7. Samfärdsel, post och tele	55 000 (6)	132 000	186 000
8. Banker, försäkringsinst, fastighetsförv och uppdragverksamhet	81 000 (7)	142 000	223 000
9. Offentlig förvaltning och andra tjänster	118 000 (14)	401 000	519 000
Summa	707 000 (20)	1 242 000	1 949 000

( ) avser täckningsgraden i procent.

Drygt 700 000 personer fanns, som nämnts, anställda i icke anslutna småföretag. De största grupperna var anställda inom varuhandel, hotell- och restaurangnäringen (SNI 6), tillverkningsindustrin (SNI 3) samt offentlig förvaltning och andra tjänster (SNI 9). Det bör understrykas att siffrorna i tabell 6.4 delvis bygger på uppskattningar. Det kan också finnas vissa fel i materialet beroende på att klassificeringen i näringsgrenar inte alltid är entydig.

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera, att 1979 saknade drygt 700 000 anställda i c 180 000 småföretag företagshälsovård. Av dessa återfanns c 120 000 småföretag med 490 000 anställda inom den tjänsteproducerande sektorn (SNI 6-9) och c 26 000 småföretag med 170 000 anställda inom utvinnings- och tillverkningsindustrin (SNI 2-5). Jord- och skogsbruket (SNI 1) hade 36 000 icke anslutna småföretag med 48 000 anställda. De berörda småföretagen inom denna näringsgren var således genomgående mycket små.

Företagshälsovårdsutredningens sekretariat begärde under april 1982 in uppgifter från försäkringskassorna om antal anställda som hade företagshälsovård med ersättning enligt lagen om allmän försäkring. Kartläggningen är en uppföljning av två tidigare; en som gjordes i januari 1979 och en som gjordes i januari 1980. Resultaten från dessa båda undersökningar finns redovisade i rapporten Företagsläkarna och företagshälsovården (Ds A 1979:3) respektive Kartläggning av företagshälsovården (Ds A 1980:5).

Förutom uppgift om företagshälsovård med avtal om ersättning har kassorna också lämnat uppgift om enheter med vilka man avser att sluta avtal eller som man i övrigt känner till. Vidare har materialet kompletterats med sådana enheter inom landstingen som bedriver företagshälsovård utan att ta ut ersättning för vissa kostnader från försäkringskassorna. Syftet är att siffrorna skall ge en så fullständig bild som möjligt av företagshälsovårdens utbyggnad vid årsskiftet 1981/82.

Det bör understrykas att uppgifterna enbart avser omfattningen av medicinsk verksamhet i företagshälsovården. Detta hänger samman med att ersättningen är knuten till den medicinska verksamheten och att försäkringskassorna därför inte begär in underlag som avser företagshälsovårdens verksamhet totalt. Därför finns i de insamlade uppgifterna från försäkringskassorna även "företagshälsovård" som saknar teknisk kompetens och som således inte uppfyller arbetsmiljöavtalens krav på medicinsk och teknisk verksamhet. I den tidigare kartläggningen via yrkesinspektionen (Ds A 1980:5) redovisades däremot omfattningen av företagshälsovård som uppfyller avtalens kriterier för företagshälsovård.

Uppgifterna från försäkringskassorna har samlats in i slutet av april 1982 och bör, med de kompletteringar som tidigare angetts, avspegla utbyggnadsläget vid utgången av 1981. En del eftersläpningar kan visserligen finnas i kassornas noteringar, t ex vad gäller senaste siffror på antal anslutna vid enskilda företagshälsovårdsenheter, men det har troligen ingen större betydelse för slutresultatet. I tabell 6.5 redovisas resultaten från kartläggningen översiktligt.

Som framgår av tabell 6.5 hade drygt 2 300 000 anställda "företagshälsovård" vid utgången av 1981. Det motsvarar en utbyggnad till 59 procent, om man räknar på samtliga anställda. 2 118 000 anställda omfattades av avtal om

Tabell 6.5 Antal anställda med företagshälsovård vid utgången av 1979 och 1981 enligt försäkringskassornas uppgifter. Länsvis (medicinsk verksamhet)

Län	1979[1] med avtal	1981[1]			Täckning[3] %
		med avtal	övriga[2]	samtliga	
Stockholm	414 800	457 431	17 320	474 751	58
Uppsala	49 900	64 348	4 500	68 848	59
Södermanland	41 400	52 967	15 330	68 297	59
Östergötland	96 600	95 951	13 801	109 752	61
Jönköping	68 400	75 321	–	75 321	55
Kronoberg	29 500	41 245	7 925	49 170	65
Kalmar	49 600	62 070	2 790	64 860	63
Gotland	7 300	10 919	–	10 919	47
Blekinge	37 800	43 028	1 700	44 728	66
Kristianstad	68 300	62 223	9 405	71 628	61
Malmöhus	203 600	202 443	11 549	213 992	62
Halland	44 000	59 609	–	59 609	58
Göteborgs och Bohus	186 400	192 859	10 886	203 745	59
Älvsborg	94 900	95 141	4 397	99 538	53
Skaraborg	60 100	63 573	–	63 573	55
Värmland	69 800	66 865	3 426	70 291	56
Örebro	76 000	76 443	–	76 443	60
Västmanland	69 500	68 535	13 000	81 535	67
Kopparberg	56 200	60 132	16 210	76 342	61
Gävleborg	46 700	68 362	20 813	89 175	68
Västernorrland	72 100	77 446	7 528	84 974	72
Jämtland	25 200	25 789	–	25 789	45
Västerbotten	46 100	48 921	20 941	69 862	64
Norrbotten	44 200	46 349	3 818	50 167	43
	1 958 900	2 117 970	185 339	2 303 309	59

[1] Uppgifterna insamlade i januari 1980 respektive april 1982.
[2] Avser i huvudsak enheter som nyligen startat och som ännu inte har avtal. Vissa landsting som inte tecknat avtal om ersättning ingår också.
[3] Andel av totala antalet anställda i länet 1981 (årsmedelvärde enligt AKU 1981).

ersättning från försäkringskassan medan 185 000 inte gjorde det. Huvuddelen av de senare fanns i nystartade enheter där man ännu inte hunnit sluta avtal om ersättning. En stor andel av denna grupp var anslutna till Statshälsans nya centraler. Vidare fanns vissa etablerade företagshälsovårdsenheter för landstingens personal som inte tog ut ersättning från försäkringskassan i denna ordning. Totalt omfattade den senare gruppen fem landsting med drygt 72 000 anställda.

Som tidigare nämnts avser försäkringskassornas uppgifter företagshälsovårdsenheter som bedriver medicinsk verksamhet. Bland dessa finns ett antal enheter som endast har sådan verksamhet. Av tidigare kartläggning (Ds A 1980:5) framgår att sådan ofullständig "företagshälsovård" omfattar c 150 000 anställda. Reducerar man för dessa kan konstateras att c 2 150 000 anställda kunde beräknas ha företagshälsovård enligt arbetsmiljöavtalens intentioner. Med den utgångspunkten var företagshälsovården i årsskiftet

Tabell 6.6 Antal anställda som omfattas av företagshälsovård vid utgången av 1978, 1979 och 1981 (medicinsk verksamhet)

År	Med avtal om ersättning	Samtliga
1978	1 857 300	(uppgift saknas)
1979	1 958 900	2 065 000
1981	2 117 970	2 303 300

1981/82 utbyggd till 55 procent för landets arbetstagare.

Som framgår av tabell 6.5 är skillnaderna i utbyggnad i de olika länen inte stora. Det var bara i tre län som utbyggnaden understeg 50 procent. I ett av dessa, Norrbottens län, beror den låga siffran på att landstingets företagshälsovård inte medräknats till följd av ett besvärligt rekryteringsläge för personal på den medicinska sidan. Inräknas landstinget i norrbottensiffrorna blir täckningsgraden i nivå med riksgenomsnittet.

Eftersom försäkringskassorna lämnat uppgifter vid tre jämförbara tillfällen går det att få en uppfattning om utbyggnadstakten de senaste åren, tabell 6.6.

Enligt försäkringskassornas uppgifter har antalet anställda med företagshälsovård, som kassorna lämnat ersättning för, ökat med i medeltal 90 000 per år sedan utgången av 1979. Det finns en viss, om än svag tendens till att takten i utbyggnaden mattats av under perioden sedan utgången av 1979. Som framgår av tabell 6.6 har dock antalet anställda totalt som omfattas av företagshälsovård ökat med c 238 000 under åren 1980 och 1981. Det skulle motsvara en genomsnittlig ökning med närmare 120 000 personer per år, vilket ger en gynnsammare bild av utbyggnaden än vad som direkt framgår av kassornas uppgifter. Skillnaderna får i huvudsak förklaras med eftersläpningar i avtalsskrivningen. Under den aktuella perioden är det särskilt Statshälsans utbyggnad som inneburit tillskott och flera av Statshälsans nya centraler träffade inte omedelbart avtal med kassorna. Statshälsan har under 1980 och 1981 etablerat företagshälsovård för 60 000 anställda vilket motsvarar drygt en fjärdedel av den totala utbyggnaden de aktuella åren.

Uppgifterna från försäkringskassorna tyder inte på att utbyggnadstakten förändrats i någon avgörande grad mellan de olika mättillfällena. Utbyggnadstakten har i stort sett varit konstant men utbyggnaden har på senare tid till betydande del skett på det statliga området. Man kan därför anta att en minskning i utbyggnadstakten skett på andra sektorer av arbetsmarknaden och då särskilt inom den privata sektorn. Detta kan bl a ses mot bakgrund av att man där tidigare hade en bättre täckning.

I sammanhanget måste också påpekas att ökningen av antalet anställda med företagshälsovård inte enbart är en följd av att nya företagshälsovårdsenheter startat. Det finns också en automatisk ökning genom att antalet anställda ökat. Under de aktuella åren är det främst primär- och landstingskommuner som svarat för sådana tillskott.

Som tidigare nämnts avser de redovisade siffrorna medicinsk verksamhet i företagshälsovården. Därigenom finns i redovisningen vissa enheter som bedriver medicinsk verksamhet men som saknar tekniska resurser. Vid

utredningens tidigare kartläggning av företagshälsovården visade det sig att drygt 150 000 anställda hade enbart medicinsk "företagshälsovård". Det går inte att på grundval av den senaste undersökningen avgöra om det skett några förändringar i den bilden. Det är dock rimligt att förmoda, att antalet som omfattas av sådan ofullständig företagshälsovård inte har ökat. De senaste årens utbyggnad har sannolikt till helt övervägande del innefattat fullständig företagshälsovård och en komplettering av tidigare ofullständiga enheter kan också i viss mån ha kommit till stånd.

6.4 Företagshälsovård för alla

6.4.1 Saknas behov på vissa områden?

Innan utredningen går in på bedömningar av förutsättningar och åtgärder för utbyggnad av företagshälsovården finns skäl att redovisa utredningens syn på vilka som behöver företagshälsovård och vilka utbyggnaden sålunda skall avse.

Det sägs ibland att det inte skulle vara nödvändigt att bygga ut företagshälsovården så att den avser alla arbetstagare. Resonemanget tar ofta sin utgångspunkt i att så få småföretag anslutit sig till företagshälsovården. Man har t ex i skilda projekt kunnat visa att intresset bland småföretagen är ljumt även om befintlig företagshälsovård kan bereda utrymme för de små företagen. Detta gäller såväl småföretag med som utan arbetsmiljöavtal. Ett vanligt argument är att man i små företag anser, "att man inte får något för pengarna". En närmare analys av detta argument ger emellertid vid handen att det ofta bygger på två felaktiga förutsättningar, nämligen

- att företagshälsovård skall vara en form av lättillgänglig sjukvård.
- att företagshälsovårdens resultat direkt skall kunna avläsas i företagsinterna kostnadsanalyser.

Eftersom företagshälsovård saknas för många små företag och även arbetsmiljöavtal saknas i många fall har utredningen ingående analyserat vad som är känt om arbetsmiljön i sådana företag. Som underlag för bedömning av behovet av företagshälsovård i dessa företag har utredningen ställt samman fakta från en rad undersökningar om arbetsmiljömedvetande och arbetsmiljörisker i små företag. Resultaten framgår av bilaga 3, Småföretag. En översikt med hänsyn till förutsättningar för och behov av företagshälsovård. Utredningen har också följt projekt som rör småföretag och företagshälsovård.

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera, att enligt gjorda undersökningar skiljer sig arbetsmiljöriskerna i små företag inte särskilt från de risker som finns i större företag. De små företagen har i stort sett samma arbetsmiljöproblem som större företag i samma bransch. Branschtillhörigheten betyder således mer än storleken på företaget. Därmed är det inte sagt att skillnader skulle saknas mellan små och stora företag. Det finns en del problem som kan vara vanliga i små företag. Särskilt gäller det sådana som

hänger samman med arbetslokaler, personalutrymmen och ventilation.

I en del undersökningar om små företag har man kunnat konstatera, att andelen anställda som utsätts för besvärliga miljöförhållanden ofta är större än i stora företag. De utsätts också ofta för fler belastningsfaktorer. Förklaringen kan vara att i de små företagen är en större andel av personalen direkt engagerad i produktionen. Dessutom är arbetet i små företag ibland inte så specialiserat utan den anställde har varierande arbetsuppgifter och exponeras därigenom för fler belastningsfaktorer. Den positiva sidan av detta är att anställda i små företag ofta upplever mindre monotoni i arbetet.

Det står tämligen klart att små företag med industriell tillverkning har en arbetsmiljösituation som kräver all uppmärksamhet. Ett vanligt problem är att arbetslokalerna inte är ändamålsenliga med hänsyn till verksamheten. När produktionen ökar eller ändrar inriktning är det inte alltid så lätt att i befintliga lokaler anpassa förhållandena så att arbetsmiljön blir bra. Ofta blir det problem med ventilation, belysning och buller. Personalutrymmena kan också bli otillräckliga.

En stor andel av småföretagen finns inom servicenäringarna d v s åkerier, affärer, restauranger, konsultföretag, reparationsverkstäder, tvätterier, herr- och damfriseringar m m. I en del av dessa är arbetsmiljöproblemen inte så uppenbara som i industrin. Men i en undersökning som särskilt studerat icke-industriella småföretag konstaterades att i c 80 procent av företagen behövdes åtgärder i något avseende. I en undersökning av små företag inom handeln konstaterades särskilt problem med klimatförhållanden, dålig belysning och tunga lyft.

En omständighet som med stor tydlighet kommer fram i samtliga undersökningar om förhållandena i de små företagen är att kunskaper och medvetenhet om arbetsmiljön inte är de bästa. Till detta kan läggas att skyddsverksamheten i de små företagen ofta fungerar dåligt. Skyddsronder sker endast sporadiskt och ett systematiskt arbete för att förbättra arbetsmiljön hör inte till det vanliga.

Det finns anledning påpeka att små företag relativt ofta förefaller erbjuda en bättre arbetsmiljö än stora företag om man endast ser på psykiska och sociala aspekter.

Företagshälsovårdens uppgift är att medverka till att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar. En fråga som måste ställas är huruvida de små företagen har behov av företagshälsovård med denna målsättning. Det finns ett mycket stort antal små företag som representerar de flesta branscher och typer av verksamhet. Deras arbetsmiljö kan som tidigare konstaterats inte generellt sägas vara bättre eller sämre än de stora företagens i samma bransch. Mellan olika branscher finns givetvis stora variationer i arbetsförhållanden och arbetsmiljö. Industriella småföretag liksom många hantverksbetonade verksamheter, reparationsverkstäder, restauranger och flera andra serviceinriktade företag uppvisar arbetsmiljöförhållanden som kan vara nog så besvärliga. Men också t ex handel och mer "kontorsbetonade" verksamheter som traditionellt inte ansetts ha större problem med arbetsmiljön måste uppmärksammas, eftersom det är i samspelet mellan individen och arbetssituationen som svårigheter kan uppstå. Olika människor reagerar mycket olika i samma arbetssituation och

har högst varierande känslighet för påfrestningar. Därtill kommer att den tekniska utvecklingen kan förändra karaktären på arbetet och medföra arbetsmiljöproblem. Mot den bakgrunden finns det ingen verksamhet som kan sägas helt sakna behov av företagshälsovård.

Behovet av företagshälsovård bland små företag blir givetvis mycket skiftande. Insatsernas intensitet, tyngdpunkt och uppläggning får anpassas till de små företagens särskilda förutsättningar. En särskild omständighet i sammanhanget är de små företagens svårigheter att bygga upp en arbetsmiljökompetens i företagen. Ofta medför de små personalresurserna och de många gånger begränsade kunskaperna om arbetsmiljöfrågor att små företag har dåliga förutsättningar att bemästra arbetsmiljöproblem.

Den statliga utredningen om arbetsmiljöinvesteringar i mindre och medelstora företag m m konstaterar i sitt betänkande (Ds A 1981:12) att bristen på företagshälsovård i många mindre företag torde vara en viktig orsak till att kunskapen om arbetsmiljöproblem och lösningar på sådana problem är sämre i små än i stora företag. Det har också i en rad andra undersökningar påpekats ett behov av småföretagsinriktad rådgivning och stöd. Sådana insatser kan dock inte ske som allmänna informationskampanjer eller sporadisk hjälp utan förutsätter den nära samverkan som företagshälsovården kan bjuda på och som innebär att företagshälsovården bygger upp en kunskap om företagen i sina kontinuerliga kontakter. Det ligger ett betydande värde i att företagshälsovården via selekterad information kan delge de små företagen kunskaper som annars knappast skulle nå fram. Företagshälsovården har också möjlighet att fånga upp småföretagsproblem specifika för vissa branscher och föra dem vidare. Översyn av arbetsmiljön, hjälp med åtgärder och hjälp med kontakter med konsulter, leverantörer m fl kan vid behov vara insatser av särskild betydelse för små företag.

Små företag står i regel dåligt rustade att i samband med inköp av maskiner, ombyggnader av arbetslokaler eller andra större förändringar kunna bedöma arbetsmiljöaspekten. Många gånger blir sådana nyinvesteringar unika i småföretaget och man saknar därför erfarenhet och rutiner att falla tillbaka på. I dessa situationer kan företagshälsovården göra en värdefull insats. Men även vid smärre förändringar finns behov av stöd. Det är ofta småföretagets styrka att snabbt kunna ställa om sin tillverkning alltefter efterfrågan. Sådana förändringar kan emellertid innebära att arbetslokalerna blir mindre ändamålsenliga med hänsyn till arbetsmiljön. Det har visat sig att just svårigheter att i befintliga lokaler anpassa t ex ventilation och belysning eller ordna personalutrymmen många gånger ligger bakom de problem som uppstår.

Inte minst viktigt är det stöd företagshälsovården kan ge i samband med arbetsanpassning efter individuella förutsättningar vid anställning och vid rehabilitering. Företagshälsovården har särskilda möjligheter att i sådana situationer fungera som en brygga till samhällets hälso- och sjukvård eller till andra instanser som kan behöva engageras. Ofta blir det tal om åtgärder på arbetsplatsen som kräver medicinsk och teknisk bedömning. De små företagen har i regel svårt att klara av sådana problem när de uppstår. Insatser av företagshälsovården kan därför vara av avgörande betydelse för att förhindra att enskilda individer drabbas av ohälsa eller hamnar i en situation där en fortsatt yrkesverksamhet blir allt svårare.

6.4.2 Företagshälsovård en rättighet för alla arbetstagare

Utredningen har inte funnit, att någon del av arbetsmarknaden, vare sig det skulle gälla bransch, företagsstorlek eller annan indelningsgrund, kan vara helt utan företagshälsovård. Utredningen anser därför, att det skall vara en rättighet för arbetstagarna på alla arbetsplatser att i anslutning till den egna arbetsplatsen kunna få opartisk expertmedverkan vid bedömning av arbetsmiljön och dess effekter på hälsan. Det skall gälla såväl befintlig arbetsmiljö som planerad. Det skall också vara arbetsgivarens skyldighet att tillhandahålla och bekosta denna expertmedverkan i form av företagshälsovård. Företagshälsovården skall medverka med expertsynpunkter både som hälsoövervakare i trängre bemärkelse och i sådan planering som leder till ny arbetsmiljö eller anpassning av befintlig.

6.4.3 Även ensamföretagare m fl har behov av företagshälsovård

Från samhällets utgångspunkt är arbetarskydd inte något som hör samman med anställningsförhållandet. I och med den nya arbetsmiljölagen kom lagstiftningen att vidgas till att i princip också gälla ensamföretagare, medhjälpande familjemedlemmar och personer som utför yrkesmässigt arbete för gemensam räkning. Det finns vissa regler som är undantagna men inriktningen i lagen är att den skall omfatta så gott som allt yrkesmässigt arbete. Motiven för detta utvecklades av föredragande statsrådet i proposition 1976/77:149 till ny arbetsmiljölag:

> Även enligt min mening är det naturligt att söka tillämpa samma reglering om arbetsmiljön för anställda och icke anställda. Företagare utan anställda utför i stor utsträckning liknande arbetsuppgifter som arbetstagare. Som utredningen har framhållit synes det otillfredsställande att skyddskraven då är olika. Med en likartad reglering kan också osund konkurrens motverkas.

Man kan räkna med att gruppen ensamföretagare m fl totalt innefattar drygt 270 000 personer, varav c 20 000 är medhjälpare, d v s huvudsakligen familjemedlemmar. Den största gruppen finns inom jord- och skogsbruk, c 135 000. Tillverkningsindustrin och byggnadsindustrin har sammanlagt drygt 40 000 ensamföretagare m fl och servicenäringarna drygt 90 000.

Avtalen om företagshälsovård påverkar av naturliga skäl inte den del av arbetsmarknaden där det saknas regelrätta anställningsförhållanden. Ensamföretagare, familjemedlemmar samt personer som för gemensam räkning utför arbete är grupper som faller utanför avtalens område. Det har därför inte varit lika självklart att dessa skall ha företagshälsovård som det är för anställda. Detta har emellertid inte hindrat att ensamföretagare m fl av eget intresse låtit ansluta sig till företagshälsovård. Främst jordbrukarna har genom Lantbrukshälsan tillförsäkrat sig sådan service. Antalet anslutna jordbrukare och familjemedlemmar i Lantbrukshälsan är f n 6 000.

Anledningen till vidgningen av arbetsmiljölagstiftningen till att också gälla ensamföretagare var en allmän bedömning att dessa kunde ha arbetsmiljöproblem som var väl så besvärliga som i företag med anställda. Detta gällde särskilt inom jordbruket. Arbetsmiljöutredningen framhöll att allvarliga

risker för ohälsa och olycksfall finns för dem som arbetar i jordbruket, oavsett om detta bedrivs som familjejordbruk eller i annan form.

Statistiska centralbyrån har i sin undersökning av levnadsförhållanden 1979 bl a beskrivit arbetsmiljön för olika grupper på arbetsmarknaden. Av denna framgår att företagare som grupp (exkl jordbrukare) har arbetsmiljöproblem som inte nämnvärt avviker från samtliga anställdas. Problem med fysisk belastning, dåligt klimat, luftföroreningar, buller och psykisk belastning är lika vanliga bland företagare som bland anställda i gemen. Jordbrukare har enligt denna undersökning en arbetsmiljö som i många fall kan jämföras med de besvärligare inom industrin.

Yrkesmedicinska kliniken i Örebro gjorde 1981 en kartläggning av arbetsmiljön vid småföretag i Lindesbergs kommun. Den visade att 75 procent av undersökta ensamföretag och andra företag utan anställda hade arbetsmiljöproblem i den omfattningen att åtgärder borde vidtas. Särskilt problem med arbetsställningar, buller, dålig belysning, klimat och arbete med hudpåverkande ämnen var vanliga i dessa företag. Kartläggningen omfattade främst branscherna tillverkningsindustri, handel, reparation och service samt herr- och damfrisering.

Sammanfattningsvis kan konstateras, att ensamföretagens behov av arbetsmiljöinsatser knappast går att beskriva i generella termer. I vissa branscher kan arbetsmiljöproblemen vara stora och uppenbara medan i andra mindre och av okomplicerad natur. Behovet av stöd i den form företagshälsovården kan erbjuda varierar i motsvarande mån.

Ensamföretagare inom byggbranschen har sedan länge haft möjlighet att ansluta sig till Bygghälsan. Som tidigare nämnts pågår uppbyggnaden av företagshälsovård för jordbrukare genom Lantbrukshälsans försorg. Målet för Lantbrukshälsan är att samtliga inom jordbruksnäringen såväl jordbrukare och medhjälpande familjemedlemmar som anställda skall kunna ha tillgång till företagshälsovård. Sveriges Fiskares Riksförbund har nyligen tagit initiativ till överläggningar med Lantbrukshälsan med syfte att ordna företagshälsovård för fiskare. Också Trädgårdsnäringens Riksförbund har visat intresse för sådant samarbete.

SHIO-Familjeföretagen, som är en näringspolitisk riksorganisation för familjeföretag och andra huvudsakligen mindre och medelstora företag, har i sitt näringspolitiska program från 1981 bl a behandlat frågan om företagshälsovård. Organisationen har c 35 000 medlemsföretag, varav mellan 30 och 40 procent är företag utan anställda. I programmet framhålls bl a följande:

> Genom utbyggnad av företagshälsovården kan arbetsmiljön i företagen ytterligare förbättras. Företagshälsovården bör betraktas som en del av den lokala skyddsorganisationen och fungera som ett rådgivande och utredande expertorgan med såväl en medicinsk som en teknisk del. Framför allt för de mindre företagen är den tekniska delen av stor betydelse.
>
> I samband med uppbyggandet av hantverkshus och industricentra ges möjlighet för många mindre företag att på ett effektivt sätt ordna företagshälsovården genom gemensamma hälsovårdscentraler. SHIO-Familjeföretagens lokala föreningar bör här kunna ta initiativ till samarbetet mellan medlemsföretagen.

Samhället har nyligen ekonomiskt underlättat för ensamföretagare att ansluta sig till företagshälsovård. Från inkomståret 1981 är driftkostnader för företagshälsovård avdragsgilla som omkostnader i rörelsen även för ensamföretagare.

Företagshälsovårdsutredningen noterar att det finns ett ökande intresse bland ensamföretagare för företagshälsovård. Genom Bygghälsan och Lantbrukshälsan kan de flesta ensamföretagare inom de aktuella branscherna på sikt ges möjlighet till företagshälsovård. Det står också ensamföretagare i andra branscher fritt att ansluta sig till någon befintlig hälsovårdscentral om ledig kapacitet finns. Det saknas aktuell statistik över i vilken utsträckning detta sker i dag. Utredningens kartläggning av företagshälsovården 1979 visade dock att endast ett obetydligt antal ensamföretag då var anslutna.

Enligt företagshälsovårdsutredningens mening kan företagshälsovård för ensamföretagare i många fall vara väl så motiverad som för andra grupper. Det finns därför anledning att i den fortsatta planeringen av företagshälsovårdens utbyggnad för småföretag också beakta ensamföretagarnas behov. Givetvis kan det härvid inte bli fråga om annat än ett frivilligt engagemang från ensamföretagarnas sida.

På samma sätt anser utredningen, att företagare med anställda, c 50 000, bör få tillgång till företagshälsovård. Somliga av dessa omfattas redan av företagshälsovård.

Utredningen har sett som sin främsta uppgift att lägga förslag som syftar till heltäckande företagshälsovård för landets arbetstagare. Det bör dock vara naturligt att en företagare med anställda som ansluter sig till företagshälsovård kan göra detta också för egen del. Så sker redan i dag i stor utsträckning. Den redovisade inställningen vad gäller ensamföretagare skall uppfattas som en markering att dessa i takt med att resurserna byggs ut skall erbjudas anslutning till företagshälsovården. Detta förutsätts ske på ett sådant sätt att det inte hindrar att alla arbetstagare erbjuds företagshälsovård inom rimlig tid.

6.5 Förutsättningar för den fortsatta utbyggnaden

Företagshälsovårdsutredningen har ingående analyserat de förutsättningar som kan finnas för utbyggnad av företagshälsovården till heltäckning. Utredningen har därvid gjort den bedömningen att brist på personal eller andra resurser inte behöver vara ett hinder för utbyggnaden. Utredningen belyser personal- och utbildningsfrågorna i kapitel 7 respektive 8. De hinder och problem som utredningen kunnat identifiera ligger snarare på det strukturella området och är nära förknippade med situationen i små företag, d v s sådana företag som "blivit över" vid utbyggnaden av företagshälsovården. Utredningen vill därför lyfta fram "småföretagsproblemet" som det som kan hindra utbyggnaden, om inga särskilda insatser görs.

När det gäller den offentliga sektorn finns formella förutsättningar för att företagshälsovården skall byggas ut. Stat, kommun och landsting har för sina respektive verksamheter träffat avtal med arbetstagarna om utbyggnad av företagshälsovården. Många kommuner och i stort sett alla landsting har

byggt ut företagshälsovården. Även om den ännu så länge inte avser alla arbetstagare finns avtalen och utbyggnaden kan drivas fram den vägen. Verksamheten kan i somliga landstings- och primärkommuner behöva få en starkare arbetsmiljöinriktning än den "personalhälsovård" har som man ibland bedriver. Vidare behöver verksamheten förstärkas på främst den tekniska sidan men också det kan uppnås via avtalen.

På den statliga sidan finns också avtal som ger underlag för full utbyggnad. Program för hur detta skall gå till och i vilken takt det skall ske finns, som redovisats i avsnitt 6.3, redan i Statshälsan.

Det samlade utbyggnadsbehovet på den offentliga sektorn rör sig uppskattningsvis om c 400 000 personer, varav c 50 000 kan beräknas ha tillgång till "företagshälsovård" som inte är komplett.

Anledningen till att man kan se med viss tillförsikt på att utbyggnaden blir heltäckande på den offentliga sidan inom en inte alltför avlägsen framtid är inte endast att det avtalsmässigt finns förutsättningar. En annan betydelsefull faktor är att stat, landsting och kommuner i allmänhet är så stora arbetsgivare inom ett visst geografiskt område att det går att få underlag för företagshälsovård utan att en lång rad arbetsgivare skall samverka för att skapa de organisatoriska förutsättningarna. Problemen med små företag är långt ifrån så uttalade på den offentliga som i den privata sektorn, även om det förekommer små och ibland utspridda arbetsplatser också inom offentlig sektor.

Inom den privata sektorn är bilden inte så enhetlig och entydig. Som framgår av tabell 6.7 var utbyggnadsbehovet enligt 1979 års beräkning

Tabell 6.7 Antal privatanställda (oavsett förvärvsgrad) som 1979 saknade företagshälsovård, fördelade på näringsgrenar och företagsstorlek. (Siffrorna bygger på uppskattningar)

Näringsgren SNI	Antal privatanställda utan företagshälsovård		
	Företag med färre än 50 anställda	Företag med 50 eller fler anställda	Totalt
1. Jord- och skogsbruk	48 000	1 000	49 000
2. Gruvor och mineralbrott	3 000	0	3 000
3. Tillverkningsindustri	139 000	259 000	398 000
4. El-, värme- och vattenverk	4 000	7 000	11 000
5. Byggnadsindustri	24 000	20 000	44 000
6. Varuhandel, restaurang m m	235 000	211 000	446 000
7. Samfärdsel, post- och tele	55 000	29 000	84 000
8. Banker, försäkringsinst, fastighetsförv och uppdragsverksamhet	81 000	104 000	185 000
9. Offentlig förvaltning och andra tjänster	71 000	0	71 000
Summa	660 000	631 000	1 291 000

omkring 1 300 000 arbetstagare inom denna sektor. Senare beräkningar visar, att 1979 års siffror låg i underkant. En skattning av utbyggnaden sedan 1979 ger vid handen att det inom den privata sektorn nu skulle röra sig om ett utbyggnadsbehov om c 650 000 personer i företag med färre än 50 anställda och c 550 000 personer i företag som har 50 eller fler anställda, d v s sammanlagt 1 200 000 personer. Till den senare siffran skall också läggas högst 50 000 företagare i privata företag med anställda.

Utredningen har tidigare markerat sin inställning att även ensamföretagare och deras medhjälpare bör få tillgång till företagshälsovård. Som nämnts kan den gruppen uppskattas bestå av c 270 000 personer som idag huvudsakligen står utan företagshälsovård.

Man kan konstatera att c 800 000 av de c 1 200 000 arbetstagarna inom privat sektor som saknar företagshälsovård kan få sådan via arbetsmiljöavtalen. Av dessa kan upp till 450 000 beräknas vara anställda i företag som är medlem i arbetsgivarförening. Förutom SAF avses härmed SFO, KFO, BAO, TA m fl arbetsgivarföreningar. Därtill kommer upp till 260 000 arbetstagare som är anställda i företag med hängavtal. Dessa företag ingår således inte i de centrala parternas gemensamma områden men arbetsmiljöavtalet gäller också här. Vidare finns bland de 800 000 sådana anställda som har viss service, t ex i form av personalläkare, vilket inte kan klassificeras som företagshälsovård.

Den återstående utbyggnaden kommer som nämnts att i hög grad beröra småföretag. Det finns i dagsläget åtminstone 220 000 företag med färre än 50 anställda. Av dessa kan endast uppemot 27 000 bedömas ha företagshälsovård. De små företagen är nästan uteslutande privata.

I många av de mindre företag som saknar företagshälsovård finns arbetsmiljöavtal. Men trots att avtal om företagshälsovård således träffats kan arbetsgivaren ibland vara mindre benägen att ansluta sina anställda till befintlig företagshälsovård eller samverka med andra för att bygga upp företagshälsovård. Den beskrivna situationen är väl belagd i projekt och på annat sätt.

Ännu mer komplicerade är förutsättningarna i företag där man inte slutit arbetsmiljöavtal.

Avsaknaden av avtal är huvudsakligen en företeelse bland småföretag. Av en kartläggning som gjordes av anställningsskyddskommittén, Anställningsformer m m, (Ds A 1980:2) framgår, att c 36 500 arbetsställen saknade kollektivavtal för arbetare och c 38 900 arbetsställen saknade kollektivavtal för tjänstemän 1977. Av dessa arbetsställen hade 99 procent färre än 50 anställda. Antalet berörda företag var något lägre, eftersom somliga företag omfattade mer än ett arbetsställe. Uppgifterna om antalet anställda i företag utan kollektivavtal är osäkra i anställningsskyddskommitténs redovisning. Man konstaterade, att åtminstone 230 000, men kanske så många som 500 000 anställda inte omfattades av kollektivavtal.

De beräkningar företagshälsovårdsutredningen gjort visar, att *c 400 000 personer arbetar i företag som saknar arbetsmiljöavtal.* I allmänhet är såväl arbetsgivare som arbetstagare i sådana företag oorganiserade. Det finns skäl att räkna med att så gott som samtliga anställda i "avtalslösa företag" saknar företagshälsovård. Det finns också anledning att räkna med att inte alla arbetsgivarna i dessa företag kommer att söka anslutning till företagshälso-

vård för sina anställda.

Företagshälsovårdsutredningen vill sammanfatta de faktorer som utredningen anser påverkar förutsättningarna att få heltäckande företagshälsovård för små företag på följande sätt.

- Småföretag saknar ofta organiserat skyddsarbete.
- Kunskaperna om arbetsmiljöfrågor och företagshälsovård är ofta bristfälliga i små företag.
- Anslutningen till facklig organisation respektive arbetsgivarorganisation är inte så god i små som större företag.
- Många småföretag saknar arbetsmiljöavtal.
- Arbetsgivarnas benägenhet att ansluta sina anställda till företagshälsovård är många gånger inte så stor.
- Företagshälsovården är ibland innehållsmässigt mindre väl avpassad för små företags behov.
- Det kan vara särskilda organisatoriska och ekonomiska problem förenade med att anordna företagshälsovård för många små företag.
- Det saknas samordnings- och samverkansinitiativ för att få igång företagshälsovård för många små företag.

6.6 Åtgärder för utbyggnad och utveckling av företagshälsovården

6.6.1 Helt utbyggd företagshälsovård om tio år och insatser för detta

Företagshälsovårdsutredningens inställning är som framgår av vad tidigare sagts att alla skall ha rätt till företagshälsovård. Detta mål kan emellertid inte uppnås omedelbart. Vad det här gäller är att organisera företagshälsovård för ytterligare c 1 800 000 förvärvsverksamma. Detta kräver betydande resursinsatser och det behövs tid för att praktiskt planera och organisera verksamheten. En rimlig utgångspunkt som ibland nämnts är att företagshälsovården skulle kunna byggas ut till heltäckning under 1980-talet. Vid en närmare vägning av de åtgärder och resurser som kan behövas för utbyggnaden har utredningen kommit fram till att det är mera realistiskt att räkna med en utbyggnadsperiod på tio år. Det skulle innebära företagshälsovård för i princip alla arbetstagare samt möjlighet för ensamföretagare m fl att ansluta sig före mitten av 1990-talet.

Den kommande tioårsperioden behöver användas för att dels i vissa fall konsolidera den befintliga företagshälsovården, dels finna vägar att bereda de små företagen företagshälsovård. Att en så lång period kan behövas för att nå full täckning har också sin förklaring i att den fortsatta utbyggnaden avser en mycket stor mängd företag som det kan ta viss tid att finna lämpliga lösningar för. Det är också av stor vikt att kvalitetsfrågorna för företagshälsovården i sin helhet får en framskjuten plats under utbyggnadsperioden.

I det följande går utredningen närmare in på de resurser som står till buds eller bör tillskapas för att säkra utbyggnaden av företagshälsovården enligt utredningens intentioner. Utredningen föreslår dessutom en rad åtgärder

som syftar till att resurserna genom samverkan m m blir väl utnyttjade och att verksamheten blir ekonomiskt försvarbar såväl samhällsekonomiskt som företagsekonomiskt. Detta bör kunna ske utan att man fördenskull gör avkall på parternas inflytande på verksamheten eller kvaliteten i den. Utredningen vill särskilt framhålla betydelsen av regional samverkan och lokal planering för att motverka att resurserna splittras och för att bygga upp verksamheten med beaktande av de skilda behov och förutsättningar som kan finnas i olika regioner.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning kommer utbyggnaden och utvecklingen av företagshälsovården att ställa krav på en rad åtgärder som kan sammanfattas i följande punkter.

- Företagshälsovårdens innehåll och den organisatoriska uppbyggnaden av verksamheten måste differentieras i större utsträckning för att tillgodose behoven.
- Arbetsmarknadens parter samverkar inom respektive avtalsområde och ansvarar för att utbyggnad sker genom anslutning till befintlig företagshälsovård eller till nya företagshälsovårdsenheter som parterna bygger upp själva eller i samverkan med andra. Parterna måste också samverka över avtalsgränserna.
- Befintlig företagshälsovård, landstingen, primärkommunerna och staten via Statshälsan medverkar till att små företag får företagshälsovård.
- Företagshälsovården inriktar sin verksamhet på förebyggande åtgärder riktade mot arbetsmiljön.
- Företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård samverkar i syfte att komplettera varandra.
- Samhällets ekonomiska stöd till den som anordnar företagshälsovård ges i syfte att stimulera till en förebyggande inriktning i verksamheten.
- Utifrån det övergripande ansvaret för befolkningens hälsa enligt hälso- och sjukvårdslagen förutsätts landstingen med kraft verka för att tillhandahålla företagshälsovård om inga andra möjligheter står till buds.
- Arbetsmarknadens parter, yrkesinspektionen, landstingen m fl samverkar regionalt för att samordna strävandena att bygga ut företagshälsovården till heltäckning samt för att främja utvecklingen av företagshälsovården. Samverkan sker i och i anslutning till yrkesinspektionsnämnderna.
- Företagshälsovårdsdelegationen fortsätter att vara forum för central samverkan när det gäller företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling.

6.6.2 Bättre anpassning till behoven av företagshälsovård

Det finns naturligtvis inte anledning att nonchalera den kritik på företagshälsovården och dess tjänster som kommer från somliga små företag även om kritiken i många fall utgår från en felaktig syn på målet för företagshälsovården. Mycket tyder nämligen på att företagshälsovårdsenheterna erbjudit de små företagen samma program som utformats för större företag och gett samma insatser till serviceföretag som till industriföretag. I andra fall har

företagshälsovården kanske utgått från att vissa anslutna företag saknar arbetsmiljöproblem, eftersom företagshälsovårdens tjänster inte efterfrågats. I sin strävan att vara opartisk och rådgivande har företagshälsovården helt enkelt väntat på att "få beställningar" och avstått från egna initiativ.

Företagshälsovårdsutredningen har kunnat konstatera, att utbyggnaden av företagshälsovården skett enligt ett relativt enhetligt mönster, oavsett för vilken del av arbetsmarknaden servicen har utformats. Vägledande har varit de principer som lagts fast i överenskommelsen om företagshälsovård mellan SAF och LO 1967 samt i det första arbetsmiljöavtalet, nämligen det mellan SAF, LO och PTK från 1976 med vidhängande riktlinjer för företagshälsovården. Innehållsmässigt och organisatoriskt har avtalet på den privata sektorn varit mönsterbildande även för företagshälsovård inom t ex stat och kommun. Också när det gäller företagshälsovårdens personal har man på statlig och kommunal sektor, liksom inom den privata sektorn,oavsett arbetsmiljöproblemens tyngd, ofta tagit intryck av den personaluppsättning och personaltäthet som stor industri med t ex tunga fysiska arbetsmiljöproblem byggt upp. Självfallet förekommer också profilering av resurserna inom nya utbyggnadsområden som stat och kommun, t ex genom att Statshälsan har personalkonsulenter knutna till verksamheten.

Det är utredningens uppfattning att företagshälsovården ibland byggs ut utan tillräcklig analys av behoven av företagshälsovård. Detta påstående skall inte tolkas så att företagshälsovård generellt sett byggts ut i onödan. Däremot hade kanske i en del fall resultatet blivit bättre om resurserna fördelats på ett annat sätt. Man kan t ex tänka sig ett fall då en företagshälsovårdscentral byggs upp med ett par läkare, tre till fyra företagssköterskor och en skyddsingenjör, trots att de anslutna företagen behovsmässigt skulle varit mest betjänta av insatser på det tekniska och ergonomiska området. I det aktuella exemplet skulle man kanske redan i inledningsskedet lagt tyngdpunkten på den tekniskt ergonomiska sidan och dubblerat skyddsingenjörstjänsten snarare än företagsläkartjänsten samtidigt som man försökt rekrytera företagssjukgymnast till centralen.

Det beskrivna problemet är ganska naturligt, eftersom de experter som behövs för att bedöma arbetsmiljöproblemen i en kommande centrals verksamhetsområde i allmänhet inte finns till hands vid planering av resurserna för centralen. Det faktiska behovet av insatser och personal kommer ofta inte fram förrän personalen redan är på plats. Men då har också utrymmet för flexibla lösningar minskat.

Mot den antydda bakgrunden finns det anledning att i fortsättningen ägna behovsanalysen betydligt större intresse än som hittills skett. Med en tidigare och noggrannare analys kan man som nämnts få en lämplig avvägning av resurserna i företagshälsovården. Samtidigt kan man få en betydligt bättre startpunkt för arbetet i centralen. Detsamma gäller om företag ansluts till befintliga centraler.

Man får också beakta den utbyggnad som skett och kommer att ske av den offentliga primärvården. Kravet på stora resurser för sjukvård inom företagshälsovården kan därmed i dag och framöver inte vara lika påfallande eller motiverat som tidigare. Å andra sidan kan en del rena sjukvårdsinsatser i företagshälsovården successivt avlösas av insatser på tidigare eftersatta områden. Det kan gälla förebyggande medicinska åtgärder och rehabilite-

ring och anpassning. Dessa områden är också väsentliga att bevaka vid planering för uppbyggnad av ny företagshälsovård.

Om man på ett bättre sätt än som hittills varit fallet utgår från att det är behovet av företagshälsovård som skall bestämma resurserna och därmed inriktning och kostnader finns det anledning anta att en viss del av det framtida utbyggnadsbehovet kan tillgodoses med mindre resursinsats än i den hittillsvarande utbyggnaden av företagshälsovården. Antagandet bygger på följande.

- Arbetsmiljön i många små företag kan inledningsvis kräva en hel del insatser men har därefter en mer statisk karaktär. Verksamheten ändras kanske inte så ofta. Ombyggnad, utbyggnad och andra genomgripande förändringar är mindre vanliga. Arbetsmiljön är överblickbar o s v.
- Många små företag har sin inriktning på service. Arbetsmiljöproblemen är ofta av ergonomisk karaktär, ibland psykiska och sociala. Företagshälsovårdens insatser kan i stor utsträckning koncentreras på information och utbildning och vissa korrigeringar.

Företagshälsovården för mindre företag av den nämnda typen skulle kunna karakteriseras på följande sätt.

- Inledande arbetsmiljöinventering.
- Åtgärdsfas.
- Arbetsmiljöbevakning med mindre intensitet än som är motiverat på större arbetsplatser med "tyngre" arbetsmiljöproblem eller mera svåröverblickbar arbetsmiljö.
- Nära samarbete med primärvården som har ett övergripande hälsoansvar och som i huvudsak får sörja för sjukvårdsbehovet.

När man bygger upp denna typ av företagshälsovård bör man, med hänsyn till att det kommer att röra sig om många små företag, undersöka om planerade och även i viss utsträckning befintliga företagshälsovårdsenheter kan "dela" företagen mellan sig så att branschspridningen inte blir för stor i den enskilda företagshälsovårdsenheten. Fördelen med att koncentrera sig på några branscher är att företagshälsovården då kan göra riktade undersökningar och riktade program med stor överspridningseffekt.

Det kan synas motiverat att kalla denna verksamhet för något annat än företagshälsovård, eftersom den t ex inte bygger på den dag till dag-kontakt med företagen som företagshälsovården i exempelvis större industrier kräver. Å andra sidan kan man hävda att även stora industrier med "tunga" arbetsmiljöproblem i allmänhet också har avdelningar med ren kontorsmiljö för administration eller service. För dessa avdelningar är företagshälsovården knappast uppbyggd för dag till dag-kontakt. Företagshälsovården för sådana avdelningar i stora företag blir, när det gäller insats av resurser m m, relativt lik den företagshälsovård som små företag av servicekaraktär kan behöva.

Företagshälsovård av det slag som ovan beskrivits för vissa småföretag skulle självfallet kunna kallas arbetsmiljöservice eller något annat som markerar, att här gäller det företagshälsovård av lite annorlunda typ. Det olyckliga i att använda en särskild beteckning skulle emellertid framförallt

ligga i att företagshälsovård utan saklig grund skulle börja uppfattas som en A-verksamhet och arbetsmiljöservice som en B-verksamhet. Eftersom det inte finns anledning att ställa upp ett annat syfte för företagshälsovården i vissa små företag än som gäller för den hittills utbyggda företagshälsovården finns inte heller anledning att använda en särskild beteckning. Det räcker att påminna om företagshälsovårdens olika roller i ett stort företag med varierande miljöer för att ytterligare motivera att en enhetlig beteckning bör bibehållas.

Det som i detta avsnitt har framhållits om att vissa små företag kan ha mindre behov av företagshälsovård än andra får inte skymma det faktum att det även bland småföretagen som nu saknar företagshälsovård finns arbetsmiljöer som kräver stora insatser. Det räcker att påminna om att utbyggnaden omfattar en rad små företag inom tillverkningsindustrin (t ex trävaru-, metall- och plastbearbetande industri) respektive städfirmor, tvätterier, reparationsverkstäder, restauranger och samfärdsel.

I avsnitten 6.6.4 och 6.6.5 behandlar utredningen behovet av att också organisatoriskt pröva andra former än nu gängse för att bygga upp företagshälsovård för t ex små företag.

6.6.3 Arbetsmarknadens parter ansvarar för att utbyggnad sker inom avtalsområdena

Företagshälsovården har byggts upp i samverkan mellan arbetsmarknadens parter. Utredningens utgångspunkt är att även den fortsatta utbyggnaden måste vila på sådan samverkan. Med hänsyn till att den återstående utbygganden rör en mängd små arbetsplatser ställs emellertid särskilda krav på parterna inom respektive avtalsområde. Inte minst gäller detta inom den privata sektorn, där företagen som nu saknar företagshälsovård genomgående är små. Efter de analyser utredningen gjort om utbyggnadsläget och behoven av insatser framöver anmälde SAF, LO och PTK i ett uttalande den 7 juni 1982 till utredningen sin avsikt att i en gemensam arbetsgrupp "utreda vissa problem rörande företagshälsovården". De framhöll sin vilja att medverka till att alla anställda får tillgång till företagshälsovård. När det gäller det egna avtalsområdet anmälde parterna sin avsikt att komplettera arbetsmiljöavtalet och riktlinjerna för att kunna påskynda utvecklingen mot en företagshälsovård för alla anställda. Syftet med kompletteringen angavs vara "att parterna med ytterligare kraft skall kunna hävda nödvändigheten av och skyldigheten att åstadkomma den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården".

I uttalandet markerade de tre parterna också sin principiella inställning att till företagshälsovård som byggts upp i samverkan dem emellan skall kunna anslutas även sådana företag som står utanför det kollektivavtalsreglerade området.

Utredningen har fortlöpande fått rapporter från den partsgemensamma arbetsgruppen. Enligt utredningens uppfattning finns det anledning att vänta sig en ökad aktivitet och mer offensiv inställning från parterna på den privata sektorn när det gäller att fullfölja träffade avtal om företagshälsovård. Aktiviteter av olika slag för att stimulera intresset för företagshälsovård och för att påskynda utbyggnaden har redan kommit igång, bl a i projektform i

Västerbotten respektive Värmland. Parterna har också redovisat sin avsikt att i olika former samverka regionalt för att påskynda utbyggnaden av företagshälsovården. Det ökade engagemanget hos dessa tre parter är en värdefull utgångspunkt för utredningens bedömning av möjligheterna att bygga ut företagshälsovården till heltäckning.

Utredningen har också anledning att räkna med att Statshälsans utbyggnad skall följa uppgjorda planer. Heltäckningen inom det statliga avtalsområdet skulle, som tidigare nämnts, kunna vara uppnådd inom loppet av högst fem år. I Statshälsans organisation ligger inbyggt att regional planering för utbyggnad med sikte på heltäckning samordnas och stöds centralt av Statshälsans huvudkontor.

Landsting och primärkommuner och deras avtalsparter har inte några klart angivna tider för utbyggnaden inom sina områden. Utvecklingen hittills har emellertid visat, att det inom det kommunala området finns beredskap att fullfölja avtalen så att heltäckning är att förutse inom tio år, troligen tidigare.

6.6.4 Utvidgning av befintlig företagshälsovård och etablering av nya enheter

Den utbyggnad av företagshälsovården som nu förestår avser i stor utsträckning de små företagen. Deras möjligheter att själva anordna företagshälsovård genom att t ex samverka inbördes får bedömas vara relativt begränsade. Det gäller därför att pröva om de på olika sätt kan erbjudas företagshälsovård genom andras försorg men fortfarande med partsinflytande och arbetsgivaren som ansvarig för kostnaderna.

En stor tillgång i sammanhanget är de företagshälsovårdsenheter som redan byggts upp. Det finns många skäl att försöka bygga vidare på dem. Ett skäl är att etableringsfasen är tung och många gånger trög. I befintliga enheter har man denna process bakom sig. Verksamheten har på olika sätt stabiliserat sig och personalen har hunnit utveckla program för verksamheten. Det finns med andra ord en grund att bygga på.

Ett vanligt mönster i den hittillsvarande uppbyggnaden av företagshälsovården,främst inom den privata sektorn, har varit att bygga upp enheter med en företagsläkare, en skyddsingenjör och några företagssköterskor. Många blandade centraler har personalmässigt den strukturen. De ingående företagen har försökt att gemensamt skapa tillräckligt underlag för att anställa en företagsläkare. De har sedan inte siktat vidare, eftersom det varit brist på sådana läkare och följaktligen många gånger uppfattats som alltför stort problem att bygga ut verksamheten. En annan anledning till att man försökt hålla enheterna små tycks vara att de ingående företagen ansett, att alltför många anslutna företag kan ge en splittrad verksamhet. Ytterligare ett skäl till att små enheter fortsatt att vara små är att inga nya företag sökt anslutning till enheterna.

Fördelen med små företagshälsovårdsenheter är självfallet att de i allmänhet kan arbeta med målsättningen "närhet" och "kontinuitet". Nackdelen kan vara att sådana enheter får en mycket besvärlig situation om något eller några medlemsföretag till följd av driftsinskränkning eller av annat skäl inte längre kan ingå i underlaget för enheten. På samma sätt är en

liten företagshälsovårdsenhet sårbar om någon i enhetens arbetslag slutar sin anställning eller är sjuk under längre tid. En annan nackdel med små enheter är risken att personalen yrkesmässigt blir isolerad.

Det kan finnas många anledningar att också fortsättningsvis hålla en enhet liten, t ex om underlaget inte kan öka utan att man får mycket långa avstånd mellan företagshälsovården och företagen som betjänas av den. Skulle däremot underlaget på sikt kunna bli större med bibehållande av rimliga avstånd bör man av bl a ekonomiska skäl sträva efter att bygga ut enheten så att den avser t ex en till två läkare och två till tre skyddsingenjörer. Med det tidigare antydda behovet av differentierade insatser skulle en sådan enhet med ett ökat antal företagssköterskor som ges vidgade arbetsuppgifter liksom med företagssjukgymnaster och skyddsteknisk personal och i förekommande fall beteendevetare kunna ta ett områdesansvar för mellan 5 000 och 8 000 individer. Storleken på enheten skulle självfallet avpassas mot de arbetsmiljöproblem de anslutna företagen kan tänkas ha samt antalet företag, avstånd m m.

En enhet med den beskrivna personaluppsättningen kan väntas bli mer ekonomisk i drift än två eller fler separata enheter. Bl a borde man kunna hålla nere lokal- och administrationskostnaderna. Den yrkesmässiga isoleringen blir mindre med de fördelar detta kan medföra för innehållet i verksamheten. Man kan dessutom räkna med att enheten blir mindre sårbar än en liten enhet vid sjukdom och vakanser.

Samma resultat kan sannolikt också uppnås genom samarbete mellan några enheter som kan ha t ex gemensam mätutrustning, administration och eventuellt gemensam personal i något avseende. Även samlokalisering av enheter bör övervägas i syfte att hålla nere kostnaderna och uppnå andra fördelar.

Mycket talar således för att man inledningsvis har en mindre enhet som successivt byggs upp så att den ger underlag för en till två företagsläkare och två till tre skyddsingenjörer samt har större företagssköterskeetäthet än hittills. Enheter av den storleken torde bl a underlätta för företagshälsovården att systematisera och föra vidare den kunskap om arbetsmiljörisker som företagshälsovården möter i det dagliga arbetet. En annan aspekt är att enheterna skall kunna ta emot personer som behöver handledd praktik i företagshälsovården under sin utbildning.

Enheter av antytt slag finns redan på många håll. Skall man bygga upp sådana kan det vara lämpligt att man vertikalt fördelar ansvaret mellan olika befattningshavare, d v s man fördelar företagen mellan sig med ett "totalansvar" för ett visst antal företag. Detta skulle också ge en garanti för att företagen inbördes inte skulle behöva känna sig åsidosatta till följd av andra företags problem.

I en successiv utbyggnad skulle man, som framhållits i avsnitt 6.6.2, kunna branschinrikta verksamheten till en del inom centralerna. En central tar ett större ansvar för att erbjuda butiker anslutning, en annan inriktar sig på att till sig knyta företag med kemiska arbetsmiljöproblem etc. Utvidgningen av centralerna skulle då kunna ske genom att man till den tidigare verksamheten knöt viss sektorsverksamhet (butik, lantbruk eller målarfirmor o s v). Detta skulle ge möjlighet för företagshälsovården att arbeta med riktade program och att koncentrera verksamheten,trots att det antalsmässigt skulle bli ett

rätt stort tillskott av företag, eftersom det skulle röra sig om små företag. Företagssköterskor skulle kunna få relativt självständiga uppgifter inom denna typ av sektorsverksamhet och samverka med skyddsingenjör och företagssjukgymnast m fl.

Om man t ex i branschorgan utarbetade förslag till program för sektorsverksamhet skulle befintliga företagshälsovårdsenheter få underlag för bedömning av sina möjligheter att engagera sig i utbyggnad av resurserna för att hjälpa de små företagen att få företagshälsovård. Yrkesmedicinska kliniker kan också tänkas medverka med sammanställningar om risker i vissa branscher.

Inom större geografiska upptagningsområden skulle man kunna bygga på en modell där man ute i de olika områdena har endera företagssköterskebemannade enheter med tillgång till den centralt placerade företagshälsovårdens resurser vid behov eller i fasta program, eller, i ytterligare utbyggnadsfas, fullt bemannade filialenheter. Här skulle man kunna tänka sig lokalmässig samordning med landstingens vårdcentraler.

Det är viktigt att stryka under att en utbyggnad efter de idéer som redovisats aldrig kan fastläggas i några centralt formulerade fasta mallar. De lokala företagen och deras företagshälsovård måste alltid själva komma fram till vilken den bästa lösningen är inom ramen för mer allmänt formulerade principer och organisationsmodeller. Det är å andra sidan viktigt att man i företagen som redan har företagshälsovård inte låser fast sig i traditionella tankebanor utan försöker se hur man med bibehållet inflytande på den "egna" företagshälsovården kan medverka till att fler företag får tillgång till företagshälsovård och rimligt inflytande på den verksamheten.

Utredningen kan konstatera, att det i dag finns många såväl små som större företagshälsovårdsenheter som antingen är beredda eller skulle kunna intresseras för att utvidga sin verksamhet. Varje företagshälsovårdsenhet som bedrivs i bolagsform (motsv) är naturligtvis, liksom Bygghälsan, Statshälsan och motsvarande organisationer, suverän när det gäller att besluta om enheten skall stå öppen eller inte för nya företag. Inom Statshälsan läggs policyn fast centralt. Besluten om utvidgning fattas av Statshälsans styrelse efter samråd med berört hälsoråd och företagshälsovårdsenheten. I privata företag med inbyggd företagshälsovård avgör företaget om andra företag skall få nyttja företagshälsovården. I landsting och kommuner, som har inbyggd företagshälsovård, krävs politiska beslut för eventuell utvidgning av den egna företagshälsovården.

Med hänsyn till att företagshälsovården baseras på partssamverkan har i alla konstellationer såväl arbetsgivare som arbetstagare möjlighet att påverka beslutet om eventuell utvidgning av verksamheten. Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning vilar därför ett stort ansvar på parterna centralt att verka för att den befintliga företagshälsovården i positiv anda prövar möjligheterna att stå öppen för företag som vill ansluta sig till företagshälsovård. Här finns anledning att påminna om att arbetsmiljöavtalen mer eller mindre tydligt förutsätter en positiv inställning i det avseendet. Det är särskilt angeläget att företagshälsovårdsenheter inom t ex samma kommun prövar sina möjligheter att gemensamt medverka till fullt utbyggd företagshälsovård.

Företagshälsovårdsutredningen räknar inte med att utbyggnaden av

företagshälsovården skall kunna ske enbart eller ens till större delen genom att befintlig företagshälsovård utvidgar sin verksamhet. Statshälsan, som utredningen återkommer till i avsnitt 6.6.6, planerar t ex ett stort antal nya centraler. Utredningen anser, och den bedömningen delas av Statshälsan, att dessa centraler i flera fall bör kunna planeras med sikte på anslutning av små privata företag. Man måste emellertid också räkna med att utbyggnaden till heltäckande företagshälsovård kommer att fordra att främst arbetsmarknadens parter på den privata sektorn svarar för att nya centraler byggs upp inom deras gemensamma område och även står öppna för andra. Landstingens och primärkommunernas särskilda engagemang i det sammanhanget tas upp i nästa avsnitt. Utredningen belyser där också mera generellt landstingens och primärkommunernas roll vid utbyggnaden av företagshälsovården.

6.6.5 Landstingens och primärkommunernas medverkan till heltäckande företagshälsovård

6.6.5.1 Landstingen och extern företagshälsovård

Landstinget (motsv) är i många län den störste arbetsgivaren. Landstingen har byggt ut företagshälsovård som täcker eller är på väg att omfatta alla landstingsanställda. Redan i egenskapen stora arbetsgivare med etablerad företagshälsovård kan landstingen förväntas ha intresse av att erbjuda extern företagshälsovård, d v s företagshälsovård för andra än landstingets anställda.

En annan aspekt avser landstingens engagemang i extern företagshälsovård i egenskap av huvudmän för den offentliga hälso- och sjukvården. Utgångspunkten kan sägas vara proposition 1971:23 angående vissa frågor om företagshälsovård. I den angavs bl a att den allmänna hälso- och sjukvården i vissa fall skulle medverka till att företagshälsovård kom till för andra än landstingens (motsv) anställda. Detta skulle ses som en komplettering till den inbyggda företagshälsovården för stora företag, branschhälsovården och företagshälsovård i företagshälsovårdscentraler, där skilda intressenter samverkar. Målgrupp för landstingens engagemang förutsattes vara de som inte på annat sätt kan få sin företagshälsovård, d v s i första hand små och spridda företag.

6.6.5.2 Utredningens undersökning 1981

Under senare delen av hösten 1980 gjorde företagshälsovårdsutredningen en enkät till samtliga landsting om deras engagemang i extern företagshälsovård. Frågorna gällde dels landstingens pågående engagemang, dels eventuellt upphört engagemang och slutligen planer på utökning eller start av extern företagshälsovård. I samtliga fall skulle anges vilka grupper som berördes av verksamheten, antal personer som var berörda och i vilka former verksamheten bedrevs eller väntades bli bedriven. Orsakerna till eventuellt upphört engagemang skulle också anges.

I enkäten ställdes även frågor om landstingens erfarenheter av extern företagshälsovård, eventuella utredningar, försöksverksamhet och utvärdering.

Det insamlade materialet kompletterades genom intervjuer med tjänste-

Tabell 6.8 Schematisk beskrivning av landstingens (motsv) engagemang i extern företagshälsovård våren 1981

Läns landsting (motsv)	Engagerad i extern FHV	Tidigare engagerad i extern FHV	Har planer på extern FHV/utökn	Principbeslut finns/ utredn pågår
Stockholms	X			
Uppsala	X		X	
Södermanlands	X		X	
Östergötlands				X
Jönköpings			X	X
Kronobergs			X	
Kalmar	X	X		
Blekinge				
Kristianstads	X			
Malmöhus		X		
Hallands	X			X
Göteborgs och Bohus	X		X	
Älvsborgs	X		X	
Skaraborgs	X		X	
Värmlands		X		
Örebro				X
Västmanlands				
Kopparbergs				X
Gävleborgs			X	X
Västernorrlands			X	
Jämtlands				X
Västerbottens	X		X	
Norrbottens	X[a]		X	
Göteborgs kommun				
Malmö kommun				
Gotlands kommun			X	

[a] Under start

män i landstingen. Resultaten av undersökningen, som speglar läget i februari 1981, finns sammanställda i PM 19 1981-03-16, Landstingens (motsv) engagemang i extern företagshälsovård (stencil). Här skall endast sammanfattningsvis redovisas några resultat från undersökningen.

Många landsting hade engagerat sig i extern företagshälsovård som ett led i det förebyggande hälsovårdsarbetet. Avsikten var också att få ett rationellt utnyttjande av landstingens medicinska resurser, såväl personal som lokaler och utrustning.

Av svaren från landstingen framgick, att drygt hälften av landstingen hade erfarenhet av extern företagshälsovård. Ytterligare fem landsting hade konkreta planer på att engagera sig i sådan verksamhet. I ytterligare några fall pågick utredning eller fanns principiella beslut som kunde leda till att därutöver några landsting skulle börja driva eller på annat sätt tillhandahålla extern företagshälsovård. Detta innebar sålunda att huvuddelen av landstingen tillhandahöll eller inom en nära framtid beräknade komma igång med extern företagshälsovård.

Tabell 6.8 ger en schematisk beskrivning av landstingens engagemang i extern företagshälsovård i februari 1981. Som framgår av tabellen hade några

Tabell 6.9 Former för landstingens externa företagshälsovård våren 1981

Landsting	Huvudman	Resurshuvudman
Stockholms	X	
Uppsala		X
Södermanlands	X (Strängnäs)	X (Trosa)
Kalmar	X	
Kristianstads	X	
Hallands	X	
Göteborgs och Bohus	X	
Älvsborgs	X	
Skaraborgs	X	
Västerbottens		X
Norrbottens		X

landsting tidigare engagerat sig men upphört. I de fall detta skett hade det berott på att landstinget på grund av läkarbrist inte kunnat utöka sin verksamhet respektive vissa problem i samarbetet.

Åtta landsting drev extern företagshälsovård och var huvudman för verksamheten. Den externa företagshälsovården kombinerades i allmänhet med företagshälsovård för anställda inom landstinget. Ett klart undantag utgjorde den externa företagshälsovården i Skaraborgs län, för övrigt den mest omfattande med drygt 21 000 anslutna personer. I Skaraborg var den externa företagshälsovården inte i något fall kombinerad med landstingets egen.

Fyra landsting var engagerade i extern företagshälsovård som "resurshuvudman". Detta innebar, att landstinget tillhandahöll viss personal, ibland också lokaler, utrustning eller annat (tabell 6.9).

Det var inte ovanligt att den externa företagshälsovården drevs i eller samordnades med verksamheten vid landstingens vårdcentraler. Distriktsläkare hade i en del fall dubbel roll, d v s de fungerade också som företagsläkare inom ramen för sin tjänst.

Det visar sig att i stort sett alla landsting som drev eller avsatte resurser för extern företagshälsovård hade primärkommuner och privata företag som intressenter. Åtta av elva landsting som var engagerade i extern företagshälsovård hade också staten som intressent.

Som framgår av tabell 6.10 låg tyngdpunkten numerärt i allmänhet på den primärkommunala sidan. Näst största intressent var i allmänhet de privata företagen och den minsta var statliga institutioner.

Sammanlagt gav landstingen i februari 1981 extern företagshälsovård till drygt 61 000 personer, fördelade på kommuner (37 955), privata företag (19 125) och statliga institutioner (4 115).

När det gäller antal anslutna personer var den verksamhet som bedrevs i Skaraborg störst. Skaraborg hade också den geografiskt mest utspridda verksamheten, nämligen i elva av länets 16 kommuner. Andra landsting med många anslutna var Hallands respektive Göteborgs och Bohus läns. Det senare landstinget hade näst Skaraborgs läns landsting den geografiskt mest utspridda verksamheten.

Tabell 6.10 Intressenter och omfattning på landstingens externa företagshälsovård (antal anslutna personer) våren 1981

Landsting	Externa intressenter			Summa
	Kommun	Priv företag	Stat	
Stockholms		215		215
Uppsala	1 200	1 600	400	3 200
Södermanlands	400	500	1 300	2 200
Kalmar	3 100			3 100
Kristianstads	4 700	600	320	5 620
Hallands	9 150	2 100		11 250
Göteborgs och Bohus	4 680	3 950	440	9 070
Älvsborgs	875	1 460	105	2 440
Skaraborgs	12 800	7 500	1 000	21 300
Västerbottens	450	1 050	100	1 600
Norrbottens	600	150	450	1 200
Summa	37 955	19 125	4 115	61 195

Verksamhetens inriktning m m reglerades i avtal mellan landstingen och de externa intressenterna. I allmänhet innehöll avtalen formuleringar om att företagshälsovården skulle bedrivas enligt gällande arbetsmiljöavtal. I andra fall preciserades på annat sätt de insatser landstinget skulle stå för.

Landstingens strävan var i allmänhet att de som berördes av företagshälsovården också skulle ha inflytande på den. Samrådsorgan och/eller företagshälsovårdskommittéer hade därför tillskapats. I de fall landstinget var huvudman för verksamheten låg emellertid den yttersta beslutanderätten i något politiskt organ i landstinget.

I de fall landstingen uppträdde som resurshuvudmän hade de externa intressenterna större möjlighet till inflytande på verksamheten, dock med det undantaget att landstingen också i denna form hade slutligt avgörande vad gällde tillsättning av personal i förekommande fall.

I svaren var landstingen sparsamma med redovisning av erfarenheter av sitt engagemang. Bland erfarenheter som redovisades av extern företagshälsovård kan nämnas

- ger bättre underlag för landstingets egen företagshälsovård
- ger bättre underlag för vårdcentral
- ger lägre kostnader för den egna företagshälsovården
- svårt att få tillräckligt med personal, särskilt läkare
- det tar lång tid att få ett fungerande samarbete mellan primärvården och företagshälsovården.

De landsting som inte drev eller på annat sätt medverkade till extern företagshälsovård, men som hade planer på detta, utredde frågan i samarbete med berörda intressenter. Detta var också det gängse mönstret för de landsting som kommit igång med verksamhet.

I utredningar och annat material som landstingen redovisade framgick ofta att landstingen så långt det var möjligt skulle medverka till att företag m fl

kunde få företagshälsovård genom anslutning till befintlig företagshälsovård. Om inte detta gick borde landstingen hjälpa till med resurser.

Den refererade undersökningen visade, att landstingen var beredda att medverka till att alla i landet får tillgång till företagshälsovård. Våren 1982 följde företagshälsovårdsutredningen upp undersökningen med en konferens som Landstingsförbundet och utredningen arrangerade för företrädare för samtliga landsting. Vid det tillfället kunde utredningen också konstatera, att landstingens intresse för extern företagshälsovård var stort och att utbyggnaden fortsatte. Därvid redovisade landstingen ett klart intresse att på ett flexibelt sätt bygga upp verksamheten och beakta de externa intressenternas önskemål om inflytande på den.

6.6.5.3 Landstingens nya roll

Det kan, vid en diskussion om utbyggnaden av företagshälsovården, finnas anledning att något närmare se på den förändrade roll som landstingen successivt fått.

Landstingen (motsv) har fr o m 1983 genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Enligt hälso- och sjukvårdslagen åläggs landstingen att dels erbjuda sjukvård, dels förebygga ohälsa hos hela befolkningen inom landstingsområdet genom insatser riktade mot såväl människorna som miljön.

I hälso- och sjukvårdslagen åläggs landstingen att planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov. Planeringen skall därvid avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen. I denna planering och i utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget enligt lagen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Företagshälsovården och dess huvudmän kommer härvid att beröras av denna landstingens planerings- och samrådsskyldighet även om företagshälsovården till sin huvudfunktion förutsätts vara en del av arbetarskyddet.

I förarbetena till den nya hälso- och sjukvårdslagen framhölls behovet av samverkan mellan landstingen och de ansvariga för företagshälsovården i syfte att samordna utvecklingen och utnyttjandet av de olika medicinska resurser som behövs för en ändamålsenlig företagshälsovård. Företagshälsovårdsutredningen hade nära samarbete med hälso- och sjukvårdsutredningen, som lade förslaget om ny hälso- och sjukvårdslag. Utredningarna enades därvid om att som exempel på områden där landstingen och företagshälsovårdens huvudmän behöver samverka framhålla följande.

- Extern företagshälsovård i landstingsregi.
- Sjukvårdsinsatser i företagshälsovården.
- Yrkeshygienisk mät- och analysverksamhet med hjälp av landstingens laboratorieresurser.
- Utbyggnad av yrkesmedicinen.
- Rekrytering av medicinsk personal.

Utredningen har delvis belyst samverkansfrågorna i kapitel 5 men återkommer till några aspekter i avsnitt 6.6.9.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen betonar betydelsen av att hälso- och

sjukvården får en offensiv karaktär. Detta är också avsikten i landstingens satsning på den öppna vården och i det utvecklingsarbete som under senare år gällt primärvården.

I propositionen (1981/82:97) om ny hälso- och sjukvårdslag m m framhölls landstingens vidgade ansvar för förebyggande åtgärder som avser miljön. Med hänvisning till propositionen 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation framhöll föredragande statsrådet att landstingen förutsätts ta fram miljömedicinska kunskaper och sprida dem till olika intressenter. I det sammanhanget blir det enligt tidigare principbeslut landstingens uppgift att bygga upp den miljömedicinska verksamheten med specialiserad kompetens bl a på det epidemiologiska området. Föredragande statsrådet tog också upp utbyggnaden av yrkesmedicinen och de beröringspunkter som finns mellan denna och miljömedicinen i övrigt.

Det finns, när man talar om landstingens nya roll, även anledning att något närmare beröra yrkesmedicinens uppgift inom hälso- och sjukvården och gentemot företagshälsovården. I betänkandet Utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22) har företagshälsovårdsutredningen framhållit betydelsen av en utbyggd yrkesmedicinsk verksamhet som både kan förstärka samhällets hälso- och sjukvård internt på det offensivt arbetsmiljöinriktade området och kan fungera som stöd och kvalificerat komplement till företagshälsovården. I proposition 1980/81:100, bilaga 15, liksom i propositionen om ny hälso- och sjukvårdslag m m är det denna målsättning för yrkesmedicinen som förutsätts gälla. Landstingen håller för närvarande på att bygga ut yrkesmedicinen med denna målsättning.

I betänkandet om utbyggnaden av yrkesmedicinen har företagshälsovårdsutredningen berört yrkesmedicinens uppgifter under den tid som återstår, innan företagshälsovården är fullt utbyggd. Utredningen har därvid formulerat sig på följande sätt:

> Under utbyggnadsperioden bör yrkesmedicinen kunna medverka vid bedömning av arbetsmiljörisker inom företag (motsv) som står utanför företagshälsovården och på det sättet ge underlag för prioritering av utbyggnadsområden.

Utredningen har också framhållit, att en av uppgifterna för de yrkesmedicinska länsklinikerna bör vara uppsökande verksamhet riktad mot småföretagen för att intressera dem för anslutning till företagshälsovård.

6.6.5.4 Landstingen och utbyggnaden av företagshälsovården

En av de viktigaste uppgifterna för landstingen framöver blir att förebygga sjukdom och skada. Företagshälsovården har denna uppgift när det gäller hälsan i arbetslivet. En utbyggd företagshälsovård ökar landstingens möjligheter att lyckas med den förebyggande verksamheten i stort.

Med den utgångspunkten har, som tidigare redovisats, många landsting börjat medverka till att även andra än landstingsanställda får tillgång till företagshälsovård. Landstingen har också byggt ut eller planerar för resurser som kan underlätta eller i övrigt förstärka företagshälsovårdens arbetsmiljöinriktade arbete. Detta gör att landstingen får ses som en stor resurs vid utbyggnaden av företagshälsovården till heltäckning och vid utveckling av

redan uppbyggd företagshälsovård. Företagshälsovårdsutredningen vill framhålla två aspekter som särskilt betydelsefulla.

- Utbyggnaden och utvecklingen av företagshälsovården måste planeras med beaktande av de resurser som redan finns i landstingen eller som kan väntas bli utbyggda där (primärvård, yrkesmedicin, miljömedicin, laboratorieresurser m m).
- Landstingens intresse att medverka till heltäckande företagshälsovård genom extern företagshälsovård m m måste tas till vara. Det gäller inte minst de små företagens möjligheter att få tillgång till företagshälsovård.

Utredningens förslag att företagshälsovården i princip skall vara utbyggd 1993 kräver att det finns uppbyggd eller planerad företagshälsovård att hänvisa arbetsgivare till som av olika skäl inte på egen hand kan bygga upp företagshälsovård.

Som utredningen tidigare utvecklat blir det i de fall arbetsmiljöavtal slutits ett förstahandsansvar för arbetsmarknadens parter att skapa resurser för företagshälsovård. Utredningen har pekat på vägar att få fram sådana resurser genom utvidgning av befintlig företagshälsovård och etablering av nya enheter. Därvid har utredningen räknat med att landstingskommuner, primärkommuner och staten (via Statshälsan) aktivt medverkar till att företagshälsovård etableras för små privata företag. Utan sådan medverkan skulle heltäckande företagshälsovård knappast kunna uppnås.

SAF, LO och PTK har deklarerat beredskap att till företagshälsovård som byggts upp i samverkan dem emellan även ansluta företag som saknar arbetsmiljöavtal. Uppbyggnaden av företagshälsovård för arbetsplatser som inte omfattas av arbetsmiljöavtal, d v s i allmänhet små privata företag, kommer emellertid också att kräva medverkan av landsting, primärkommuner och staten.

Utredningen har mot den givna bakgrunden gjort den bedömningen att man någonstans måste lägga ett visst ansvar för att företagshälsovårdsresurser tillskapas.

Utredningen har efter ingående analys av frågan stannat för att föreslå att landstingen i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, och därmed övergripande ansvariga för befolkningens hälsa, med kraft verkar för att anordna och tillhandahålla företagshälsovård, om arbetsgivaren inte på annat sätt kan få tillgång till sådan service. Skälen till att vänta denna insats från landstingen är att landstingen i den nya hälso- och sjukvårdslagen får ett vidgat planeringsansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser, att landstingen enligt den nya lagstiftningen får ett vidgat ansvar för förebyggande insatser riktade mot miljön och slutligen att landstingen sedan början av 1970-talet utvecklat extern företagshälsovård för bl a små företag.

Landstingens insatser skall ses som ett stöd för dem som inte på annat sätt kan få företagshälsovård. Landstingets ansvar skall inte på något sätt kunna tolkas så att landstinget ikläder sig arbetsgivarens ansvar att hålla ett tillfredsställande arbetarskydd och att bära kostnaderna för detta. Ansvaret för att aktivt söka anslutning till företagshälsovården för de anställda respektive att organisera förutsättningarna för arbetsmiljöarbetet i företaget

skall alltid vila på arbetsgivaren. På samma sätt skall arbetsgivaren fullt ut stå för kostnaderna för företagshälsovården, oavsett vem som tillhandahåller denna service.

I avsnitt 6.6.5.6 tar utredningen upp exempel på hur landstingen skulle kunna medverka till att andra än landstingsanställda får företagshälsovård.

6.6.5.5 Primärkommunerna och extern företagshälsovård

I avsnitt 6.6.4 har utredningen pekat på de allmänna skäl som kan finnas för dem som redan etablerat företagshälsovård att utvidga denna. Många primärkommuner har byggt upp egen företagshälsovård, andra har i samverkan med privata företag, landsting eller Statshälsan byggt upp eller anslutit sig till blandad central. Oavsett om kommunen ensam kan besluta om verksamheten eller kan göra det tillsammans med andra bör kommunerna av de tidigare redovisade skälen kunna ha intresse av att verksamheten vidgas och därmed medverka i utbyggnaden av företagshälsovården för andra än kommunalt anställda (extern företagshälsovård). På många håll har kommunerna själva eller i samverkan med andra byggt upp relativt små företagshälsovårdsenheter som sålunda skulle kunna vidga underlaget. Ytterligare några kommuner har ännu inte byggt ut eller anslutit sig till företagshälsovård och kan därför bidra till att skapa underlag för en helt ny enhet i t ex samverkan med små företag.

Utredningen vill nu vidga perspektivet och belysa möjligheter och begränsningar vid primärkommunernas eventuella engagemang i (uppbyggnad av) extern företagshälsovård. Därvid kan det inledningsvis finnas anledning att se frågan ur kommunalrättslig synvinkel. Medger den kommunala kompetensen att primärkommunerna engagerar sig i extern företagshälsovård? På denna fråga kan man i princip svara ja, även om det inte genom rättsfall konkret prövats om det ligger inom den primärkommunala kompetensen att bygga upp, driva eller sälja företagshälsovård avsedd för andra än kommunalt anställda.

Ett primärkommunalt engagemang skulle kunna hänföras till den vedertagna uppgiften för kommuner och landstingskommuner att allmänt främja näringslivet.

Följande utdrag ur betänkandet Kommunerna och näringslivet (SOU 1982:20) torde i stort spegla synen på kommunernas roll som näringslivsfrämjare och torde också kunna ge stöd åt tolkningen att extern företagshälsovård kan ligga inom den primärkommunala kompetensen:

> I motiven till 1948 års kompetensreform framhölls att det fick anses höra till kommunernas befogenhet att allmänt främja näringslivets utveckling inom kommunen. Som exempel på sådan befogenhet nämndes att ställa i ordning byggklara industriområden med trafikleder, stickspår, vatten och avlopp m m samt att anskaffa och ställa i ordning särskilda byggnader, där ett flertal verkstäder för hantverk och småindustri kunde inrymmas. Sådana och därmed jämförliga åtgärder ansågs på grund av sin allmänna natur falla inom kommunernas kompetensområde. De var visserligen ofta ägnade att minska driftkostnaderna för vederbörande rörelseidkare men de hade inte karaktären av individuella förmåner.
>
> Rättspraxis har ytterligare exemplifierat och nyanserat dessa befogenheter.
>
> .....

Det är mindre vanligt med rättsfall som ger någon verklig föreställning om vad som innefattas i allmänt näringsfrämjande åtgärder. En positiv antydan om vad det handlar om får man dock av fallet R 1972 C 158, där det ansågs kompetensenligt för kommunen att teckna aktier i ett bolag, som enligt bolagsordningen bl a hade att bedriva företagsplanering i kommunen och biträda företagarna med råd och anvisningar samt i övrigt verka för en sund utveckling av industri och hantverk i kommunen. – Ett annat exempel har man i fallet R 1974 A 1712, där kommunen ansågs oförhindrad att anslå 8 000 kr till juniorhandelskammaren i kommunen som bidrag till kostnader för en undersökning av de mindre företagen i kommunen för att kartlägga deras allmänna situation, deras behov av service och deras framtidsplaner. I fallet R 1978 Ab 486 hade kommunen beslutat att lämna länets företagareförening ett bidrag med 20 000 kr till en kampanj, avsedd att stimulera till företagsbildning inom den bygd till vilken kommunen hörde. Regeringsrätten förklarade det klandrade beslutet kompetensenligt under hänvisning till att kommunerna har befogenhet att allmänt främja näringslivets utveckling inom kommunen.

Företagshälsovårdsutredningen vill inte föreslå någon skyldighet för primärkommunerna att engagera sig i extern företagshälsovård. Däremot bedömer utredningen det som ytterst värdefullt att primärkommunerna prövar om de kan medverka till att t ex små företag får tillgång till företagshälsovård. Ett kommunalt engagemang med det syftet skulle kunna vara en mycket konkret tillämpning av ett kommunalt näringslivsintresse. Frånsett detta intresse kan även allmänpolitiska skäl tala för ett primärkommunalt engagemang mot bakgrund av näraliggande primärkommunala åtaganden avseende t ex hälso- och miljövård och socialvård.

6.6.5.6 Exempel på tänkbart kommunalt engagemang vid utbyggnad av företagshälsovården

6.6.5.6.1 Kriterier på extern kommunal företagshälsovård

Utredningen kan se en rad olika möjligheter till kommunalt engagemang i extern företagshälsovård. Några exempel skall därför redovisas. Avsikten med redovisningen är inte att låsa fast primärkommunernas och landstingens agerande vid de nämnda exemplen utan bara att visa på några tänkbara handlingslinjer och ge kommentarer i anslutning till exemplen. I de avseenden som beskrivs i detta och följande avsnitt är förhållandena i primär- och landstingskommuner lika. Därför görs ingen åtskillnad mellan primär- och landstingskommuner i texten.

Den kommunala beslutsfunktionen är reglerad i kommunallagen. Det är inte möjligt att överlåta beslutanderätten i kommunala frågor till någon annan än de politiskt valda organen respektive till kommunala tjänstemän genom delegation i vissa fall. I försöksverksamhet med landstingsdriven extern företagshälsovård inom ramen för det s k FÖLA-projektet har, liksom i andra sammanhang, framhållits svårigheten att kombinera extern kommunal företagshälsovård med det inflytande på verksamheten som nyttjarna förutsätts ha enligt arbetsmiljöavtal och riktlinjer för företagshälsovård.

När utredningen pekar på exempel på kommunalt engagemang i extern företagshälsovård går utredningen också in på nyttjarnas möjligheter att påverka den externa företagshälsovården. Utredningen söker därvid att

ställa inflytandefrågan för små företag i relation till deras inflytande på verksamheten i en företagshälsovårdscentral som bildas och drivs av nyttjarna. Det är utredningens uppfattning att det är partsinflytandet på verksamheten, inte enskilda företags inflytande, som måste säkras i extern kommunal företagshälsovård.

Utredningen har i kapitel 5 redovisat sin syn på innehållet i företagshälsovården. Utredningen har inte anledning att föreslå att andra kriterier skall gälla för kommunal extern företagshälsovård. Planering och uppbyggnad av sådan företagshälsovård bör ske i samarbete med de arbetsmarknadsparter som representerar de kommande nyttjarna. Det är väsentligt ur innehållssynpunkt men också för att avväga landstingens och primärkommunernas utbud av extern företagshälsovård mot den företagshälsovård som byggs upp av parterna eller blir tillgänglig genom utvidgning av befintliga centraler. Utredningen återkommer till samverkans- och samordningsfrågorna i avsnitt 6.6.9.

Med hänsyn till att det ibland förekommit landstingsdriven extern företagshälsovård som skötts av personal som saknat utbildning för området, t ex distriktsläkare, vill utredningen markera sin inställning att all företagshälsovård snarast möjligt måste drivas med personal som är utbildad för uppgiften. Utredningen är väl medveten om den bristsituation som rått under ett antal år.

Mot bakgrund av utredningens ställningstaganden ställs följande kriterier upp för extern kommunal företagshälsovård.

- Opartisk, rådgivande expertfunktion.
- Medicinskt och tekniskt samt psykiskt och socialt förebyggande med arbetsmiljön som utgångspunkt.
- Drivs med personal som är utbildad för uppgiften.
- Integrering i eller annan samordning med det lokala arbetarskyddet.
- Partsinflytande på verksamheten.
- En sammanhållen resurs sedd från nyttjarnas sida.
- Partsmedverkan vid planering och etablering (i de fall det avser uppbyggnad eller utökning av verksamheten).

6.6.5.6.2 Anslutning av företag till inbyggd kommunal företagshälsovårdsenhet

Stora kommuner har,liksom stora företag, i många fall valt att ha inbyggd företagshälsovård för enbart de egna anställda. Skulle kommunen med bibehållen inbyggd företagshälsovård vilja ge små privata företag möjlighet att ansluta sig till den kommunala företagshälsovården kan detta ske genom att kommunen till självkostnadspris säljer företagshälsovård till ett eller flera företag. Företagen kan sluta sig samman i förening, stiftelse eller annan organisatorisk form som samarbetspartner till kommunen. Mellan kommunen och företagen upprättas sedan avtal om anslutning av företag och service från kommunens företagshälsovård. Därvid regleras bl a innehållet i den externa företagshälsovården. Det kan då anges att den skall uppfylla intentionerna i arbetsmiljöavtalet mellan SAF, LO och PTK och de riktlinjer om företagshälsovård som är knutna till det avtalet. Det kan också vara praktiskt att i avtalet ange ungefärlig omfattning i timmar per månad eller år

som kommunens företagshälsovård skall ge service till de små företagen.

I en renodlat kommunal företagshälsovård, liksom i en företagshälsovård inbyggd i ett företag, är det arbetsgivare och arbetstagare i kommunen/ företaget som via partsorgan för arbetsmiljöfrågor har inflytande på verksamhetens inriktning. Ett samarbetsavtal mellan kommunen och externa intressenter kan emellertid utformas så att de externa intressenterna påverkar "sin del" av verksamheten. I större kommuner skulle man kunna pröva möjligheten att organisera den externa företagshälsovården som "småföretagssektion" inom den kommunala företagshälsovården och att ha en särskild företagshälsovårdskommitté för de externa intressenterna. Det kan emellertid inte bli fråga om att denna kommitté ensidigt beslutar om t ex utökad verksamhet eller nyanställning av personal. Det yttersta ansvaret i den delen måste alltid ligga hos kommunen som har ekonomiskt ansvar för de resurser som byggs upp respektive arbetsgivaransvar för den anställda personalen. Den särskilda företagshälsovårdskommittén bör emellertid kunna fungera som organ för samråd med kommunen i syfte att kommunen skall kunna ge den service som man träffat avtal om med de externa intressenterna. Genom ett samarbetsavtal torde små företag de facto kunna få lika stort inflytande på företagshälsovården som om de istället gått in i en företagshälsovårdscentral som drivs i bolagsform och som omfattar många intressenter.

Det har ibland framhållits att extern kommunal företagshälsovård inte skulle ge de externa intressenterna möjlighet att påverka valet av företagsläkare, skyddsingenjör och andra befattningshavare i företagshälsovården. Självfallet kan små företag inte träda i kommunens ställe när det gäller att utse innehavare till en ledig tjänst. Men de små företagen skulle via den särskilda företagshälsovårdskommittén kunna föra fram sitt förslag till kandidat för beaktande vid tillsättningen. Också här kan man räkna med att de små företagens inflytande de facto blir lika stort som om det skulle utövas i en företagshälsovårdsenhet i bolagsform. För de små företagen är kanske den viktigaste frågan när det gäller personal att i samverkansavtalet få en överenskommelse om att endast personal med företagshälsovårdsutbildning, eller som är beredd att gå igenom sådan, anställs och anlitas för den externa verksamheten.

All samverkan av det slag som nu beskrivits måste bygga på ömsesidigt förtroende. I kommuner finns full insyn och demokratiskt inflytande på verksamheten. Enligt kommunallagen får kommunal verksamhet inte drivas i vinstgivande syfte. Enligt utredningens uppfattning skulle detta, jämte möjligheterna till tvärfackligt samarbete mellan arbetstagarparterna i kommunen och arbetstagarnas företrädare i de små företagen, kunna vara en garanti för att kommunernas externa företagshälsovård skulle kunna bli ett godtagbart alternativ för små företag.

6.6.5.6.3 Anslutning av företag till kommunal företagshälsovård som drivs i form av aktiebolag

Driver kommunen företagshälsovård i bolagsform regleras verksamheten inte av kommunallagen utan av aktiebolagslagen. I detta fall kan kommunen erbjuda små företag att gå in i verksamheten på samma villkor som i en

blandad företagshälsovårdscentral.

Kommuner som redan har inbyggd företagshälsovård kan normalt knappast förväntas övergå till att bedriva den i bolagsform, såvida inte de externa intressenterna antalsmässigt motsvarar minst kommunens egna anställda. Skälet är främst att kommunerna som arbetsgivare politiskt får mindre inflytande i ett bolag än i en rent kommunal verksamhet samtidigt som den offentliga insynen är mindre i ett bolag. Ett annat skäl som redovisats är att företagshälsovård i bolagsform tenderar att bli dyrare än den företagshälsovård som kommunerna driver på annat sätt.

Kommuner, i första hand primärkommuner, som ännu inte ordnat sin egen företagshälsovård, och som inte har tillräckligt underlag för egen företagshälsovård, kan ha intresse att gå samman med små företag i blandad central.

I avsnitt 6.6.5.6.7 tar utredningen upp frågan om aktiebolag för enbart extern kommunal företagshälsovård.

6.6.5.6.4 Kommunen säljer resurser till en småföretagscentral

Småföretagen skulle i samverkan kunna bygga upp en företagshälsovårdscentral med egna lokaler och kanske även viss egen personal. I övrigt skulle centralen kunna köpa resurser från kommunens företagshälsovård. Omvänt skulle småföretagen kunna ha egen personal men hyra lokaler av kommunen, eventuellt genom samlokalisering med kommunens företagshälsovård, vårdcentral, yrkesmedicinsk klinik eller annan kommunal enhet.

Den skisserade modellen skulle kunna vara ett alternativ i glesbygd eller där företagen av annan anledning är utspridda geografiskt. Svagheten i den kan ligga i att arbetsgivaransvaret för företagshälsovårdspersonalen ofta uppfattas som oklart vid kommunens försäljning av tjänster.

6.6.5.6.5 Kommunen bygger upp en "småföretagscentral" som efter uppbyggnad och start överlåts till småföretagen

Själva uppbyggnaden av en företagshälsovårdscentral kan vara en praktiskt och ekonomiskt mycket svår uppgift när det gäller många små företag. De centraler som hittills byggts upp har i allmänhet haft minst en stor arbetsgivare, det kan vara privat företag eller kommun, bland initiativtagarna. Stora arbetsgivare har ofta i uppbyggnadsskedet tagit ett extra ansvar praktiskt och ekonomiskt.

I de fall helt nya centraler behöver skapas för småföretagens behov skulle kommunen kunna underlätta uppbyggnaden genom att bygga upp en "småföretagscentral" som i färdigt skick överlåts till de små företagen.

En central av det slaget skulle kunna integreras lokalmässigt med kommunens egen företagshälsovård. Hyresavtal liksom avtal om eventuell annan samverkan skulle då behöva slutas.

6.6.5.6.6 Administrativt och annat stöd vid uppbyggnad av småföretagscentral

Kommunen skulle kunna inventera tänkbara intressenter för en småföretagscentral, en ofta tung och tidskrävande uppgift. Även annan typ av stöd till

parterna vid etablering av företagshälsovård skulle troligen kunna komma ifråga, t ex informationsinsatser av olika slag. Tänkbart vore också att kommunens egen företagshälsovård medverkade med råd vid planering av småföretagscentral.

En annan typ av stöd som skulle kunna prövas är kommunalt lån eller borgen vid uppbyggnad av småföretagscentral. Lån eller borgen skulle då beviljas småföretag som i förening eller på annat sätt slutit sig samman i syfte att etablera företagshälsovård.

Det bör i princip vara möjligt för kommunerna att ge lån eller borgen i det aktuella fallet om tillräcklig säkerhet finns. Viss restriktivitet allmänt sett ifråga om borgen är dock att vänta från kommunerna. Skälet är att kommunernas borgensåtaganden tenderar att i ökad utsträckning leda till ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

6.6.5.6.7 Länsbolag och länscentral för företagshälsovård

Som utredningen tidigare poängterat är det angeläget att man i varje region tillgodoser behovet av företagshälsovård med beaktande av de förutsättningar och behov som finns inom just den regionen. Organisatoriska lösningar som blir aktuella i Stockholms län med hög befolkningskoncentration på en geografiskt begränsad yta går troligen inte att tillämpa i Norrlands-länen med glesbygdskaraktär. Utredningen vill emellertid peka på en väg för landstingen att engagera sig i extern företagshälsovård i nära samverkan med arbetsmarknadens parter regionalt och med möjlighet att organisatoriskt finna flexibla lösningar. Landstingen skulle tillsammans med arbetsmarknadens parter länsvis kunna bilda bolag, s k länsbolag för företagshälsovård. Bolagets uppgift skulle vara att etablera och driva företagshälsovård för sådana som inte på annat sätt kan få tillgång till företagshälsovård. Verksamheten skulle kunna byggas upp och styras på samma sätt som om det gällde företagshälsovård i en central i bolagsform, d v s ha styrelse och företagshälsovårdskommitté.

Man kan överväga att inordna all landstingsdriven extern företagshälsovård i bolaget för att ge bästa möjliga underlag för verksamheten. Bolaget skulle sträva efter att erbjuda företagshälsovård i sådana former att företag, oavsett storlek och belägenhet geografiskt, skulle kunna ansluta sig. Landstingens resurser i form av vårdcentraler med lokaler och utrustning liksom andra landstingsägda lokaler och yrkesmedicinska läns- och regionkliniker med personal, utrustning, laboratorier och lokaler skulle självfallet kunna vara väsentliga komponenter i uppbyggnaden av en länsomfattande företagshälsovård med medverkan från landstingen. Personalen i länscentralen förutsätts vara anställd av bolaget med möjlighet för bolaget att komplettera verksamheten med resurser som landstinget säljer genom avtal.

Skulle verksamheten bli av stor omfattning kan lokalstyrelser övervägas liksom lokala företagshälsovårdskommittéer avseende verksamheten i en eller några kommuner. Länscentralen får antas behöva byggas upp med såväl fasta lokala enheter som central enhet och mobila resurser i de fall verksamheten blir av någorlunda omfattning. Samlokalisering och samarbete med yrkesmedicinsk länsklinik bör övervägas för den centrala enheten.

6.6.6 Statshälsan och företagshälsovård för andra än statligt anställda

Utredningen har sett stiftelsen Statshälsan som en betydelsefull resurs när det gäller att etablera företagshälsovård för små företag. Anledningen är att staten som arbetsgivare har inflytande på de resurser som byggs upp i Statshälsan. Statens allmänintresse att främja utbyggnaden av företagshälsovården skulle sålunda kunna kanaliseras via denna roll i Statshälsan. En annan anledning är att Statshälsan just nu befinner sig i en dynamisk etableringsfas med centraler under utbyggnad eller planering. Därmed torde det vara rätt tidpunkt för stiftelsen att överväga eventuella insatser för att hjälpa små företag att få tillgång till företagshälsovård. Utredningen har därför vänt sig till Statshälsan och efterhört Statshälsans intresse att medverka till att andra än statligt anställda får tillgång till företagshälsovård. Utredningen har därvid mött en positiv inställning. Dagsläget och framtidsplanerna för Statshälsans verksamhet samt policyn när det gäller företagshälsovård för andra än statligt anställda har Statshälsan redovisat på följande sätt.

Våren 1983 har Statshälsan 73 egna företagshälsovårdscentraler. Dessutom finns 27 centraler som byggts upp för företagshälsovård i affärsdrivande verk. Statshälsan skall successivt inordna dessa i sin organisation. Slutmålet för Statshälsan är att 1987, då utbyggnaden av den statliga företagshälsovården beräknas vara klar, ha c 120 företagshälsovårdscentraler i egen regi.

På orter där antalet statsanställda ger ett underlag på 2 000-2 500 personer etablerar Statshälsan egna centraler. I övrigt samarbetar Statshälsan med andra intressenter och försöker ansluta statsanställda till befintliga centraler. Samverkan eftersträvas främst med kommuner och landsting. Om inte möjligheter finns för samverkan med kommuner och landsting söks samverkan med centraler med blandat kommunalt och privat huvudmannaskap eller, i tredje hand, med centraler med rent privat huvudmannaskap (förening eller bolag). Anledningen till den fastställda prioriteringsordningen är avtalsmässig, d v s samverkan eftersträvas främst med organisationer inom näraliggande avtalsområde.

Enligt stadgarna för Statshälsan skall styrelsen "söka sådant samband med parterna på den övriga arbetsmarknaden, att fördelningen och utnyttjandet av de tillgängliga resurserna för företagshälsovård sker på ändamålsenligt sätt". Styrelsen skall vidare pröva behovet och formerna för anslutningen av statsanställda till företagshälsovård med annan huvudman och "där det är lämpligt" erbjuda anslutning till Statshälsan av icke-statliga arbetstagare. I första hand skall sådan anslutning erbjudas arbetstagare med statligt reglerade löne- och anställningsvillkor.

Statshälsans samverkan med andra intressenter i utbyggnaden av företagshälsovården har hittills främst skett genom anslutning av statsanställda till företagshälsovårdscentraler. Anslutning har gjorts i 77 fall och avser c 30 000 statsanställda. I fullt utbyggt skede beräknas anslutning ha skett till c 100 centraler med c 50 000 statsanställda.

Styrelsen i Statshälsan har som regel att inte undandra ett statligt underlag vid etablering av en kommunal, landstingskommunal eller privat central om underlaget behövs för att centralen skall kunna etableras. Detta gäller även i

fall då de statligt anställda skulle kunna betjänas av en näraliggande central inom Statshälsan.

Hittills har c 8 000 personer som inte är statligt anställda anslutits till Statshälsans centraler efter särskilda avtal. Det gäller främst anställda vid allmänna försäkringskassor, kommunalt anställda på någon ort samt anställda vid olika statliga bolag och stiftelser. Förhandlingar om anslutning förs med ett antal kommuner och bolag.

Statshälsan är allmänt sett positivt inställd till en fortsatt samverkan med andra intressenter för att bereda andra än statligt anställda tillgång till företagshälsovård. De redan genomförda och planerade anslutningarna, både av statsanställda till externa centraler och vice versa, är ett uttryck för denna linje. Statshälsan kommer även fortsättningsvis att verka för ett sådant samarbete. Samverkan bör enligt Statshälsan kunna etableras efter förhandlingar i varje enskilt fall.

6.6.7 Reglerna för samhällets ekonomiska stöd till företagshälsovården måste ändras

6.6.7.1 Lagreglering m m av samhällets ersättning för kostnader vid företagshälsovård

Bestämmelser om ersättning från sjukförsäkringen till arbetsgivare som anordnar läkarvård eller vidtar andra sjukvårdande åtgärder togs in i lagen (1947:1) om allmän sjukförsäkring (SFL) i den lydelse lagen fick 1953 efter förslag av socialförsäkringsutredningen i betänkandet (SOU 1952:39) Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring. I detta betänkande föreslogs bl a samordning mellan sjukförsäkringen och yrkesskadeförsäkringen. Utredningen anförde att det gjorts gällande att denna samordning skulle kunna verka avtrubbande på arbetsgivarnas intresse att vidta olycksfallsförebyggande åtgärder och åtgärder för att förkorta sjukskrivningstiderna, beroende på att arbetsgivarnas avgifter vid samordningen inte kunde varieras på sätt tidigare skedde. I detta sammanhang erinrade utredningen om att det på vissa håll inom industrin knutits läkare och annan sjukvårdspersonal till företagen. Genom att de anställda på detta sätt snabbt fick tillgång till vård kunde man förmoda att sjukskrivningar i åtskilliga fall skulle kunna undvikas och sjukskrivningstiderna förkortas. Av betydelse var därvid inte minst att företagsläkarna genom sin kontakt med arbetsledningen kunde medverka till att de vårdsökande bereddes lämpliga sysselsättningar under konvalescens. I syfte att främja arbetsgivarnas intresse att anordna läkarvård eller annan sjukvård för de anställda föreslog utredningen, att allmän sjukkassa skulle få möjlighet att efter överenskommelse med arbetsgivare lämna skälig gottgörelse för sådan vård, om den kunde antas minska kassornas utgifter för sjukvårdsförsäkringen. För att enhetlighet skulle uppnås i överenskommelser av detta slag borde de fastställas av tillsynsmyndigheten.

Den föreslagna bestämmelsen om gottgörelse till arbetsgivare togs in i 19 § andra stycket SFL (fr o m 1963 finns en motsvarande regel i 2 kap 7 § andra stycket (fr o m 1982 första stycket) lagen om allmän försäkring (AFL)). Lagrummet fick följande lydelse:

Allmän sjukkassa 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.

I propositionen till SFL (1946:312) hade departementschefen framhållit att frågan om en utökning av sjukförsäkringens hjälpformer, bl a med hälsovårdande åtgärder, borde tas upp till prövning först sedan någon erfarenhet vunnits av lagens verkningar. Med hänsyn härtill gick socialförsäkringsutredningen inte närmare in på frågan om ersättning för hälsovård, men den underströk angelägenheten av att frågan om den förebyggande vårdens ställning inom sjukförsäkringen prövades så snart som möjligt efter det att lagen trätt i kraft. I propositionen 1953:178 med förslag till ändringar i sjukförsäkringslagstiftningen uttalade föredragande departementschefen att det inte vore möjligt att utan en ingående undersökning ålägga sjukförsäkringen uppgifter på det sjukdomsförebyggande området och förklarade att en utredning i ämnet borde komma till stånd sedan den nya försäkringen vunnit en viss stadga.

I en PM i oktober 1954 avseende tillämpningen av 19:2 SFL framhöll dåvarande riksförsäkringsanstalten att gottgörelse till arbetsgivare skulle avse vård eller behandling som lämnades vid sjukdom. Kostnader för hälsovårdande åtgärder kunde inte beaktas. SAF hemställde emellertid om vissa ändringar i anvisningarna. Framställningen samt riksförsäkringsanstaltens yttrande över den överlämnades i april 1955 till den samma år tillsatta utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning.

Inom utredningen upprättades 1955 en PM om gottgörelse till arbetsgivare för sjukvårdande åtgärder. I denna framhölls att det var uppenbart att sjukkassorna till följd av företagens sjukvårdande liksom även hälsovårdande verksamhet måste förutsättas göra besparingar inte enbart på sjukvårdssidan utan framför allt på sjukpenningsidan. Eftersom det således var av intresse för sjukförsäkringen att stimulera sådan verksamhet, ansåg utredningen det motiverat att gottgörelse till arbetsgivare kunde ges mindre restriktivt än vad då gällande anvisningar tillät. En gynnsammare tolkning av lagbestämmelsen i 19:2 SFL var enligt utredningen väl förenlig med uttalanden i förarbetena och kunde därför åstadkommas utan lagändring. I anslutning till vad utredningen anfört föreslogs ändrade riktlinjer för tillämpningen av bestämmelsen i 19:2 SFL.

I brev den 2 december 1955 utfärdade Kungl Maj:t föreskrifter om tillämpningen av lagstadgandet i 19:2 SFL enligt de riktlinjer utredningen förordat. Enligt dessa föreskrifter får kassa vid träffande av överenskommelse med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtar andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kan antas minska, förbinda sig att gottgöra arbetsgivaren med högst hälften av nettokostnaden för sådana åtgärder. Har arbetsgivaren vidtagit även åtgärder av hälsovårdande natur, får gottgörelsen bestämmas till högst hälften av de sammanlagda nettokostnaderna för sjuk- och hälsovårdande åtgärder, om minst hälften av dessa kostnader kan antas belöpa på de sjukvårdande åtgärderna. Understiger nettokostnaden för sistnämnda åtgär-

der hälften av de sammanlagda nettokostnaderna, skall gottgörelsen jämkas nedåt i minst motsvarande mån. Vid bedömningen av arbetsgivarens nettokstnader skall gälla, att kostnader för vilka arbetsgivaren skall svara enligt arbetarskyddslagstiftningen inte får medräknas och att övriga kostnader inte får beräknas till högre belopp än som kan anses skäligt. Slutligen framhålls i brevet att vad utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning anfört i PM:n 1955 angående tillämpningen av 19:2 SFL skall beaktas när överenskommelser träffas mellan sjukkassa och arbetsgivare.

Sedan detta kungl brev utfärdades 1955 meddelades inga föreskrifter om ersättning för företagshälsovård förrän regeringen i februari 1975 på hemställan av SAF, LO och TCO samt Kooperationens förhandlingsorganisation och efter att ha inhämtat riksförsäringsverkets yttrande förordnade att ersättning för vissa undersökningar och resor i samband med vård hos företagsläkare skall utgå enligt samma regler som fr o m 1975 gäller i samband med privatläkarvård.

6.6.7.2 Anvisningar och föreskrifter

Med ledning av det kungliga brevet 1955 och utredningspromemorian från samma år utfärdade riksförsäkringsanstalten 1956 anvisningar för kassornas handläggning av ärenden som rörde gottgörelse för, som det då gällde, industrisjukvård.

Det är fortfarande 1955 års brev som är styrande för tillämpningen av reglerna i 2 kap 7 § första stycket av lagen (1962:381) om allmän försäkring när det gäller samhällets ersättning till den som anordnar företagshälsovård.

Riksförsäkringsverkets nu gällande föreskrifter om ersättningen återfinns i riksförsäkringsverkets författningssamling (RFFS) 1977:29 med ändring (i sak) 1981:31.

Föreskrifterna anger, att ersättning kan utgå till arbetsgivare eller sammanslutning av arbetsgivare som anordnar företagshälsovård.

§ 2 i kungörelsen har följande lydelse:

Med sjukvårdande åtgärder jämställes i denna kungörelse rehabiliteringsåtgärder som utföres av läkare eller annan sjukvårdspersonal. Med hälsovårdande åtgärder avses i denna kungörelse förebyggande medicinska åtgärder som vidtages av läkare och annan sjukvårdspersonal. Med hälsovårdande åtgärder jämställes därvid läkares eller annan sjukvårdspersonals medverkan i tekniskt arbetarskydd, arbetshygien och ergonomi/bioteknologi.

Försäkringskassan skall räkna fram ersättningsunderlaget. I detta får enligt föreskrifterna ingå följande kostnadsslag:

1. Ersättning till läkare.
   Lön eller prestationsersättning till ordinarie läkare och – vid längre tids vikariat – läkarvikarie beräknas i förhållande till läkarens arbetstid per vecka. Ersättning till läkare beräknas till 5 325 kronor per veckoarbetstimme och år vid beräkning av gottgörelse för år 1982 och tills vidare. Understiger den ersättning som faktiskt utgivits till läkaren detta belopp upptages i stället den faktiska ersättningen.
2. Kostnader för lön eller prestationsersättning till annan personal än läkare.
3. Lönebikostnader för ordinarie personal och vikarier.

Kostnaderna får ingå i ersättningsunderlaget beräknade efter den procentsats som de faktiska lönebikostnaderna utgör av den faktiska lönen eller ersättningen, dock med högst 43 procent för läkare och högst 41 procent för annan personal än läkare. Procentsatserna skall tillämpas på lön eller ersättning enligt 1 respektive 2.

4. Lokalkostnader.
5. Städningskostnader.
6. Inventariekostnader.

   Kostnaderna beräknas till 10 procent av det sammanlagda anskaffningsvärdet av under de tio senaste åren inköpta inventarier, avsedda för den företagshälsovård som avses i 1 §. Även kostnader för under året utförda reparationer och underhåll av dessa inventarier får ingå i ersättningsunderlaget.
7. Kostnader för förbands- och förbrukningsmateriel.
8. Kostnader för externa undersökningar med undantag för kostnader för läkarundersökning som utföres utanför företagshälsovården av privatpraktiserande läkare som ej är ansluten till den allmänna försäkringen.
9. Kostnader för anställdas patientavgifter vid besök i anledning av remisser från företagsläkare till läkare vid mottagning hos offentlig sjukvårdshuvudman, röntgenmottagning eller laboratorium, som drivs av offentlig sjukvårdshuvudman, eller privat röntgenmottagning eller laboratorium, som har driftavtal med offentlig sjukvårdshuvudman.
10. Andra kostnader som är erforderliga för företagshälsovårdens bedrivande.

I ersättningsunderlaget ingår ej beräknad ränta på i företagshälsovårdsverksamheten nedlagt eget kapital.

De avslutade paragraferna i kungörelsen har följande lydelse:

§ 7 Kostnader för åtgärder som obligatoriskt åligger arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagstiftning eller annan lagstiftning får ej inräknas i ersättningsunderlaget. Kostnader som hänför sig till undersökning av asbestexponerad personal får dock inräknas däri.

§ 8 Intäkter av företagshälsovården avdrages från kostnaderna vid bestämmande av ersättningsunderlaget. Bedriver läkare eller sjukgymnast privatpraktik varvid företagshälsovårdens resurser tages i anspråk avdrages från kostnaderna skäligt belopp vid bestämmande av ersättningsunderlaget, dock högst arbetsgivarens faktiska intäkt.

§ 9 Efter utgången av varje kvartal är arbetsgivaren berättigad att, i avräkning på honom tillkommande slutlig gottgörelse, erhålla en fjärdedel av det belopp som genom slutavräkning fastställs för föregående år. Även om slutavräkning inte fastställts för föregående år är arbetsgivare, som före den 1 april till försäkringskassan inkommer med uppgift om sina kostnader för under föregående år anordnad företagshälsovård, berättigad till avräkning på gottgörelse enligt första stycket, dock högst med samma avräkningsbelopp per kvartal som under föregående år. Som villkor för avräkning enligt detta stycke gäller att verksamheten ej minskat i nämnvärd omfattning i jämförelse med föregående år.

Har arbetsgivaren bedrivit verksamhet endast under en del av ett kalenderår bestäms avräkningsbeloppet enligt första stycket till en femtedel av det belopp, som skulle ha utgått om verksamheten bedrivits hela året.

Det finns anledning påpeka, att arbetsgivare som sätter igång företagshälsovård får ersättning för sina kostnader först året efter det att verksamheten börjat. D v s om man sätter igång med en central den 1 januari 1983 kan ersättning utgå tidigast den 1 april 1984. Vid det tillfället, och ofta dröjer det

betydligt längre innan ersättning betalas ut, kan vederbörande arbetsgivare få ersättning för 1983 års kostnader.

6.6.7.3 Ersättningens utveckling

Någorlunda tillförlitlig statistik över utvecklingen av ersättningen för företagshälsovård finns att tillgå fr o m ersättningsåret 1970. I tabell 6.11 redovisas utvecklingen fr o m 1970 t o m 1980 enligt de uppgifter som går att få från riksförsäkringsverket. I tabellen anges det antal avtal mellan arbetsgivare och försäkringskassa/riksförsäkringsverket som ersättningen gäller. Antal anställda avser antal personer oavsett sysselsättningsgrad. Fr o m ersättningsåret 1977 finns uppgifter om antal registrerade besök hos företagsläkare, företagssköterska och företagssjukgymnast. Därmed finns möjlighet att ange ersättningens storlek per besök. Detta kan i och för sig vara tveksamt att göra, men eftersom riksförsäkringsverket fäster visst avseende vid denna relation redovisas uppgifterna i tabellen.

Enligt riksförsäkringsverkets bedömningar avser ersättningen till c 75 procent kostnader för löner och sociala avgifter.

Det går för dagen inte att få fram uppgifter om ersättningens storlek efter 1980, eftersom det finns en stor eftersläpning i utbetalningen av ersättningen. På samma sätt är uppgifterna för 1980 preliminära i avvaktan på att ersättningen för det året slutregleras. Riksförsäkringsverket bedömer dock antalet avtal som återstår att reglera för 1980 som relativt få.

Även om den genomsnittliga ersättningen per anställd 1980 ligger på 142 kronor måste man komma ihåg att stora variationer förekommer mellan företagshälsovårdsenheter. I somliga enheter förekommer av olika skäl, rekryteringsproblem m m, mycket liten läkarmedverkan. Ersättningen blir därmed mindre. Det finns få utbildade företagssjukgymnaster,vilket innebär att många enheter inte har den typen av tjänst. Lokalkostnaderna kan variera en hel del mellan enheterna. Statshälsan har fastställt sjukvårdsandelen till 30 procent. Lantbrukshälsan får sitt huvudsakliga stöd via prisregleringspengar för jordbruket. Ersättningen via sjukförsäkringen är marginell till Lantbrukshälsan.

Tabell 6.11 Utvecklingen 1970–1980 av ersättningen från den allmänna sjukförsäkringen till arbetsgivare för vissa kostnader vid företagshälsovård (2:7:1 AFL)

År ersättningen avser	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Antal avtal	262	315	354	390	424	493	567	593	624	645	653
Antal anst (1 000-tal)	663	832	916	1 105	1 205	1 401	1 582	1 691	1 836	1 984	2 034
Ersättning (milj kronor)	34	49	62	79	101	124	161	194	225	252	289
Ersättning/anställd (kronor)	51:-	59:-	68:-	71:-	81:-	88:-	102:-	115:-	123:-	127:-	142:-
Antal läkarbesök (1 000-tal)	–	–	–	–	–	–	–	1 233	1 209	1 186	1 195
Antal företagssköterske-besök (1 000-tal)	–	–	–	–	–	–	–	1 076	1 038	1 097	1 114
Antal sjukgymnastiska behandlingar (1 000-tal)	–	–	–	–	–	–	–	193	208	239	251
Ersättning/besök[a] (kronor)	–	–	–	–	–	–	–	104:-	124:-	135:-	154:-

[a] Två besök hos företagssköterska resp två sjukgymnastiska behandlingar har beräknats motsvara ett läkarbesök.

Företagshälsovårdsenheter som driver verksamheten med en läkare per 2 000-2 500 anställda, har normal företagssköterskebemanning och företagssjukgymnast knuten till enheten har, enligt de uppgifter man kan få från fältet, ersättning på omkring 200 kronor per ansluten i 1980 års penningvärde. En mycket grov skattning tyder på att denna ersättning motsvarar knappt en tredjedel av nettokostnaden för företagshälsovården per ansluten i den typen av enheter.

6.6.7.4 Förslag om ändrade ersättningsregler

1972 fick riksförsäkringsverket och socialstyrelsen Kungl Maj:ts uppdrag att göra översyn av bl a ersättningen från sjukförsäkringen för företagshälsovård. Verken lade fram sina förslag i betänkandet (Ds S 1977:3) Sjukförsäkringens ersättningsregler vid företagshälsovård. De viktigaste förslagen och motiveringarna kan sammanfattas i följande citat:

> Verken föreslår att ersättning från den allmänna försäkringen i fortsättningen skall kunna utges direkt för hälsovård, d v s förebyggande medicinska åtgärder, på samma villkor som för sjukvården inom företagshälsovården. Förslaget innebär att den s k 50 %-spärren upphävs och att ersättning i princip skall kunna utges utan begränsning med belopp motsvarande hälften av såväl hälsovårds- som sjukvårdskostnaderna.
>
> Förslaget syftar till att underlätta en utveckling av den förebyggande och miljöinriktade vården inom företagshälsovården, som numera är att betrakta som den centrala funktionen i verksamheten. Det bedöms dock vara angeläget att de hälsoundersökningar som ingår i den förebyggande verksamheten, och som enligt förslaget utan begränsning skall räknas med i underlaget för försäkringens ersättning, i högre grad än vad som för närvarande synes vara fallet inriktas på yrkesrisker och faktorer i arbetsmiljön.
>
> Verken föreslår vidare att kostnader för sådan medicinsk verksamhet som arbetsgivarna i enlighet med arbetarskyddslagstiftningen är skyldiga att ombesörja skall få inräknas i underlaget för ersättning från den allmänna försäkringen... Förslaget... sammanhänger med vad som ovan sagts om att den miljöinriktade förebyggande verksamheten bör stimuleras.
>
> I fråga om innehållet i den ersättningsberättigade vården föreslår verken slutligen att den vård som meddelas inom ramen för företagshälsovården i princip skall avse endast anställda. Kostnader för vård åt pensionärer och de anställdas anhöriga skall därför normalt inte få räknas in i gottgörelseunderlaget i nytillkommande överenskommelse.

Verken lade dessutom några förslag som avsåg schablonregler vid kostnadsberäkning respektive patientavgifter. De nya ersättningsreglerna föreslogs träda i kraft den 1 januari 1979 och tillämpas första gången vid ersättning som avsåg 1979.

Förslagen i betänkandet behandlades bl a i företagshälsovårdsutredningen i september 1977, när betänkandet var på remiss från socialdepartementet. Därvid tillstyrkte utredningen de båda verkens förslag med hänsyn till att inriktningen mot förebyggande åtgärder var ett steg i rätt riktning. Utredningen framhöll också betydelsen av att de nya reglerna började tilllämpas snarast möjligt.

Verkens förslag tillstyrktes i huvudsak även av andra remissinstanser.

Efter remissbehandlingen hösten 1977 har förslaget inte föranlett någon åtgärd från regeringshåll.

Under senare år har väckts ett antal riksdagsmotioner som syftar till generösare ersättning från den allmänna försäkringen till den som anordnar företagshälsovård. Förslagen har ofta gått i den riktning riksförsäkringsverket och socialstyrelsen föreslagit. Dessutom har vissa motionärer velat utsträcka ersättningen till att också avse "teknisk företagshälsovård". Ett annat förslag som förekommit har avsett att ersättning även skall utgå "då företagshälsovårdscentral drivs med enbart miljötekniker och sjuksköterska"; ersättning medges i allmänhet inte om enheten saknar läkare.

1978/79 avslog riksdagen två motioner om generösare ersättningsregler med hänvisning till att riksförsäkringsverkets och socialstyrelsens förslag "övervägs inom socialdepartementet", varför något ytterligare initiativ från riksdagens sida inte ansågs motiverat.

1979/80 förelåg ånyo motioner som syftade till vidgade ersättningsmöjligheter för företagshälsovård. Socialutskottet anförde i sitt betänkande i april 1980 (SoU 1979/80:36) följande:

> Företagshälsovårdens viktigaste uppgift måste anses vara att upptäcka och eliminera eller i vart fall begränsa alla förekommande hälsorisker i arbetsmiljön. Det är därför angeläget att ersättningsreglerna utformas så att företagshälsovårdens förebyggande inriktning förstärks . . .
>
> Enligt utskottets mening är det angeläget att frågan om ersättning från den allmänna försäkringen till företagshälsovården snabbt kommer till en lösning. Regeringen bör därför skyndsamt överväga möjligheterna att låta riksdagen ta ställning till ersättningsfrågan . . .

Riksdagen biföll utskottets förslag (rskr 1979/80:272).

Föreningen Teknisk Företagshälsovård (FTF) gjorde i augusti 1980 en framställning till regeringen med hemställan "att kommande ersättningsregler måtte utformas så att även insatser inom den tekniska delen av företagshälsovården skall vara ersättningsgrundande".

I skrivelsen anförde FTF bl a följande:

> Det kan enligt vår mening inte vara riktigt att för framtiden låsa möjligheten till ersättning från försäkringskassa till endast den medicinska delen inom företagshälsovården, eftersom man på goda grunder kan anta att det är den samlade insatsen inom företagshälsovården som minskar den allmänna försäkringens och samhällets utgifter för i arbetslivet uppkomna skador och ohälsa.
>
> FTF konstaterar att nuvarande ersättningsregler inte främjar en önskad omorientering av företagshälsovården mot en i första hand tekniskt och medicinskt skadeförebyggande verksamhet med den primära målsättningen att anpassa arbetsmiljön till den enskilde arbetstagaren.
>
> Utvecklingen går alldeles klart mot att det är tekniska och medicinska insatser tillsammans som förbättrar arbetsmiljön. En utveckling som behöver stimuleras och påskyndas för att uppnå största möjliga effekt av hela företagshälsovården.
>
> Det är därför angeläget att ersättninsreglerna utformas så att det är den förebyggande totala insatsen som sådan som är ersättningsgrundande utan bindning till viss personalkategori inom företagshälsovården.

Regeringen aviserade i 1982 års budgetproposition (1981/82:100, bilaga 8) sin avsikt att i en kommande proposition ta upp frågan om avveckling av sjukförsäkringens ersättning till arbetsgivare för vissa utgifter för företagshälsovård. Detta skapade stor oro hos parterna på arbetsmarknaden och hos

personalen i företagshälsovården. Arbetsmarknadens parter m fl protesterade skarpt mot förslaget. Företagshälsovårdsutredningen framförde till arbetsmarknadsministern utredningens uppfattning att en avveckling av ersättningen vore olycklig. Utredningen betonade samtidigt nödvändigheten av att reglerna för ersättningen sågs över i syfte att med ersättningen främja företagshälsovårdens inriktning mot förebyggande åtgärder.

I proposition 1981/82:144 om ändringar i sjukförsäkringslagen m m tog regeringen ånyo upp ersättningsfrågan. Därvid anförde föredragande statsrådet att reglerna för sjukförsäkringens ersättning bör ändras

för att dels uppnå de sparmål som regeringen har satt upp och dels komma till rätta med de olägenheter som är förenade med nuvarande ersättningsregler. Reglerna bör förenklas och stå i god samklang med företagshälsovårdens inriktning.

Efter kontakt bl a med representanter för arbetsmarknadens parter har jag kommit till slutsatsen att inte nu lägga fram förslag till ändrade ersättningsregler. Förslag till sådana ändringar kommer i stället att redovisas efter det att ytterligare utredningsarbete genomförts.

Regeringen anmälde i budgetpropositionen (1982/83:100, bilaga 12) sin avsikt att i särskild ordning se över formerna för och finansieringen av samhällets stöd till företagshälsovården. Översynen har under april 1983 inletts i en arbetsgrupp inom regeringskansliet i vilken också ingår företrädare för arbetsmarknadens parter. I direktiven till gruppen ges följande riktlinjer för arbetet:

Översynen bör syfta till att ta fram förslag till hur ett ersättningssystem som stimulerar en övergång till mer förebyggande verksamhet bör utformas. De särskilda problem som gäller företagshälsovården i mindre företag samt företag i glesbygd bör beaktas vid utformningen av förslaget liksom frågan om behovet att avsätta relativt sett större resurser på områden där behoven av insatser från företagshälsovården är mer angelägna. Ett annat syfte med översynen bör vara att minska de totala kostnaderna för administrationen såväl hos de offentliga organen som hos arbetsgivarna och företagshälsovårdsenheterna. Härvid bör särskilt beaktas frågor som rör avgränsningen mellan stöd till företagshälsovård och samhällets ersättning till den allmänna sjukvården. Även formerna för finansieringen av samhällets stöd till företagshälsovården bör övervägas och alternativ till finansiering över den allmänna försäkringen redovisas.

I direktiven framhålls också, att arbetsgruppen bör bedriva sitt arbete i nära kontakt med företagshälsovårdsutredningen "för nödvändig samordning mellan arbetsgruppens förslag och de förslag beträffande företagshälsovårdens framtida inriktning, organisation m m som kommer att lämnas av utredningen".

Gruppens arbete skall vara slutfört före den 1 juli 1983.

6.6.7.5 Företagshälsovårdsutredningens synpunkter

När företagshälsovårdsutredningen tillsattes hade, som tidigare nämnts, riksförsäkringsverket och socialstyrelsen i uppdrag att se över den allmänna försäkringens ersättningsregler för sjukvården inom bl a företagshälsovården. Företagshälsovårdsutredningens direktiv kom bl a därför inte att avse ersättningsreglerna. Å andra sidan har ersättningen betydelse för såväl

företagshälsovårdens finansiering som inriktning. Det gör att utredningen besvärats av det faktum att riksförsäkringsverkets och socialstyrelsens förslag inte lett till ställningstaganden från statsmakterna. Utredningen konstaterar därför med tillfredsställelse att regeringen tillsatt den nämnda arbetsgruppen.

Företagshälsovårdsutredningen räknar med att utredningens överväganden och förslag om företagshälsovårdens utveckling och utbyggnad blir en viktig utgångspunkt för arbetsgruppens kommande förslag. Utredningens material har under hand tillställts arbetsgruppen. I gruppen finns också personsamband med utredningen, vilket ytterligare kan bidra till att utredningens intentioner tas till vara i arbetsgruppens kommande förslag.

Mot den givna bakgrunden ser utredningen ingen anledning att här komma med detaljerade förslag när det gäller ersättningsfrågan. De synpunkter utredningen mera övergripande vill lägga kan sammanfattas på följande sätt.

- Under en lång följd av år har samhället via den allmänna försäkringen gett ersättning till den som anordnar företagshälsovård. Ersättningen är ett både principiellt och ekonomiskt viktigt stöd till verksamheten. Företagshälsovårdsutredningen förutsätter att stöd skall utgå även i fortsättningen. Stödet behövs även med hänsyn till de problem som är förbundna med den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården. Dessa problem bör särskilt studeras i syfte att pröva om samhällets ersättning också kan underlätta utbyggnadens genomförande.

  Motiv för samhällets stöd ligger i intresset att medverka till förebyggande åtgärder på arbetsplatserna som avlastar samhället framtida kostnader för sjukvård, förtidspensionering, arbetsmarknadspolitiska och sociala m fl insatser.
- Reglerna för ersättningen är föråldrade. De inbjuder också till en begränsad och felaktig syn på företagshälsovården såtillvida som ersättningen är bunden till enbart medicinsk verksamhet och premierar sjukvård. Utgångspunkten för samhällets stöd bör vara intresset att stimulera till företagshälsovård med en medicinskt och tekniskt samt psykiskt och socialt förebyggande inriktning som är en del av arbetarskyddet och drivs enligt de intentioner arbetsmarknadens parter gett uttryck för i arbetsmiljöavtalen. Utredningen vill också hänvisa till den arbetsfältsbeskrivning och de kriterier som utredningen anser bör gälla för företagshälsovården.
- Det nuvarande ersättningssystemet är omständligt rent administrativt. Ett enklare och mera överskådligt system krävs.

6.6.8 Behöver rätten till företagshälsovård lagfästas?

Det finns i vårt land ingen författningsreglerad skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård. Företagshälsovården har i stället utvecklats på frivillig väg inom ramen för parternas samverkan om arbetsmiljöfrågor. Inom såväl den privata som den offentliga sektorn har parterna lagt ned ett betydande och engagerat arbete för att utveckla verksamheten. I Sverige har härigenom utvecklats en företagshälsovård som, i jämförelse med länder som

har lagstiftning på området, är unik både vad gäller omfattning och kvalitet.

Som beskrivits i kapitel 4 omfattas närmare 90 procent av arbetstagarna av avtal som ger dem rätt att få tillgång till företagshälsovård. Ungefär 65 procent av arbetstagarna som omfattas av arbetsmiljöavtalen, inklusive hängavtalen, har i dagsläget tillgång till företagshälsovård. C 1 200 000 personer med arbetsmiljöavtal saknar företagshälsovård i avtalens bemärkelse. Av dessa kan c 400 000 beräknas arbeta inom den offentliga sektorn medan c 800 000 finns inom den privata.

Närmare 400 000 arbetstagare finns på arbetsplatser som inte omfattas av arbetsmiljöavtal. I stort sett alla dessa arbetsplatser är privata företag. Dessa företag är små. Arbetstagare på arbetsplatser utan arbetsmiljöavtal har endast i undantagsfall tillgång till företagshälsovård.

Inom utredningen råder enighet om målet att alla anställda skall omfattas av företagshälsovård inom en tioårsperiod. Utredningen har ingående övervägt, vilka styrmedel som bäst medverkar till att förverkliga detta mål.

Inom den avtalsreglerade sektorn kan finnas svårigheter att övertyga enskilda företag om nödvändigheten att ansluta sig till företagshälsovård. Framförallt kan det vara fallet i samband med hängavtal. Detta kan medföra svårigheter att på ett framgångsrikt sätt fullborda utbyggnaden. Det kan också finnas arbetsgivare som inte är beredda att stå för de kostnader som en anslutning till företagshälsovård medför eller av andra skäl ställer sig tveksamma. Det finns därför inom denna sektor behov av ytterligare stöd för den fortsatta utbyggnaden.

Vad gäller arbetsplatser som idag saknar arbetsmiljöavtal har utredningen inte funnit belägg för att företagshälsovården kommer att byggas ut annat än marginellt och i långsam takt, om inte särskilda åtgärder vidtas.

Mot den redovisade bakgrunden har utredningen övervägt de fördelar och nackdelar som kan vara förenade med att lagfästa rätten till företagshälsovård. En fördel skulle vara att det skulle skapas bättre instrument för att planera och bygga ut företagshälsovården under beaktande av olika krav på kvalitet och inriktning. En lagstiftning skulle också medverka till att arbetsgivare som av t ex kortsiktiga, ekonomiska skäl inte vill söka anslutning till företagshälsovård för sina anställda skulle få ikläda sig samma ansvar och kostnader som de arbetsgivare som anordnar eller anslutit sig till företagshälsovård.

De nackdelar som utredningen kan se med en lagstiftning är för det första att arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om företagshälsovård skulle kunna uppfattas som normerande även för den företagshälsovård som drivs enligt avtalen. Det finns en påtaglig risk att parternas intresse och engagemang skulle avta och att man skulle överlåta ansvaret på myndigheterna. En annan nackdel skulle vara att en lagstiftning för arbetsgivare utan arbetsmiljöavtal skulle kunna leda till att dessa för sin verksamhet skulle kunna åläggas att ta i anspråk företagshälsovårdsresurser innan alla arbetstagare med arbetsmiljöavtal fått tillgång till företagshälsovård.

Vad gäller det av parterna reglerade området har, som nämnts i avsnitt 6.6.3, SAF, LO och PTK redogjort för sitt arbete att komplettera arbetsmiljöavtalet och riktlinjerna för att påskynda utvecklingen mot en

företagshälsovård för alla anställda. Parternas syfte är att öka sitt engagemang och samverkan på central, regional och lokal nivå. Samverkan har inletts i vissa län. Denna samverkan innebär också att man är beredd att öppna sin företagshälsovård för företag som står utanför det kollektivavtalsreglerade området. Parterna har också förutskickat att de med ytterligare kraft är beredda att hävda nödvändigheten av och skyldigheten att åstadkomma heltäckande företagshälsovård.

Landstingen, primärkommunerna och Statshälsan kan väntas medverka till extern företagshälsovård i ökad utsträckning. Arbetsmarknadens parter har också inlett ett regionalt samarbete i syfte att avsätta mer tid och resurser för samverkan kring företagshälsovårdens utbyggnad till heltäckning, bl a vad gäller information till företag utan företagshälsovård och planering för utbyggnaden av företagshälsovården. Detta får också uppfattas som att aktiviteterna jämväl kan avse företag utan arbetsmiljöavtal.

Företagshälsovårdsutredningen har föreslagit, att företagshälsovårdens resurser differentieras i större utsträckning för att innehållsmässigt och organisatoriskt bättre svara mot behoven. En sådan förändring kan väntas medverka till att små företag såväl med som utan arbetsmiljöavtal får ett mer positivt intresse av anslutning till företagshälsovård. De nämnda informationsinsatserna och möjligheten att ansluta sig till redan uppbyggd företagshälsovård kan verka i samma riktning.

Ett nytt finansieringssystem för företagshälsovården är under utredning. Det förväntas få en utformning som stimulerar småföretag att ansluta sig till företagshälsovård.

Med hänsyn till det som nu sagts räknar utredningen med att företagshälsovården vid slutet av den av utredningen föreslagna tioårsperioden kommer att omfatta alla arbetstagare inom de avtalsreglerade områdena.

Utbyggnaden av företagshälsovård för arbetstagare och arbetsgivare utan avtal kommer troligen att gå långsamt. En lagstiftning för att nå dessa företag har diskuterats. En lag för arbetsgivare utan arbetsmiljöavtal skulle emellertid inte kunna gälla företagshälsovård i avtalens mening, eftersom förutsättningen – en partssamverkan i arbetsmiljöfrågor – saknas på dessa arbetsplatser. En företagshälsovård utan möjlighet till integrering i lokalt miljöarbete skulle snarast få karaktären av tillsynsverksamhet, för vilken redan annan lag gäller.

Utredningen bedömer därför att det i stället är nödvändigt att rikta särskilda informationsinsatser mot dessa företag. Det bör vara en naturlig uppgift för yrkesinspektionen att informera dessa företag om företagshälsovård som medel att forma en god arbetsmiljö likaväl som om vikten av att utveckla ett lokalt samarbete om arbetsmiljöfrågorna. Yrkesinspektionen skall ägna planeringen för utbyggnad särskild uppmärksamhet när det gäller oorganiserade företag. Yrkesinspektionen bör kontinuerligt rapportera till arbetarskyddsstyrelsen och dess företagshälsovårdsdelegation hur utbyggnaden fortskrider inom respektive distrikt. Arbetarskyddsstyrelsen bör nära följa utvecklingen och göra en årlig redovisning av företagshälsovårdens utbyggnad.

Med dessa och ovannämnda åtgärder räknar utredningen med att även de oorganiserade företagen successivt skall komma att ansluta sig till företagshälsovård.

6.6.9 Samverkan för att åstadkomma utbyggnad och utveckling av företagshälsovården

6.6.9.1 Syftet med samverkan

Det är självklart att man inom varje avtalsområde söker tillgodose sitt behov av företagshälsovård och ansvarar för att utbyggnad sker enligt de mål som ställts upp. Men den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården kan väntas leda till heltäckning endast om arbetsmarknadens parter på respektive avtalsområde samverkar över avtalsgränserna. Utredningen har i tidigare avsnitt framhållit landstingens, primärkommunernas och yrkesinspektionens speciella möjligheter att bidra till att alla får företagshälsovård; landstingen som huvudmän för hälso- och sjukvården och som främjare av näringslivet, primärkommunerna i den senare egenskapen och yrkesinspektionen som tillsynsmyndighet för arbetarskyddet. Landstingen, primärkommunerna och yrkesinspektionen blir därmed viktiga samarbetspartners för arbetsmarknadens parter i deras planering för fortsatt utbyggnad av företagshälsovården.

Så länge företagshälsovårdens utbyggnad gällde stora företag krävdes inte särskilt stora samverkans- och samordningsinsatser mellan avtalsområdena. Däremot blev behoven mer uttalade när en rad mindre företag, kommunala och statliga förvaltningar samtidigt skulle ha företagshälsovård. Alltför starka intressen att t ex bygga upp branschinriktad företagshälsovård kom ibland att kollidera med intressena att lokalt skapa ett tillräckligt stort underlag för att komma igång med en blandad central. Intressekonflikter av det slaget befrämjar inte utbyggnaden av företagshälsovården och bör lösas innan tid och krafter lagts ner på planering. Just nu gäller det, som tidigare nämnts, att finna lösningar som sammantaget leder fram till heltäckande företagshälsovård. Det gäller också att på ett ekonomiskt försvarbart sätt bygga upp god företagshälsovård. Samverkan mellan arbetsmarknadens parter på de olika avtalsområdena och landsting, primärkommuner och yrkesinspektion krävs nu mer än någonsin, eftersom det handlar om att förse en lång rad små arbetsplatser med företagshälsovård. Syftet med samverkan skulle främst vara att

- inbördes informera om utbyggnadsbehov, planer för utbyggnaden och behov av resurser,
- tillsammans verka för att resurser skapas för utbyggnaden,
- tillsammans verka för att företagshälsovården blir heltäckande inom en tioårsperiod med optimalt utnyttjande av befintlig företagshälsovård och nya enheter.

Företagshälsovårdsutredningen anser, att samverkan är aktuell på tre nivåer. För det första gäller det att regionalt försöka överblicka utbyggnadsbehovet i stort och samordna strävandena att nå fram till heltäckande företagshälsovård. Sedan gäller det att lokalt försöka hitta konkreta lösningar, lämpligen med kommunerna som planeringsområden för heltäckning. Och för det tredje gäller det att centralt verka för att vissa resurser kommer fram som behövs för utbyggnaden och att allmänt främja utvecklingen av företagshälsovården.

6.6.9.2 Regional samverkan

Enligt företagshälsovårdsutredningens bedömning kommer behovet av samverkan att vara särskilt stort på det regionala planet. Såväl den planering som arbetsmarknadens parter skall svara för som samverkan mellan avtalsområdena och med andra intressenter kommer att behöva ta sin utgångspunkt i ett begränsat område av viss storlek. Utredningen anser, att en lämplig avgränsning kan vara ett län, ett landstingsområde eller ett yrkesinspektionsdistrikt. De som skall samverka är i allmänhet organiserade regionalt och detta jämte behovet av överblick motiverar att man väljer något av de nämnda områdena för samverkan.

Företagshälsovårdsutredningen anser, att den samverkan som behövs regionalt måste ske i relativt fasta former. Utredningen menar därför att ett regionalt organ för samverkan måste finnas. Å andra sidan bör inte onödigtvis nya organ byggas upp om man redan kan anknyta till eller utveckla befintliga. Utredningen har därför övervägt yrkesinspektionsnämndens roll och möjligheter i sammanhanget. LO har i olika program pekat på yrkesinspektionsnämnden som ett organ för regional samordning av utbyggnaden av företagshälsovården. TCO har föreslagit, att yrkesinspektionen skulle spela en mer aktiv roll i sammanhanget. Liknande förslag har väckts av Landstingsförbundet, SACO/SR, Företagsläkarföreningen, Föreningen Teknisk Företagshälsovård och SHSTF:s rikssektion för företagshälsovård.

I det följande utvecklar utredningen de skäl som gör att utredningen föreslår att yrkesinspektionsnämnderna får uppgiften att svara för regional samverkan för utbyggnaden av företagshälsovården liksom uppgiften att i övrigt verka för företagshälsovårdens utveckling inom regionen.

6.6.9.3 Yrkesinspektionsnämndens uppgifter och sammansättning

Yrkesinspektionens främsta uppgift är att vara tillsynsmyndighet inom arbetsmiljölagens område. Yrkesinspektionen är indelad i 19 distrikt på följande sätt.

Stockholms distrikt Stockholms län,
Uppsala distrikt Uppsala län,
Eskilstuna distrikt Södermanlands län,
Linköpings distrikt Östergötlands län,
Jönköpings distrikt Jönköpings län,
Växjö distrikt Kronobergs och Blekinge län,
Kalmar distrikt Kalmar och Gotlands län,
Malmö distrikt Malmöhus och Kristianstads län,
Göteborgs distrikt Göteborgs och Bohus samt Hallands län,
Borås distrikt Älvsborgs län,
Skövde distrikt Skaraborgs län,
Karlstads distrikt Värmlands län,
Örebro distrikt Örebro län,
Västerås distrikt Västmanlands län,
Gävle distrikt Gävleborgs län,
Falu distrikt Kopparbergs län,

Härnösands distrikt Västernorrlands och Jämtlands län,
Umeå distrikt Västerbottens län,
Luleå distrikt Norrbottens län.

Som framgår av uppräkningen följer distriktsgränserna länsgränserna. I de flesta fall sammanfaller också distrikt och län. Fem undantag finns. I de fallen omfattar varje distrikt två län.

Varje distrikt inom yrkesinspektionen har en yrkesinspektionsnämnd med beslutsfunktioner. Nämnderna kom till 1974 och syftade till att ge arbetsmarknadens parter möjlighet att utöva ett direkt inflytande på yrkesinspektionens verksamhet. Yrkesinspektionsnämnden i distriktet har ungefär samma funktion i förhållande till yrkesinspektionen som myndighet som lekmannastyrelsen har i centrala ämbetsverk. Nämnden fattar sålunda beslut i viktigare och principiella frågor inom inspektionens verksamhetsområde.

Varje yrkesinspektionsnämnd har nio ledamöter. Yrkesinspektionens distriktschef är ordförande. Övriga åtta ledamöter representerar arbetsmarknadens parter och utses av arbetarskyddsstyrelsen.

Av de ledamöter som förordnas av styrelsen utses två efter förslag av LO, en efter förslag av TCO, en efter förslag av SACO/SR, två efter förslag av SAF, en efter förslag av statens arbetsgivarverk och en efter gemensamt förslag av Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. För ledamöterna utses ersättare i samma ordning.

Yrkesinspektionsnämnden avgör frågor om planering och inriktning av inspektionens verksamhet inom de ramar arbetarskyddsstyrelsen ger. I nämnden prövas önskemål om att utse regionalt skyddsombud samt handläggs frågor om ansvaret för samordning av skyddsåtgärder på gemensamt arbetsställe. Nämnden skall vidare ta ställning i de fall det kan bli aktuellt med föreläggande eller förbud enligt arbetsmiljölagstiftningen eller lagstiftningen om hälso- och miljöfarliga varor. Detsamma gäller åtalsanmälan och framställning till arbetarskyddsstyrelsen om att utnyttja tvångsmedel som styrelsen förfogar över.

Enligt 12 § instruktionen för yrkesinspektionen skall yrkesinspektionsnämnden också "följa och främja företagshälsovårdens utveckling samt fungera som organ för samråd i företagshälsovårdsfrågor inom distriktet".

17 § i instruktionen anger, att vid behandling av företagshälsovårdsfrågor "bör hos distriktet anställd läkare vara närvarande. Vidare kan representanter för myndigheter och organisationer som beröres av företagshälsovårdens planering och utveckling kallas att vara närvarande vid handläggning av sådant ärende".

6.6.9.4 Yrkesinspektionsnämndernas arbete med företagshälsovårdsfrågor

6.6.9.4.1 Riktlinjer för arbetet

1972 inrättade den centrala företagshälsovårdsdelegationen (se vidare avsnitt 6.6.9.6) länsvisa regionala samrådsorgan för företagshälsovård, de s k länsdelegationerna. De fick en sammansättning som i stort motsvarade den

centrala företagshälsovårdsdelegationen. I länsdelegationerna ingick företrädare för yrkesinspektionen, länsläkarorganisationen, länsarbetsnämnden, landstinget, kommunförbundets länsavdelning, SAF, FCO-(LO-) distrikt, TCO-kommitté, Företagsläkarföreningen samt som adjungerade ledamöter företrädare för Statens personalnämnd och Föreningen Teknisk Företagshälsovård. Administrativt knöts länsdelegationerna till yrkesinspektionen.

När yrkesinspektionsnämnderna inrättades 1974 övertog de bl a länsdelegationernas uppgifter. Dessa uppgifter hade 1972 av företagshälsovårdsdelegationen och arbetarskyddsstyrelsen formulerats på följande sätt:

Den första uppgiften som anförtrotts länsdelegationerna är att i enlighet med företagshälsovårdsdelegationens direktiv inventera den företagshälsovård som förekommer inom länet. Inventeringen bör syfta till att kartlägga de tillgängliga personalresurserna beträffande läkare, tekniker och sjuksköterskor m fl befattningshavare verksamma inom företagens hälso- och skyddsarbete samt konstatera bristsituationer. Detta arbete bör utföras i samråd med den centrala delegationen. Behovet av att komplettera resurserna bör utrönas.

En inventering enligt dessa principer utgör en nödvändig grundval för att främja och vidareutveckla företagshälsovården. Enligt anvisningar som företagshälsovårdsdelegationen lämnat vilar i övrigt följande uppgifter på länsdelegationen.

a) stimulera aktiviteter och etableringsönskemål beträffande företagshälsovård och initiativ i syfte att väcka intresse härför,
b) avväga utbyggnadsplaner beträffande företagshälsovård för att på lämpligaste sätt tillgodose arbetslivets behov i relation till existerande personalresurser,
c) inom länet uppmärksamma behovet av fortbildning för olika befattningshavare i företagshälsovården och medverka till anordnande av kurser i detta syfte,
d) främja tillkomsten av samarbetsöverenskommelser för gemensam användning av resurserna för företagshälsovård,
e) utreda prioriteringsbetingelser för otillräckligt försörjda områden inom regionens arbetsliv beträffande företagshälsovård,
f) hålla företagshälsovårdsdelegationen underrättad om väsentliga erfarenheter eller utvecklingstendenser inom regionens företagshälsovård,
g) förmedla liknande erfarenheter från företagshälsovårdsdelegationen till för företagshälsovården inom regionen ansvariga institutioner.

Några närmare riktlinjer för yrkesinspektionsnämndernas arbete med företagshälsovårdsfrågor utfärdades inte när nämnderna övertog länsdelegationernas uppgifter. Yrkesinspektionen i Uppsala vände sig till företagshälsvårdsdelegationen och begärde sådana riktlinjer. Delegationen hemställde i sin tur att arbetarskyddsstyrelsen skulle ange riktlinjer. Detta skedde genom att styrelsen 1975 i brev till samtliga yrkesinspektionsdistrikt kommenterade tidigare direktiv till länsdelegationerna. I brevet framhöll styrelsen, att brevet skulle ses som ett första försök att tillmötesgå önskemålen om riktlinjer. "Uppgiften torde få betraktas som långsiktig och företagshälsovårdsdelegationen bör slutligt fastställa den policy som yrkesinspektionsnämnderna bör följa i företagshälsovårdsfrågor".

Av arbetarskyddsstyrelsens brev framgår att några av de uppgifter som övertogs av länsdelegationerna behövde nyanseras. Detta gällde bl a uppgiften att inventera den företagshälsovård som förekommer inom länet. Det var enligt arbetarskyddsstyrelsens uppfattning mera angeläget att

kartlägga var företagshälsovård inte förekommer. Även uppgiften att stimulera aktiviteter och etableringsönskemål behövde nyanseras. Det gällde snarare att kanalisera det starka intresset för företagshälsovård i riktning mot krav på god kvalitet. Övriga uppgifter, som redovisats i anslutning till beskrivningen av länsdelegationernas uppgifter, bedömdes gälla även för yrkesinspektionsnämnderna.

I brevet berördes också yrkesinspektionsnämndernas svårigheter att komma in i planeringsprocessen på ett tidigt stadium. Eftersom det inte finns lagligt underlag att föreskriva anmälningsplikt för planering av företagshälsovård måste i stället informationsvägen utnyttjas framhöll arbetarskyddsstyrelsen i brevet. Det ligger i nämndernas intresse att informera om sin uppgift på företagshälsovårdsområdet så att man naturligt tar kontakt med yrkesinspektionen i planeringen. Det borde också ankomma på de planeringsorgan som finns representerade i nämnden, t ex kommun, landsting och stat, att hålla yrkesinspektionsnämnden informerad om det planeringsarbete som pågår. I frågor om företagshälsovård borde de kommunala representanterna även kunna yttra sig i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården inom distriktet. Genom överenskommelser i yrkesinspektionsnämnden borde man kunna undvika konkurrens om de knappa personalresurserna. Det borde vara nämndens uppgift att se till att resurserna kom till användning där de bäst behövs.

Några ytterligare riktlinjer har inte meddelats av företagshälsovårdsdelegationen,eftersom företagshälsovårdsutredningen 1976 fick direktiv som också gällde yrkesinspektionsnämndernas uppgifter m m.

6.6.9.4.2 Nämndernas aktiviteter och deras syn på framtida uppgifter.

Hösten 1980 gjorde företagshälsovårdsutredningen en enkät till samtliga yrkesinspektionsnämnder för att kartlägga nämndernas aktivitet i företagshälsovårdsfrågor. Nämnderna fick redovisa sina erfarenheter av arbetet. Utredningen begärde dessutom in samtliga protokoll från nämnderna under fyra år, 1977 t o m 1980, och gjorde med hjälp av dem en sammanställning av nämndernas aktiviteter på företagshälsovårdsområdet. I enkäten ombads nämnderna också att komma med förslag om vad arbetet skulle kunna avse i framtiden. Resultaten av undersökningen finns redovisade i PM 18 1981-01-19, Yrkesinspektionsnämndernas arbete med företagshälsovårdsfrågor (stencil).

Undersökningen visade, att nämndernas aktivitet varierade från distrikt till distrikt. Två nämnder uppvisade ingen aktivitet under de år undersökningen avsåg. Fem nämnder hade blygsam aktivitet medan övriga tolv nämnder i stor eller rätt stor utsträckning arbetat med företagshälsovårdsfrågor (tabell 6.12).

Av tabell 6.13 framgår vilken typ av frågor nämnden engagerat sig i. I tabellen har markering gjorts i de fall frågor av en viss typ vid något tillfälle behandlats av nämnden eller yrkesinspektionen efter nämndens rekommendation. Av tabellen kan man alltså endast utläsa att en aktivitet förekommit, inte frekvensen. Således bör sammanställningen i tabell 6.13 ses tillsammans med tabell 6.12, som visar måttet på nämndens aktivitet.

Tabell 6.12 Schematisk beskrivning av YI-nämndernas aktivitet med FHV-frågor 1977–1980

Distrikt	Mycket stor aktivitet	Stor aktivitet	Ganska stor aktivitet	Nästan ingen aktivitet	Ingen aktivitet
Stockholm			X		
Uppsala			X		
Eskilstuna			X		
Linköping	X				
Jönköping					X
Växjö				X	
Kalmar					X
Malmö				X	
Göteborg	X				
Borås				X	
Skövde				X	
Karlstad		X			
Örebro	X				
Västerås		X			
Gävle		X			
Falun				X	
Härnösand		X			
Umeå		X			
Luleå			X		

Av undersökningen framgår att i stort sett alla nämnder känt sig villrådiga inför sin uppgift att "följa och främja företagshälsovårdens utveckling samt fungera som organ för samråd i företagshälsovårdsfrågor". Detta har främst varit en effekt av att nämnderna haft svårt att finna sin roll. Många nämnder påpekade, att utbyggnaden av företagshälsovården är en angelägenhet för arbetsmarknadens parter. Därför har det varit svårt att precisera och avgränsa de uppgifter och befogenheter nämnderna skall ha. Några nämnder påpekade problemet med att nämnderna saknar "beslutsfunktion" på området.

Att man på fältet trots riktlinjerna från arbetarskyddsstyrelsen och företagshälsovårdsdelegationen känt osäkerhet inför uppgiften kan delvis förklaras på det sätt som nämnden i Stockholm gjort, nämligen att nämnden uppfattat att man borde "ligga lågt" i avvaktan på att företagshälsovårdsutredningen kommer med förslag. En annan förklaring som angavs av några nämnder är att de saknade resurser att ta sig an företagshälsovårdsfrågorna. De har helt enkelt inte ansetts vara prioriterade frågor i nämndernas arbete.

De nämnder som varit aktiva i företagshälsovårdsfrågor redovisade i allmänhet positiva erfarenheter av arbetet. Som framgår av tabell 6.13 hade många nämnder inom sig bildat särskilda arbetsgrupper för företagshälsovårdsfrågor. När det gäller framtiden svarade de flesta nämnderna att de ville att yrkesinspektionsnämnderna skulle fungera som regionala samråds- och samverkansorgan för företagshälsovårdsfrågor och att de var beredda att öka

Tabell 6.13 Schematisk beskrivning av företagshälsovårdsfrågor som yrkesinspektionsnämnderna arbetat med 1977–1980

Distrikt	Invent befintl FHV	Invent företag utan FHV	Invent personal-situationen	Hålla sig infor-merad om FHV	Informera om FHV	Undersöka möjl till anslutning	Söka påver-ka utbyggn-planer
Stockholm	(X)				X	X	
Uppsala	(X)	X					
Eskilstuna	X	(X)	X				
Linköping	(X)			X	X	X	X
Jönköping	(X)						
Växjö	(X)			X			
Kalmar	(X)						
Malmö	(X)						
Göteborg	X		X	X			X
Borås	(X)			X			
Skövde	X			X			
Karlstad	X			X			X
Örebro	X	X	X	X	X	X	X
Västerås	X	X	X	X		X	
Gävle	X	(X)		X	X		
Falun	(X)			X			
Härnösand	X		X	X	X		X
Umeå	X			X	X	X	
Luleå	X	X		X	X		

( ) anger att kartläggning skett först efter framställning från företagshälsovårdsutredningen.
1) har funnits men avvecklats.

sitt engagemang inom området.

Bland de uppgifter nämnderna tog upp som aktuella för engagemang avseende utbyggnaden av företagshälsovården kan följande nämnas.

- Kartlägga befintlig företagshälsovård.
- Kartlägga arbetsställen som saknar företagshälsovård.
- Inventera ledig kapacitet i befintlig företagshälsovård.
- Förmå befintlig företagshälsovård att "öppna dörrarna".
- Se till att företagshälsovård kommer fram, i synnerhet för de små företagen.
- Intressera arbetsgivare och arbetstagare för företagshälsovård.
- Prioritera mellan företag som står i kö för företagshälovård.

Flera nämnder föreslog, att yrkesinspektionsnämnderna skulle aktivera sig genom att stödja företagshälsovården. I svaren kom fram bl a följande exempel på stödjande insatser.

- Information och utbildning för företagshälsovårdens personal, anordna kontaktdagar etc.
- Allmänt främja samarbetet mellan företagshälsovårdscentraler och mellan centralerna och yrkesinspektionen.
- Praktisk rådgivning och hjälp till företagshälsovårdens personal, i

Arbeta för etabl av FHV	Stimulera företag, fack m fl till FHV	Söka påverka inriktn av FHV	Samarbeta med landstinget	Kontakt med försäkringskassan	Utbilda/ träffa FHV-personal	Besöka FHV-central	Arbetsgrupp för FHV-frågor
		X	X		X	X	X
	X				X		
X			X				X
X	X	X	X	X	X	X	X
X	X		X	X			X
						X	X
X	X	X	X	X		X	X
X	X	X	X		X	X	X
X	X					X	X
X			X				X
			X		X	X	
X	X		X	X		X	X
X			X			X	
							1)

synnerhet skyddsingenjörerna, vad gäller t ex mätning, provtagningsmetoder och analys.

- Verka för attitydförändringar, t ex påvisa att företagshälsovård kan etableras utan tillgång till läkare.
- Ge råd vid anställning av personal i företagshälsovården.
- Ge råd om hur företagshälsovård lämpligen bör bedrivas.
- Medverka till att sådant som främjar kunskap om företagshälsovård publiceras och sprids på lämpligt sätt.

Nämnderna pekade också på behovet av ökad samordning och samverkan med landstingen som huvudmän för hälso- och sjukvården.

I stort sett alla nämnderna efterlyste klarare direktiv för arbetet med företagshälsovårdsfrågor både för att få relationerna mellan nämnden och arbetsmarknadens parter preciserade och för att kunna avväga resurser för verksamheten.

Flera nämnder framhöll att brist på resurser gjorde det svårt att arbeta med företagshälsovårdsfrågor. Det hade bl a visat sig när man sökte kartlägga var företagshälsovård fanns respektive saknades. Det var därför naturligt att flera nämnder önskade resursförstärkning. I första hand gällde detta personalsidan.

6.6.9.5 Yrkesinspektionsnämnden som samverkansorgan

6.6.9.5.1 Samverkansuppgifter

Sedan företagshälsovårdsutredningen gjorde den ovan refererade undersökningen har alltfler yrkesinspektionsnämnder aktiverat sig i företagshälsovårdsfrågor. Det är t ex numera vanligt att nämnderna gör förteckning över befintlig företagshälsovård med uppgifter om anslutna företag och inrättade respektive besatta tjänster. Några nämnder driver själva projekt eller samverkar med andra i syfte att medverka till heltäckande företagshälsovård. Det mest långtgående projektet har genomförts av yrkesinspektionen i Örebro i nära samverkan med yrkesinspektionsnämnden och i synnerhet dess arbetsgrupp för företagshälsovårdsfrågor. I projektet, som genomförts med medel från arbetarskyddsfonden, har företagshälsovården och dess förutsättningar i Örebro län redovisats och en plan för heltäckande företagshälsovård i länet lagts fram. Resultaten av projektet redovisades i juli 1982 i yrkesinspektionens rapport Framtida företagshälsovård i Örebro län.

Företagshälsovårdsutredningen ser yrkesinspektionsnämndernas aktivitet som uttryck för att en fullt utbyggd och väl fungerande företagshälsovård av dem bedöms vara ett mycket viktigt inslag i arbetsmiljöarbetet i distrikten. Flera nämnder uttryckte denna uppfattning vid utredningens undersökning 1980.

De skäl, utöver nämndernas ökande engagemang, som talar för att lägga samverkansuppgifterna på yrkesinspektionsnämnderna är i första hand att nämnderna

- □ består av företrädare för arbetsmarknadens parter samt en företrädare för yrkesinspektionen som tillsynsmyndighet,
- □ tillsammans med yrkesinspektionen representerar det största samlade kunnandet om länets arbetsmiljö,
- □ har tillgång till yrkesinspektionens resurser i form av personal, register m m,
- □ har viss erfarenhet av samverkansfrågor som gäller företagshälsovården,
- □ i princip redan ansvarar för sådana uppgifter.

Vad skall yrkesinspektionsnämndernas samverkansuppgifter mera konkret gå ut på? Utredningen anser inte att någon detaljreglering behövs utan förutsättningarna och behoven i distrikten får avgöra i vilka frågor och på vilket sätt nämnderna och andra berörda intressenter behöver samverka. Instruktionen för yrkesinspektionen (12 §) ger ramarna för sådan lokal anpassning. Företagshälsovårdsutredningen vill emellertid med några exempel visa vilka uppgifter som kan bli aktuella och vilka intressenter som kan behöva samverka och samordna sina insatser. Exemplen och kommentarerna är följande.

- □ Upprätta förteckning över befintlig företagshälsovård.

Inom varje yrkesinspektionsdistrikt bör finnas en aktuell förteckning som visar vilka företagshälsovårdsenheter som finns och vilka företag som är

anslutna. Yrkesinspektionen bör svara för sammanställningar men ansvaret för att uppgifterna kommer in till inspektionen skall åvila arbetsmarknadens parter eller den som driver extern företagshälsovård.

En förteckning av det nämnda slaget är nödvändig både för nämndens egna överväganden om nya enheter och för parternas lokala planering för utbyggnaden. Den kan också användas som information till företag som vill ansluta sig till företagshälsovård. Förteckningen bör redovisa hur läget är kommunvis. Förteckningen bör också innehålla uppgifter om planerade företagshälsovårdsenheter.

- Upprätta förteckning över företag som inte har tillgång till företagshälsovård.

Det som sagts i föregående punkt gäller i tillämpliga delar också i denna. Förteckningen bör, kommunvis, ge en bild av utbyggnadsbehovet i antal företag och personer. Inriktningen i företagens verksamhet bör också anges.

Uppgifterna bör hämtas från yrkesinspektionens register, som förutsätts innehålla uppgifter om vilka företag som har företagshälsovård. Efterhand som arbetsställeregistren blir datorbaserade ökar möjligheterna att snabbt få fram aktuell information.

Förteckningen är en värdefull förutsättning för parterna när de t ex skall gå ut med information om företagshälsovård till arbetsgivare och arbetstagare i företagen. Erfarenheten visar att det hittills varit mycket mödosamt att med hjälp av diverse register få en överblick över vilka företag som finns inom ett visst område. Ännu större har svårigheterna varit att få en klar bild av vilka företag som inte har företagshälsovård.

- Redovisa behov av företagshälsovårdsinsatser m m i företag som saknar företagshälsovård.

Arbetsmarknadens parter inom exempelvis ett förbundsområde kan förutsättas medverka till att det successivt kommer fram underlag och handlingsprogram som gäller arbetsmiljöarbetet i en bransch eller på vissa typer av arbetsplatser. Yrkesinspektionen och de yrkesmedicinska klinikerna har särskilda förutsättningar att komplettera den typen av material genom arbetsmiljöinventeringar. Inom yrkesinspektionsnämnden skulle en samverkansuppgift kunna vara att se till att tillgänglig information kompletterad med arbetsmiljöinventeringar görs tillgänglig som underlag för bedömning av vilket behov av företagshälsovård som skall tillgodoses. Detta är särskilt viktigt i fråga om små företag där det gäller att hitta flexibla lösningar. För företagshälsovårdsenheter som skall ta emot t ex små företag, eventuellt "dela upp" dem mellan sig, kan informationen ha stort värde. Även landstingen kan behöva denna vägledning vid uppbyggnad av extern företagshälsovård.

- Göra en översiktlig plan för utbyggnaden.

Yrkesinspektionsnämndens samlade ansträngningar skall, som tidigare nämnts, syfta till att underlätta utbyggnaden av företagshälsovården till heltäckning. Enligt utredningens förslag skall arbetsmarknadens parter bära

huvudansvaret för att utbyggnaden planeras och fullföljs inom avtalsområdena. För företag utan arbetsmiljöavtal blir det yrkesinspektionens uppgift att bevaka att resurser också byggs upp för sådana företags behov.

Befintlig företagshälsovård som drivs i partssamverkan, landsting och primärkommuner som anordnare av extern företagshälsovård eller som främjare i övrigt av företagshälsovård kommer att på olika sätt kunna bidra till utbyggnaden. Yrkesinspektionsnämndens uppgift blir att göra en sammanvägning av behoven av företagshälsovård såsom arbetsmarknadens parter anger det för de avtalsreglerade områdena och yrkesinspektionen för de övriga och ställa detta i relation till befintliga och planerade företagshälsovårdsresurser. Nämnden bör på grundval härav göra en översiktlig plan för utbyggnaden som berörda intressenter kan ställa sig bakom. I nämnden bör sedan samverkan ske för att förverkliga planen. Den bör innehålla kommunvisa bedömningar av vilka företagshälsovårdsresurser som finns eller planeras bli tillgängliga och vilka resurser som ytterligare kan behövas för att utbyggnaden skall leda till heltäckning.

I planen krävs en bedömning av möjligheterna att ansluta till befintlig företagshälsovård. Arbetsmarknadens parter förväntas här ta ett ökat ansvar för att befintlig företagshälsovård medverkar till att resurser byggs ut och att enheterna står öppna i första hand för företag inom det egna avtalsområdet men också för andra.

Landstingen måste medverka i bedömningen utifrån sina möjligheter att erbjuda extern företagshälsovård och som samrådspartner när det gäller att avväga de medicinska resurserna i den planerade företagshälsovården mot primärvårdens resurser. Avvägning får också göras mellan de resurser som kan behöva byggas upp och befintliga eller planerade resurser vid t ex yrkesmedicinska länskliniker.

□ Informera om företagshälsovård.

Denna uppgift bör delas mellan arbetsmarknadens parter, yrkesinspektionen och landstingets resurser, i första hand yrkesmedicinska kliniker. Primärkommunerna skulle också i mån av förutsättningar kunna medverka. Även befintlig företagshälsovård bör bidra med sådan information till dem som ännu inte anslutit sig till företagshälsovård. Yrkesinspektionsnämnden skulle kunna vara lämpligt forum för samverkan om informationsinsatser.

Företagshälsovårdsutredningen utgår från att yrkesinspektionsnämnderna vid sidan av insatser för att främja utbyggnaden av företagshälsovården också på olika sätt allmänt främjar utvecklingen av den. I utredningens tidigare redovisade undersökning framhöll somliga yrkesinspektionsnämnder att nämndernas uppgift att följa och främja utvecklingen av företagshälsovården kunde komma i konflikt med den avtalsreglerade uppgiften för arbetsmarknadens parter att svara för utbyggnaden av företagshälsovården. Utredningen vill inte negligera denna synpunkt men räknar med att nämndernas insatser avser samverkan och det stöd som med hänsyn till yrkesinspektionens uppgifter och resurser är motiverat.

Utredningen vill avslutningsvis ta upp en fråga som har stor betydelse för att företagshälsovården över huvud taget skall kunna fungera enligt de intentioner utredningen redovisat i detta betänkande. Företagshälsovården

måste få samarbetspartners i skyddsorganisationen för att kunna verka på avsett sätt. Bl a därför krävs framöver särskilda insatser för att förbättra skyddsarbetet och arbetsmiljömedvetandet i små företag. Arbetsmarknadens parter har redan vidtagit åtgärder som syftar till förbättringar. Yrkesinspektionen har också en viktig uppgift i sammanhanget. Företagshälsovårdsutredningen förutsätter att arbetsmarknadens parter och yrkesinspektionen ägnar frågan stor uppmärksamhet i anslutning till utbyggnaden av företagshälsovården.

6.6.9.5.2 Samverkansformer och resurser

I avsnitt 6.6.5.3 har landstingens nya roll berörts. Den avser dels en mera offensiv inriktning av hälso- och sjukvården med ökat engagemang i förebyggande och miljöinriktat arbete, dels ett planeringsansvar för den typen av verksamhet, oavsett vem som är "vårdgivare". Utredningen har också i avsnitt 6.6.5.4 föreslagit, att landstingen skall få ett visst ansvar att, utan kostnadsansvar för verksamheten,tillhandahålla företagshälsovård för externa intressenter, om inte resurser kan komma fram på annat sätt. En utbyggnad av företagshälsovården kan därför inte genomföras utan ett nära samarbete mellan arbetsmarknadens parter, yrkesinspektionen och landstingen. Det är därför självklart att landstinget måste bli en mycket viktig samarbetspartner för yrkesinspektionsnämnden när det gäller att följa och främja utvecklingen av företagshälsovården. Nämnden skulle därför i sin egenskap av främjare av företagshälsovården eventuellt behöva representation från landstinget i egenskap av ansvarig för hälso- och sjukvården. I dagsläget delar primärkommuner och landsting som arbetsgivare på en ordinarie plats och en plats som suppleant i nämnden. Dessa båda platser fördelas så att såväl landsting som primärkommuner finns representerade i nämndens arbete.

Utredningen har emellertid inte funnit tillräckligt starka skäl för att föreslå ändrad sammansättning av yrkesinspektionsnämnderna. Däremot föreslår utredningen, att nämnden med berörda intressenter och då inte bara landstingen, kommer överens om lämpliga samverkansformer, t ex samverkansgrupp, eller tar tillvara den möjlighet som 17 § instruktionen för yrkesinspektionen ger nämnden att vid behandling av företagshälsovårdsfrågor kalla representanter för myndigheter och organisationer som berörs av företagshälsovårdens planering och utveckling. Utredningen vill framhålla betydelsen av att samverkan mellan yrkesinspektionsnämnden och landstingskommun och primärkommuner får en politisk förankring i kommunerna.

Yrkesinspektionsnämndens samverkansuppgifter kommer självfallet att ställa krav på berörda parter att i nämnden redovisa sina planer och behov av samverkan och stöd. Administrativt kan en ökad aktivitet från nämnderna ställa ökade krav på yrkesinspektionen. Även landstingen får räkna med att avsätta vissa resurser för uppgiften. På landstingssidan bör man t ex pröva om de kansliresurser som byggs upp för miljömedicinsk verksamhet också kan nyttiggöras i samarbetet med yrkesinspektionsnämnden. På samma sätt bör landstingens yrkesmedicinska resurser kunna vara en tillgång för yrkesinspektionsnämnderna när de skall följa och främja utvecklingen av

företagshälsovården.

Yrkesinspektionsnämndens ökade aktivitet i företagshälsovårdsfrågor kommer att ställa krav på ändamålsenliga beredningsformer i nämndens arbete. Många nämnder har redan inrättat företagshälsovårdsutskott. Man har också i några nämnder avdelat personal som särskilt kan ägna sig åt företagshälsovårdsfrågor. Även om uppgifterna i största möjliga utsträckning bör integreras i personalens och nämndens ordinarie arbete torde vissa resursförstärkningar bli aktuella.

6.6.9.6 Samverkan centralt

6.6.9.6.1 Företagshälsovårdsdelegationens tillkomst och uppgifter

Den tidigare företagshälsovårdsutredningen föreslog i sitt betänkande Företagshälsovård (SOU 1968:44), att ett särskilt samrådsorgan skulle inrättas för att fortlöpande följa och främja utvecklingen av företagshälsovården i landet och för att underlätta en samplanering mellan denna verksamhet och bl a samhällets hälso- och sjukvård. Förslaget ledde till att Kungl Maj:t i mars 1971 inrättade företagshälsovårdsdelegationen. Den fick som uppgifter

- att vara ett centralt kontaktorgan för samråd, samverkan och information för företagshälsovårdens utveckling,
- att åstadkomma en ändamålsenlig användning av resurserna för företagshälsovård och att svara för samordning och samverkan med samhällets sjukvård,
- att ange riktlinjer för det regionala samarbetets bedrivande i fråga om företagshälsovård,
- att ange riktlinjer för utbyggnaden av företagshälsovårdens läkarresurser,
- att ägna uppmärksamhet åt behörighets- och kompetensfrågor beträffande företagsläkare och skyddsingenjörer.

Företagshälsovårdsdelegationen knöts till arbetarskyddsstyrelsen med dess generaldirektör som ordförande. I delegationen skulle ingå företrädare för arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, LO, TCO, SAF, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund (numera SACO/SR) och Statens personalnämnd (numera Statens institut för personaladministration och personalutbildning (SIPU)).

6.6.9.6.2 Delegationens hittillsvarande arbete

Delegationen har med den ovan angivna sammansättningen fungerat som kontakt- och samrådsorgan under ett antal år. Under andra hälften av denna period har företagshälsovårdsutredningen arbetat med frågeställningar som nära knyter an till delegationens uppgifter. I utredningen har i stort sett alla intressenter som har representation i delegationen varit representerade. Det är därför naturligt att somliga samrådsfrågor under de aktuella åren kommit att behandlas i utredningen snarare än i delegationen.

Rent allmänt har delegationen fungerat som kontaktorgan genom att

informera sig om nya former av företagshälsovård, t ex Statshälsan, Transporthälsan och Lantbrukshälsan. Några direkta initiativ till samordning av pågående utbyggnad av företagshälsovården har delegationen inte tagit, inte heller övervägt frågor om företagshälsovårdens utbyggnad till heltäckning. Delegationen tog dock 1974 initiativ till företagshälsovård för små företag med hjälp av landstingens resurser. I första hand diskuterades frågan med Stockholms läns landsting. Utvecklingen på detta område överläts emellertid sedermera till arbetarskyddsfonden som startade projekt rörande landstingsdriven företagshälsovård för småföretag (FÖLA-projektet).

Företagshälsovårdens innehåll och relation till t ex hälso- och sjukvården har inte i någon större utsträckning berörts i delegationens arbete.

Det område som delegationen mest aktivt verkat inom har gällt utbildning, personal och behörighet. 1974 gav delegationen ut skriften Företagshälsovårdens personalresurser. Läkarna. I den analyserade delegationen personalsituationen vad avser läkarna inom företagshälsovården. Delegationen utfärdade också rekommendationer om dimensionering av företagsläkarutbildningen. Samtidigt kom delegationen med de rekommendationer om behörighet för företagsläkartjänst som fortfarande gäller.

Avsikten var att delegationen skulle komma med motsvarande inventeringar av personalsituationen avseende andra befattningshavare i företagshälsovården. Så har emellertid inte blivit fallet.

Rekommendationer om kompetens för innehav av tjänst som företagssköterska har utfärdats av delegationen. Även i fråga om tjänst som företagssjukgymnast har motsvarande rekommendationer utfärdats. Delegationen har aktivt medverkat till att företagssjukgymnastutbildningen etablerats i Umeå. När det gäller tekniker i företagshälsovården har delegationen trots försök inte kommit fram till kompetensrekommendationer.

Delegationens engagemang i utbildningsfrågor har i huvudsak gällt dimensionering.

Som tidigare redovisats har företagshälsovårdsdelegationen medverkat till att länsdelegationerna och senare yrkesinspektionsnämnderna fått viss vägledning i sitt arbete att följa och främja utvecklingen av företagshälsovården. Delegationens kontakter med de regionala organen har varit relativt sparsamma. Den inventering av företagshälsovården som inleddes av delegationen med hjälp av länsdelegationerna har t ex inte fullföljts, delvis beroende på att företagshälsovårdsutredningen i sitt arbete gjort den typen av inventeringar.

1978 tog delegationen initiativ till ett nordiskt symposium om företagshälsovård. Detta resulterade bl a i en dokumentation om läget i de nordiska länderna.

Under senare år har företagshälsovårdsdelegationen särskilt uppmärksammat frågor om journalgallring och journalarkivering samt tagit initiativ som gäller datahanteringen i stort i företagshälsovården. Delegationen har med stöd från arbetarskyddsfonden startat projektet Samordnad informationshantering inom svensk företagshälsovård. Projektet drivs i en till delegationen knuten grupp. Delegationens initiativ syftar till att belysa möjligheter och begränsningar i datorstödd informationshantering inom företagshälsovården. Det har visat sig att man inom företagshälsovården

gemensamt vill utveckla krav på framtida datorsystem, detta för att dessa skall vara anpassade till den lokala verksamheten samt för att minska utvecklingskostnaderna.

Företagshälsovårdsdelegationen brukar sammanträda fyra till fem gånger per år. Arbetarskyddsstyrelsen svarar för kansliresurserna genom att några befattningshavare på styrelsen har som uppgift att också förbereda delegationens sammanträden och vara sekreterare vid sammanträdena.

6.6.9.6.3 Framtida uppgifter, sammansättning och resurser för delegationen

Företagshälsovårdsutredningen har tidigare utvecklat skälen för att samverkan mellan olika intressenter för att trygga utbyggnaden av företagshälsovården är mer aktuell än någonsin. Mot den bakgrunden har utredningen övervägt om företagshälsovårdsdelegationen centralt bör svara för samverkansuppgifterna. Utredningen har därvid funnit, att delegationens arbete varit värdefullt. Det är utredningens uppfattning att företagshälsovårdsdelegationen med i huvudsak den sammansättning som den har idag bör fortsätta att vara ett centralt samverkansorgan när det gäller företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling. Utredningen föreslår dessutom att delegationen får i uppgift att följa och främja den sjukhusanknutna yrkesmedicinen. Utredningen har i betänkandet om yrkesmedicinens utbyggnad närmare utvecklat skälen för att yrkesmedicinens utbyggnad och utveckling behöver följas upp. Det starkaste skälet är att en utbyggd och väl fungerande yrkesmedicinsk verksamhet inom hälso- och sjukvården ökar förutsättningarna att få en väl fungerande företagshälsovård inom arbetarskyddet.

Delegationens uppgifter bör avse samverkan kring företagshälsovården och yrkesmedicinen som dess resurser i stort, utbyggnad och personal samt utbildning som rör personalen i företagshälsovården och yrkesmedicinen. Företagshälsovårdsutredningen föreslår att delegationens uppgifter blir följande

- att vara ett centralt organ för samverkan och information rörande företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling,
- att verka för en ändamålsenlig användning av resurserna för företagshälsovård och att centralt svara för samverkan med samhällets hälso- och sjukvård och andra resurser,
- att vid behov ange riktlinjer för och stödja det regionala samarbetet om företagshälsovård i yrkesinspektionsnämnderna,
- att i nära samverkan med yrkesinspektionsnämnderna följa utvecklingen av företagshälsovården,
- att ange riktlinjer för utbyggnaden av företagshälsovårdens personalresurser och ta initiativ till nödvändiga utbildningsinsatser vad gäller innehåll, dimensionering och lokalisering,
- att ägna uppmärksamhet åt behörighets- och kompetensfrågor för personalen i företagshälsovården och utfärda rekommendationer i sådana frågor,
- att följa och främja utbyggnad och utveckling av yrkesmedicinen.

Företagshälsovårdsutredningen föreslår, att i delegationen skall finnas företrädare för LO, TCO, SAF, SACO/SR, Kommunförbundet, Landstingsförbundet samt staten på så sätt att parterna blir lika företrädda samt företrädare för arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen. För ledamöter bör liksom nu utses suppleanter. Samverkan med t ex AMS om anpassningsfrågor bör kunna ske genom adjungering.

Man bör ta till vara möjligheten att till delegationen knyta tillfälliga arbetsgrupper och projektgrupper som kan ge delegationen underlag för ställningstaganden i olika frågor. Det tidigare nämnda projektet om informationshantering kan tjäna som exempel på behov av grupp för att bearbeta ett problemområde. Utbildnings- och behörighetsfrågorna kan också behöva beredas i särskild ordning liksom frågor om personalbehov.

Med tillfälliga grupper och med möjlighet till adjungering kan delegationen hållas vid rimlig storlek samtidigt som berördas intressen tas till vara. Företrädare för personalen i företagshälsovården kan t ex med fördel knytas till de tillfälliga grupperna.

Avslutningsvis vill utredningen föreslå, att företagshälsovårdsdelegationen, liksom nu är fallet, knyts till arbetarskyddsstyrelsen och får kanslireserver från styrelsen. Det bör ankomma på arbetarskyddsstyrelsen att bedöma, vilka resurser som behövs för att delegationen skall ha möjlighet att fullgöra de föreslagna uppgifterna.

7 Personal

7.1 Personalgrupper i företagshälsovården

7.1.1 Nuläget

I företagshälsovården har efter hand utkristalliserat sig ett ganska enhetligt mönster för personaluppsättningen. De grupper som nästan alltid förekommer är företagsläkare, företagssköterska, skyddsingenjör och sekreterare. Det har också blivit allt vanligare att företagssjukgymnast ingår i teamet. Mottagningsbiträden och undersköterskor finns vid vissa företagshälsovårdsenheter. Beteendevetare har anställts främst inom den statliga företagshälsovården men även i kommuners och landstings företagshälsovård samt i några företagshälsovårdsenheter inom privat sektor.

Av tabellen 7.1 nedan framgår vilka de vanligaste personalkategorierna är i företagshälsovården. Tabellen bygger på en enkät som företagshälsovårdsutredningen gjorde våren 1978 och vars resultat publicerats i rapporten Företagsläkarna och företagshälsovården (Ds A 1979:3).

Tabell 7.1 Personal i företagshälsovården 1978. Tjänster omräknade till heltidstjänster samt medeltalet sådana per personalkategori jämfört med antalet heltidstjänster som företagsläkare

Personalkategori	Heltids-tjänster	Medeltal per kategori jämfört med heltids-läkare (inkl vakanser)
Läkare	685	
Sjuksköterska	963	1,4
Undersköterska	137	0,2
Sjukvårdsbitr/mottagningsbitr	204	0,3
Sjukgymnast	188	0,3
Audiometris	24	0,04
Laboratorieassistent	10	0,01
Laboratoriebiträde	5	0,01
Skyddsingenjör	555	0,8
Skyddstekniker	93	0,1
Psykolog	11	0,02
Kurator/socionom	79	0,1
Läkarsekreterare (motsv)	602	0,9
Annan administrativ personal	107	0,2

Tabell 7.2 Personal i företagshälsovården i mars 1979. Antal personer med hel- eller deltidstjänst. Fördelning efter typ av företagshälsovård (Källa: LATT-79)

Typ av företags-hälsovård	1		2		3		4		5	
Personalkategori	Tot	varav delt	Tot	varav delt	Tot	varav delt	Tot	varav delt	Tot	varav delt
Läkare	297	110	53	15	79	46	81	33	6	2
Sjuksköterska	472	269	87	66	102	43	123	78	7	5
Undersköterska/ mottagningsbiträde/ lab-ass (motsv)	154	77	25	18	27	7	39	21	3	2
Sjukgymnast	96	67	16	13	21	8	42	21	1	1
Audiometris	33	15	13	9	5	1	–	–	–	–
Skyddsingenjör	276	39	52	15	49	5	35	8	5	4
Psykolog	–	–	–	–	3	3	–	–	–	–
Kurator/personal-konsulent (motsv)	39	12	2	2	23	9	42	17	5	4
Läkarsekreterare	232	153	41	30	84	31	109	72	–	–
Annan administrativ personal	60	38	3	2	20	7	12	4	–	–
Övrig personal	2	–	–	–	2	2	–	–	–	–
Summa	1 661	780	292	170	415	162	483	254	27	18

Viss dubbelräkning kan förekomma, eftersom samma person kan arbeta deltid vid mer än en enhet

Typ av företagshälsovård
1 S k inbyggd i ett enskilt större företag
2 S k inbyggd i ett enskilt större företag men betjänar flera företag (dock ej företagshälsovårdscentral)
3 Primärkommunal central (motsv) endast för kommunalt anställda
4 Landstingskommunal central (motsv) endast för landstings-anställda

Den senaste i princip heltäckande enkäten om personal i företagshälsovården gjordes av företagshälsovårdsutredningen i anslutning till den s k LATT-79 (Socialstyrelsens undersökning Läkares arbetstider och tjänster 1979). En bearbetning av enkätsvaren visar, att i mars 1979 hade c 5 000 personer anställning i företagshälsovården. Fördelning på personalkategorier, typ av företagshälsovård m m framgår av tabell 7.2. Tabell 7.1 avser antal tjänster omräknade till heltidstjänster medan tabell 7.2 avser antal personer med hel- eller deltidstjänst.

6		7		8		9		10		Summa	
Tot	varav delt	Tot	varav delt	Tot	varav delt	Tot	varav delt	Tot	varav delt	Tot	varav del
63	23	257	165	19	7	43	28	6	1	904	430
96	40	372	183	21	12	98	26	9	4	1 387	726
27	12	143	75	4	4	16	5	3	2	441	223
10	2	92	65	8	6	6	4	–	–	292	187
6	2	18	15	–	–	–	–	–	–	75	42
47	7	136	11	7	4	62	2	3	2	672	97
–	–	4	1	–	–	–	–	–	–	7	4
42	3	15	8	–	–	1	1	1	–	170	56
74	29	281	126	12	8	56	17	2	1	891	467
25	12	69	52	1	1	32	13	4	–	226	129
–	–	25	25	–	–	–	–	–	–	29	27
390	130	1 412	726	72	42	314	96	28	10	5 094	2 388

5 Landstingskommunal central för extern företagshälsovård
6 Statlig central (motsv) endast för statligt anställda
7 Företagshälsovårdscentral som betjänar flera företag inom skilda branscher (även landsting, kommun och stat kan ingå som medlem)
8 Företagshälsovårdscentral för anställda inom en bransch (lokal sammanslutning)
9 Företagshälsovårdscentral för regional del av riksomfattande branschorganisation
10 Annan typ

Undersökningarna 1978 och 1979 har smärre brister. Detta beror på att det vid undersökningstillfällena inte fanns några vare sig lokalt, regionalt eller centralt samlade uppgifter om den totala personalen i företagshälsovården. Inte heller fanns några smidiga vägar att samla in sådana uppgifter på. Detta gäller också i dag. SAF gör vissa sammanställningar för blandade centraler och inbyggd företagshälsovård för SAF-företag med uppgifter om antal företagsläkare, företagssköterskor, företagssjukgymnaster och skyddsingenjörer. Statshälsan har uppgifter om personal inom sitt område. Bygghälsan

m fl har också sammanställningar över personalläget för sin sektor. Eftersom företagshälsovård i många fall drivs i samverkan mellan t ex privata företag och kommuner eller landstingskommuner är det emellertid svårt att med hjälp av centralt insamlade uppgifter per huvudman om personalläget i "deras" företagshälsovård få en helhetsbild. Dessutom sker på t ex kommunal- och landstingssidan ingen regional eller central registrering av personalläget i företagshälsovården.

Resultaten i tabellerna 7.1 och 7.2 bygger på undersökningar som riktats direkt till kända företagshälsovårdsenheter. Vare sig vid undersökningstillfällena eller i dag registreras emellertid företagshälsovårdsenheter på ett sätt som gör att man lätt eller med säkerhet kan få fram en helhetsbild av vilka enheter som är i gång. Utredningens undersökningar 1978 och 1979 utgick från uppgifter om var företagsläkare var verksamma och kompletterades med andra uppgifter om vilka företagshälsovårdsenheter som fanns. Med dessa reservationer skall tabellerna 7.1 och 7.2 läsas.

Även om tabellerna bygger på något bristfälligt material framgår likväl klart att företagssköterskorna var den största personalgruppen 1978 och 1979. Därefter följer företagsläkare, tekniker (skyddsingenjörer och skyddstekniker) och sekreterare. Utvecklingen de senaste åren har inte medfört några förändringar vad gäller största personalgrupper i företagshälsovården. Det är fortfarande dessa fyra grupper som dominerar antalsmässigt. I avsnitt 7.3 gör utredningen en närmare analys av det aktuella läget personalgrupp för personalgrupp i anslutning till redovisning av personalbehovet.

7.1.2 Framåtblick

Företagshälsovårdsutredningen har i kapitel 5 beskrivit företagshälsovårdens arbetsfält i stort. Somliga företagshälsovårdsenheter kommer att behöva arbeta inom hela verksamhetsområdet, andra enheter kan behöva begränsa och eventuellt fördjupa sina insatser i delar av det beskrivna arbetsprogrammet. Det skall vara behovet lokalt som avgör insatserna.

Oavsett om företagshälsovården skall arbeta med hela eller med delar av programmet gäller generellt att i företagshälsovården måste finnas medicinskt och tekniskt samt psykologiskt och socialt kunnande för att arbetsmiljöproblemen skall kunna angripas på ett allsidigt sätt. I företagshälsovården behövs även administrativt kunnande för att verksamheten skall kunna fungera.

Skall företagshälsovården bli framgångsrik krävs ett väl fungerande lagarbete med experter som utöver sitt eget expertkunnande har god inblick i övriga experters kunnande. Företagshälsovårdsutredningen har följande principiella syn på personalbehovet i företagshälsovården.

- Medicinsk personal skall i första hand vara företagsläkare och företagssköterska. För assisterande uppgifter kan undersköterska komma ifråga.
- Teknisk personal skall i första hand vara skyddsingenjören. Därutöver kan behov finnas av yrkeshygieniker och skyddstekniker.

- En medicinsk befattningshavare, som vad gäller frågor rörande fysisk belastning kan fungera som viktig länk mellan medicinsk och teknisk personal, är företagssjukgymnasten.
- I en del fall kan personal med beteendevetenskaplig yrkesprofil behövas i företagshälsovården.
- För övergripande administrativ ledning av verksamheten och för uppgifter som rör ekonomi och vissa personaladministrativa frågor behövs VD (motsv). För sekreterarfunktion blir det aktuellt med assistent/sekreterare.

Företagshälsovårdsutredningen utgår sålunda från att företagshälsovården skall byggas upp och byggas ut med i huvudsak de personalkategorier som i dag finns i verksamheten. Enligt utredningens uppfattning finns emellertid anledning att se närmare på arbetsuppgifterna samt arbetsfördelningen mellan personalkategorierna. Detta skall göras med utgångspunkten att en flexibel arbetsfördelning ökar möjligheterna för befattningshavarna att vidga sina arbetsuppgifter. Detta kan i sin tur leda till ökat ansvar och stimulans för den enskilde samtidigt som verksamheten blir bättre.

Utredningen vill redan här för att undvika missförstånd betona vikten av att företagshälsovård utövas som lagarbete. Detta utesluter emellertid inte behovet av preciseringar av yrkesroll och kompetens för medlemmarna i laget. I nästa avsnitt behandlas, som bakgrund till sådana beskrivningar, en viktig aspekt på företagshälsovårdens interna arbetsformer, organisation och arbetsfördelning.

7.1.3 Något om företagshälsovårdens interna organisation och arbetssätt

Företagshälsovårdens personal skall ha som gemensamt mål att ge råd och service till skyddsorganisationen. Som närmare beskrivits i kapitel 5 kan arbetsfältet för företagshälsovården ha stor bredd men måste också variera beroende på behoven. Även arbetssätt och organisation förutsätts variera så att man lokalt lägger upp verksamheten efter förutsättningar och behov. Oavsett variationerna skall emellertid, som tidigare utvecklats, följande kriterier gälla för företagshälsovården

- opartisk, rådgivande expertfunktion,
- medicinskt och tekniskt samt psykiskt och socialt förebyggande med arbetsmiljön som utgångspunkt (hälsoskydd i arbetslivet),
- integrering i eller annan samordning med det lokala arbetarskyddet,
- partsinflytande på verksamheten,
- en sammanhållen resurs sedd från nyttjarnas sida.

Företagshälsovårdsutredningen redovisar i det följande sin syn på personal och arbetsfördelning i företagshälsovården. Därvid framhåller utredningen betydelsen av att experter med skilda yrkesprofiler finns med i företagshälsovårdens arbete. Utredningen har inte anledning att lägga några detaljerade

synpunkter på företagshälsovårdens interna organisation och arbetssätt men anser att en aspekt är särskilt betydelsefull när arbetet skall organiseras. Den hänger samman med företagshälsovårdens funktion som expert till skyddsorganisationen m fl och det ansvar företagshälsovården därvid har att på ett allsidigt sätt ge underlag för ställningstaganden.

Som tidigare framhållits byggdes företagshälsovården ursprungligen upp med enbart medicinsk personal. Så småningom kom även tekniker att rekryteras till företagshälsovården. Man började tala om den medicinska "delen" och den tekniska "delen". Inom vissa avtalsområden började man under 1970-talet också att rekrytera beteendevetare samtidigt som man började tala om en "psykosocial del". Denna tvådelning respektive tredelning skulle i sig inte behöva innebära någon nackdel för verksamheten men den har i vissa fall också lett till att man ute i företagshälsovården organisatoriskt två- eller tredelat verksamheten på ett sådant sätt att det t o m uppstått vattentäta skott mellan "delarna". Detta har ibland varit till förfång för den service som nyttjarna i form av skyddskommittéer, företagshälsovårdskommittéer m fl väntat sig. Omvänt kan även nyttjarna i en del fall ha haft andra förväntningar på företagshälsovården än de som arbetsmiljöavtalen ger uttryck för. Också detta kan ha uppmuntrat somliga företagshälsovårdsenheter att ge sin service i "delar".

Arbetsmiljöfrågorna är i allmänhet så sammansatta att de måste angripas på bred front av företagshälsovårdens personal. Även om enskilda befattningshavare måste ha sin yrkesprofil går det inte att dra upp strikta gränser mellan olika personalkategoriers befattningsområden. Tvärtom måste man organisera arbetet så att problemet avgör vilka som behöver medverka vid lösningen. Ergonomiska frågeställningar kan illustrera detta. En väl fungerande företagshälsovård kräver ett sammansvetsat arbetslag som kan arbeta flexibelt. Det är då viktigt att den interna organisationen av företagshälsovården inte är så starkt bunden till "delar" att helhetssynen på problemet kommer i andra hand.

Företagshälsovårdens personal måste ta ett samlat ansvar för att problemen får en allsidig belysning. Skyddskommittéer, företagshälsovårdskommittéer, skyddsombud, enskilda arbetstagare och arbetsledare m fl skall kunna vända sig till företagshälsovården med sina frågor och problem och känna att företagshälsovården ger svar och service utifrån den samlade kunskap som finns inom enheten. Företagshälsovårdens förebyggande arbete måste ha samma målsättning.

7.2 Personalens arbetsuppgifter och arbetsfördelning

7.2.1 Företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde

Det finns anledning att inledningsvis peka på de problem som hittills funnits när det gällt att formulera innehåll och arbetssätt i företagshälsovården i medicinskt avseende. Arbetsmiljöavtal och riktlinjer har framhållit verksamhetens förebyggande karaktär och dess inriktning på arbetsmiljön. Samhäl-

lets regler för ersättning till den som anordnar företagshälsovård har å andra sidan ekonomiskt premierat en ren sjukvårdsandel till 50 procent i den medicinska verksamheten.

Brist på utbildningsplatser och andra skäl har medverkat till att medicinsk personal rekryterats till företagshälsovården utan att ha genomgått specialutbildning i företagshälsovård eller på annat sätt fått introduktion till ett arbetsfält som visserligen får ses som en medicinsk primärvårdsfunktion men som skall ha sin tyngdpunkt i arbetarskyddet och de problem arbetsmiljön kan förorsaka. I den situationen har företagshälsovårdens medicinska personal ibland fortsatt att arbeta på samma sätt och med samma inriktning som i hälso- och sjukvården. Det kan ha lett till att det arbetsmiljöinriktade arbetet fått stå tillbaka för ren patientverksamhet utan relation till arbetsmiljön.

Förväntningarna på företagshälsovården från arbetstagarna kan också ha förstärkt inriktningen mot allmän sjukvård. En viktig faktor när det gäller den medicinska företagshälsovårdens svårigheter att arbeta arbetsmiljöinriktat istället för sjukvårdsinriktat har självfallet varit brister i den öppna hälso- och sjukvården. När möjligheten att "komma till doktorn" upplevts som obefintlig eller begränsad har arbetstagarna sett företagshälsovården som en god ersättning för samhällets hälso- och sjukvård. Arbetsgivaren kan också ha ett ekonomiskt intresse, utöver det som gäller återbäringen från samhället, att ha en lättillgänglig sjukvård som minskar frånvaron för besök i den öppna vården.

På många håll inom företagshälsovården har emellertid, trots de redovisade svårigheterna, utvecklats en god medicinsk verksamhet som är riktad mot arbetsmiljön och de problem den kan ge upphov till. På grundval av arbetsmiljöavtalen och efter utbildning och erfarenhet har personalen successivt utformat och utvecklat en sådan medicinsk verksamhet.

Företagshälsovård har likväl inte räknats som och formulerats i termer av självständigt medicinskt verksamhetsområde. Det medicinska innehållet i verksamheten har ibland uppfattats som svårgripbart och svårt att avgränsa. Detta har särskilt kommit till uttryck från personer som inte arbetar inom företagshälsovården. Ibland har t o m ifrågasatts behovet av medicinska insatser i företagshälsovården. Tveksamheter av nämnt slag kan ha bidragit till svårigheter att rekrytera läkare till företagshälsovården.

Socialmedicin, allmänmedicin och långvårdsmedicin är exempel på medicinska verksamhetsområden som liksom företagshälsovård uppfattats som diffusa och svåra att precisera. De nämnda exemplen representerar verksamhetsområden där man inte arbetar organspecifikt eller med ett i övrigt lätt avgränsbart arbetsfält. Socialmedicin, allmänmedicin och långvårdsmedicin har emellertid så småningom erkänts som självständiga medicinska verksamhetsområden med behov av personal med för områdena avpassad medicinsk kompetens.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning finns starka skäl att lägga fast företagshälsovården som ett avgränsat medicinskt verksamhetsområde. Detta är för det första betydelsefullt för att undanröja tvivel om behovet av medicinsk medverkan inom arbetarskyddet. Det gäller också att utforma och beskriva verksamheten på ett sådant sätt att det kan te sig lockande att arbeta inom området. Verksamheten måste vidare vara så

motiverande som självständig "medicinsk specialitet" att den medicinska personalen ser ett egenvärde i arbetsfältet och inte känner behov av att arbeta i en traditionell sjukvårdsroll snarare än att försöka angripa problemen i arbetsmiljön med medicinsk utgångspunkt. Det gäller med andra ord att göra klart att medicinskt kunnande och medicinsk personal har ett viktigt verksamhetsfält inom arbetsmiljöområdet och att "medicinsk arbetsmiljöbevakning" kan vara lika angelägen och motiverande för den medicinska personalen som t ex specialiserad sjukvård. Det är samtidigt viktigt att kunna visa, att det medicinska arbetsfältet i företagshälsovården kräver speciell kompetens. Detta kan medverka till att t ex läkare utan erforderlig utbildning inte kan ge sken av att erbjuda företagshälsovård bara genom att etablera sig under beteckningen företagshälsovård och med tillhandahållande av t ex hälsokontroller.

Slutligen vill företagshälsovårdsutredningen peka på behovet av att precisera det medicinska verksamhetsfältet i företagshälsovården för att därmed öka möjligheterna att meriteringsmässigt få det jämförbart med andra medicinska verksamheter. Utredningen återkommer till denna fråga i avsnitt 7.4.2.

Företagshälsovårdsutredningen vill beskriva den medicinska verksamheten i företagshälsovården på följande sätt.

Företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde skall utgå från en helhetssyn på människan i arbetsmiljön. En huvuduppgift blir att svara för hälsoskyddet i arbetet. Därvid gäller det att

- identifiera samband mellan arbetsmiljö och ohälsa,
- förebygga ohälsa i arbetslivet,
- tidigt upptäcka och åtgärda eller föreslå åtgärder mot ohälsa, om det förebyggande arbetet inte varit tillräckligt effektivt,
- bedöma enskilda individers arbetsförmåga och möjligheter till arbetsanpassning,
- medverka i rehabilitering samt
- utbilda och informera.

Företagshälsovården bör liksom den allmänmedicinska verksamheten kännetecknas av närhet och kontinuitet. Den skall inriktas på arbetsmiljön och dess betydelse för hälsan hos en avgränsad grupp av människor i arbetslivet, d v s de som arbetar på den eller de arbetsplatser som företagshälsovården betjänar. Miljöinriktade förebyggande insatser, såsom sjukdomsförebyggande utredningar, analyser och åtgärder, skall stå i första rummet. Arbetsmiljöanalyser, hälsoundersökningar, olycksfallsförebyggande arbete samt anpassnings- och rehabiliteringsinsatser förutsätts också bli centrala inslag i verksamheten.

På samma sätt som inom allmänmedicinen förutsätts vissa sjukdomar och skador kunna diagnostiseras och behandlas inom företgshälsovården, särskilt i de fall då sådant är motiverat med hänsyn till arbetsanpassning m m. Kunskap bör också finnas om de vårdinstanser till vilka remiss blir aktuell då ytterligare diagnostik eller behandling erfordras. Förtrogenhet och samarbete med samhällets hälso- och sjukvård, socialtjänst och arbetsvård m m bör bidra till att arbetsmiljöaspekter också där vägs in i bedömningar vid diagnos och behandling av enskilda fall. Väsentligt är också att företagshälsovården

kan medverka till att lämplig rehabilitering läggs upp och genomförs med beaktande av arbetsmiljön och med de anpassningsåtgärder som kan behövas.

Ytterligare en aspekt avser medicinska bedömningar i försäkringsärenden, d v s bedömningar av samband mellan sjukdom eller skada och arbetsmiljö vid utredning av arbetsskadeärenden.

Företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde skall bedrivas i nära samverkan med övrig expertis. Verksamhetsområdet måste därför även avse grundläggande kunskaper om de tekniska möjligheterna att mäta och analysera risker i arbetsmiljön. Området skall också avse psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem och beteendevetenskapliga metoder att förebygga eller åtgärda sådana problem.

Till företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde skall också räknas forsknings- och utvecklingsarbete.

I kapitel 8 lägger utredningen förslag om att företagshälsovård skall bli en självständig medicinsk specialitet för läkare. Utredningen utvecklar också skälen för att jämställa företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde med andra medicinska områden när det gäller sjuksköterskor och sjukgymnaster.

7.2.2 Arbetsfördelning i företagshälsovårdens medicinska verksamhet

Enligt utredningens uppfattning blir, som tidigare nämnts, fyra medicinskt utbildade personalgrupper aktuella i företagshälsovården, nämligen företagsläkare, företagssköterska, företagssjukgymnast och undersköterska. Gemensamt skall de ansvara för den medicinska verksamheten i nära samverkan med annan personal i företagshälsovården.

Läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och undersköterska har var för sig en yrkesroll som är väl etablerad. Även om det i det dagliga arbetet förekommer överlappningar i arbetsuppgifterna är arbetsfördelningen relativt given. Var och en har medicinskt yrkesansvar inom sitt område.

Under senare år har i utredningar och rapporter framhållits betydelsen av ändrade, mer demokratiska arbetsformer inom hälso- och sjukvården. Försök har påbörjats med bl a gruppvård. Den nya lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område ger också möjligheter till ändrade arbetsformer och arbetsfördelningar.

Anledningen till att företagshälsovården i sitt interna arbete ibland tillämpar samma arbetsmönster som den offentliga hälso- och sjukvården och har samma arbetsfördelning är naturlig, eftersom företagshälsovårdens medicinska personal i allmänhet kommer från denna verksamhet. Svårigheterna att "utbilda ikapp" företagshälsovårdens efterfrågan på personal har lett till att personal många gånger rekryteras till företagshälsovården utan att den fått specialutbildning i företagshälsovård. På samma sätt som företagshälsovården ibland fått samma inriktning som den offentliga hälso- och sjukvården har den ibland fått hälso- och sjukvårdens arbetsformer och arbetsfördelning.

När det gäller företagshälsovården finns inte anledning att av skäl som gäller beslutsprocessen följa den ordning och det organisationsmönster som

präglar t ex hälso- och sjukvården på sjukhusen. Närmare till hands är att se på de beslutsprocesser som finns i arbetslivet och i synnerhet i anslutning till arbetsmiljölag och arbetsmiljöavtal och pröva om inte den anda som präglar dessa processer också kunde prägla organisationsmönstret och därmed arbetsfördelningen i företagshälsovårdens interna arbete.

Det finns anledning att något dröja vid delegeringsmöjligheterna inom hälso- och sjukvården. Dessa ger ramarna för ändrad arbetsfördelning inom hälso- och sjukvården. För företagshälsovården i medicinskt avseende blir de också styrande för ändrad arbetsfördelning. Socialstyrelsen har utfärdat en kungörelse med allmänna råd om delegering inom hälso- och sjukvård m m (SOSFS (M) 1980:100). I den heter det bl a:

Fördelningen av arbetsuppgifter bland personal inom hälso- och sjukvård är i första hand beroende av de göromål, som är förenade med olika tjänster. I praktiken sker ofta arbetsfördelningen i och med att tjänsterna karakteriseras som läkartjänster, undersköterskетjänster etc. Det är i och för sig också naturligt, att t ex en sjuksköterska på sin sjuksköterskетjänst har att fullgöra sådana arbetsuppgifter som hon i egenskap av sjuksköterska är utbildad och därmed formellt kompetent för. Men inte enbart tjänsternas innehåll och den enskildes utbildning styr arbetsfördelningen. Möjligheter finns att genom *delegering* överföra arbetsuppgifter från befattningshavare med *formell* kompetens till annan som saknar formell men likväl besitter *reell* kompetens för uppgifterna i fråga.

– – –

Genom delegeringsförfarandet ges möjlighet att än bättre tillvarata personalens kunskaper och färdigheter och därmed höja effektiviteten i verksamheten. Därför bör möjligheten att delegera arbetsuppgifter fortlöpande prövas inom varje enhet. Delegeringsmöjligheten får dock inte utnyttjas i avsikt att lösa bristsituationer under vissa perioder, t ex för att vid personalbrist generellt ersätta dem som är utbildade eller av ekonomiska skäl.

Om innebörden av begreppen formell kompetens, reell kompetens och delegering heter det följande i socialstyrelsens råd:

För att en befattningshavare skall kunna inneha tjänst inom viss verksamhet (t ex som sjuksköterska) anges ibland i författning, att vederbörande skall med godkända betyg ha genomgått för denna verksamhet fastställd yrkesutbildning. Med avgångsbetyg/utbildningsbevis/legitimation dokumenterar en person då sin *formella kompetens* för tjänsten. Personens yrkeskunnande har prövats i relation till den yrkesutbildning, som han/hon har genomgått. Vederbörande anses genom utbildningen ha erhållit de faktiska kunskaper och färdigheter som erfordras för att lösa de arbetsuppgifter som yrkesutbildningen avser. Så t ex har en legitimerad läkare bl a genom sin utbildning erhållit formell kompetens att utöva läkaryrket.

Men kunskaper och färdigheter för att utföra en viss eller vissa arbetsuppgifter kan inhämtas också på annat sätt än genom fastställd formell yrkesutbildning, t ex i den praktiska yrkesverksamheten. I sådant fall saknar vederbörande sålunda formell kompetens för uppgiften, men kan sägas ha *reell kompetens* för densamma.

Den som på nyss angivet sätt skaffat sig reell kompetens för en viss uppgift har emellertid inte utan vidare rätt att få utföra den. Vederbörande kan först genom *delegering* tilldelas uppgiften. Delegering innebär sålunda att en eller flera arbetsuppgifter – eller delmoment ingående i större arbetsuppgifter – genom beslut härom (se närmare nedan) *överförs från en befattningshavare, som är formellt kompetent för uppgiften(-erna), till en annan befattningshavare, som saknar formell men äger reell kompetens för uppgiften(-erna).*

Ett delegeringsbeslut kan meddelas med den innebörden att viss befattningshavare tills vidare eller under begränsad tid skall få utföra viss eller vissa arbetsuppgifter. Men det kan också meddelas för ett enda eller flera tillfällen och avse t ex vården av vissa patienter.

Bland begränsningarna i delegeringsmöjligheterna anges bl a:

Ett delegeringsbeslut är *personligt*, dvs det meddelas alltid till viss person. Om sålunda någon som fått en uppgift delegerad till sig sedermera är tjänstledig eller slutar sin tjänst, får vikarien eller tjänstens nye innehavare *inte automatiskt* överta den delegerade uppgiften (såvida inte vederbörande är formellt kompetent för den).

Möjligheterna till och anvisningarna om delegering med hänsyn till reell kompetens är självfallet av stort värde och bör tas till vara i företagshälsovårdens arbete. Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning bör man dessutom mera generellt beskriva företagsläkarens, företagssköterskans, företagssjukgymnastens och undersköterskans i företagshälsovården arbetsuppgifter med de vidgade uppgifter som i första hand företagssköterskan bör kunna få beroende på de speciella förutsättningar arbetet i företagshälsovården ger.

En viktig utgångspunkt för överväganden om arbetsfördelning inom företagshälsovårdens medicinska verksamhetsområde är att åtgärderna i stor utsträckning skall inriktas på arbetsmiljön och inte på medicinsk behandling som t ex i allmänmedicinen. Den direkt patientrelaterade verksamheten blir därför mindre i företagshälsovården än i hälso- och sjukvården. Med hänsyn till företagshälsovårdens karaktär av hälsoskydd i arbetslivet som en del av arbetarskyddet blir, som tidigare nämnts, andra insatser än medicinsk behandling mera allmänt förekommande. Det kan gälla

- uppläggning och genomförande av arbetsmiljöinriktade undersökningar,
- planering och genomförande av hälsoundersökningar i förebyggande syfte,
- planering för genomförande av rehabiliteringsprogram,
- bedömningar av samband mellan ohälsa eller skada och arbetsmiljö,

och det kan i stor utsträckning gälla

- information och utbildning som syftar till att förebygga sjukdom och skada.

Med hänsyn till att de psykiska och sociala effekterna av arbetsmiljön börjar uppmärksammas alltmer måste insatserna medicinskt också vidgas mot kroppsmedicinska besvär (symtom) som kan ha psykiska och sociala orsaker. Förebyggande arbete inom det psykiska och sociala området blir också en uppgift för den medicinska personalen.

En annan viktig aspekt på arbetsfördelningen medicinskt i företagshälsovården är att "upptagningsområdet" är välavgränsat (en eller flera klart identifierbara arbetsplatser). Detta ger möjlighet till överblick av risk- och sjukdomspanorama samtidigt som det förebyggande arbetet kan ställa stora krav på medicinska sambandsbedömningar. Dessa mera kvalificerade sambandsbedömningar skall självfallet göras av företagsläkaren. Men den avgränsning och möjlighet till överblick som nämnts ger å andra sidan goda

möjligheter för företagssköterskor och företagssjukgymnaster att utföra medicinska undersökningar, t ex riktade sådana enligt fastställda program. I kapitel 6 har utredningen pekat på möjligheterna att ge företagssköterskor vidgade uppgifter i en filialverksamhet för att nå ut till de små företagen. Självfallet kommer inte sådan verksamhet att kunna drivas utan medverkan av företagsläkare.

Det som nu har sagts bör kunna medverka till att arbetsfördelningen mellan i första hand företagsläkare och företagssköterska ändras till förmån för ett vidgat arbetsområde för företagssköterskan med fler uppgifter som vederbörande kan sköta självständigt och även i vissa fall ha direkt ansvar för. Med hänsyn till att det förebyggande arbetet i företagshälsovården är under utveckling och kan behöva förstärkas ger en ändrad arbetsfördelning företagsläkarna ökade möjligheter att ägna sig åt utveckling av det medicinskt förebyggande arbetet och anpassningsfrågor. Med företagssjukgymnast i arbetslaget ökar också företagshälsovårdens möjligheter att medicinskt i anslutning till belastningsproblem göra sambandsbedömningar, insatser för anpassning av arbetsplatsen samt program för rehabilitering. Detta förutsätts kunna både fördjupa företagsläkarens arbetsfält och avlasta vederbörande vissa uppgifter medicinskt. Därmed skulle också förutsättningarna för företagsläkarna att utveckla och prioritera förebyggande insatser kunna öka.

Vidgade och mer självständiga arbetsuppgifter för företagssköterskor öppnar också möjligheter för mer kvalificerade uppgifter för undersköterskor och sekreterare/assistenter i företagshälsovården. Dessa bör nämligen kunna få ett vidgat arbetsfält genom att vissa rutinundersökningar respektive administrativa uppgifter tas över från företagssköterskor inom ramen för givna kompetenser.

Redan i dag finns inom företagshälsovården goda exempel på att man ändrat den gängse arbetsfördelningen mellan läkare och sjuksköterska och att företagssköterskor därvid fått vidgade arbetsuppgifter. I somliga fall har detta skett genom formell delegering. I andra fall har arbetsuppgifterna lagts in i det ordinarie arbetsfältet för företagssköterska och således knutits till tjänsten och inte till den person som för tillfället innehar tjänsten. De vidgade uppgifterna för företagssköterskorna är delvis traditionellt medicinska. Men i stor utsträckning har också sådana uppgifter förekommit som blir en följd av att allmänmedicinsk verksamhet skall omsättas till hälsoskydd i arbetet. Utredningen har ovan gett exempel på uppgifter av den typen.

I följande avsnitt redovisar utredningen sin syn på arbetsuppgifter och tyngdpunkt i yrkesrollen för medicinskt utbildade befattningshavare i företagshälsovården.

Det som nu har sagts skall självfallet inte utesluta en fortsatt delegering utöver den arbetsfördelning som behandlas i följande avsnitt. Sådan delegering bör bl a göras med syfte att pröva om arbetsfördelningen kan ändras mer permanent.

7.2.3 Medicinsk personal

7.2.3.1 Företagsläkaren

Utredningen har i kapitel 5 beskrivit företagshälsovårdens arbetsfält. I avsnitt 7.2.1 har utredningen dessutom beskrivit företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde. Företagsläkaren skall medicinskt ha huvudansvaret i företagshälsovården även om företagssköterskan och företagssjukgymnasten relativt självständigt bör kunna utföra en rad uppgifter inom verksamhetsområdet.

Företagshälsovårdsutredningen anser således, att företagsläkaren skall vara rustad att som medicinsk expert kunna verka inom i princip hela det arbetsfält som beskrivits i kapitel 5 respektive avsnitt 7.2.1 vad gäller miljöinriktade förebyggande insatser, individ- och gruppinriktade förebyggande insatser, behandlande verksamhet, arbetsskadeutredningar, information och utbildning, utvecklingsarbete och forskning samt planering och samverkan.

Företagsläkarens arbete måste i framtiden bli alltmer inriktat på arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av skador och sjukdomar. Sambandsfrågor måste prioriteras liksom förebyggande åtgärder. Anpassnings- och rehabiliteringsinsatserna måste få större tyngd. Genom en planerad arbetsfördelning mellan företagsläkare och företagssköterska respektive företagssjukgymnast bör företagsläkaren, jämte sina löpande uppgifter, kunna få utrymme för det långsiktigt förebyggande arbetet och för uppläggning av undersökningar och åtgärder som kräver kvalificerade medicinska bedömningar samtidigt som företagssköterskan och företagssjukgymnasten tar ett vidgat ansvar för att genomföra vissa undersökningar och anpassningsåtgärder m m.

Kravet på företagsläkarens kunskaper skall relateras till företagshälsovården som "primärvårdsfunktion", d v s företagshälsovården som frontorganisation med möjligheter att samverka med specialistresurser i form av t ex yrkesmedicin, allergologi, dermatologi, lungmedicin, internmedicin, neurofysiologi, neurologi, oftalmologi, ortopedi, psykiatri och röntgendiagnostik. Givetvis förutsätts också stark samverkan med i första hand allmänmedicinen inom primärvården.

Tyngdpunkter i företagsläkarens arbete skall vara

- planering av den medicinska verksamheten,
- förebyggande riskbedömning,
- sjukvårdande verksamhet med avseende på arbetsrelaterade sjukdomar,
- bedömning av samband mellan arbetsmiljön och ohälsa i individuella fall eller för grupper,
- planering av hälsoundersökningar,
- bedömning av arbetsförmåga och möjlighet till arbetsanpassning,
- råd om åtgärder för att anpassa arbetsmiljön till människans förutsättningar fysiskt, psykiskt och socialt,
- planering, uppläggning, genomförande och utvärdering av rehabiliteringsprogram.

Företagsläkarens arbete förutsätter vid sidan av medicinska kunskaper god kunskap om samband arbete – hälsa såväl medicinskt som psykiskt och socialt. Arbetet förutsätter dessutom att vederbörande behärskar utrednings- och kartläggningsmetoder av betydelse för den arbetsmiljöinriktade och i övrigt förebyggande verksamheten. Metoder att utvärdera effekter av vidtagna åtgärder är väsentliga i sammanhanget.

En viktig del av företagsläkarens arbete måste ske i form av utbildning och information. Företagsläkaren måste ha goda pedagogiska kunskaper. Till detta skall läggas beredskap att följa forsknings- och utvecklingsarbete inom arbetsmedicinen och att själv medverka i utvecklings- och forskningsprojekt som inte bara avser den egna företagshälsovårdsenheten.

7.2.3.2 Företagssköterskan

7.2.3.2.1 Sjuksköterskans arbetsfält

Sjuksköterskan har sin grundkompetens med inriktning på behandlande, individinriktad medicinsk verksamhet. Rollen och arbetsuppgifterna är under förändring. Uppgifterna vidgas och blir mer kvalificerade bl a genom att nya metoder utvecklas för diagnostik och behandling. Den framtida yrkesrollen kan väntas få en starkare inriktning mot vårdplanering, ledning och samordning av det löpande vårdarbetet. Undervisning och handledning av personal och elever liksom information till patienter är viktiga inslag i arbetsfältet för en sjuksköterska. I vårdlaget eller som distriktssköterska får sjuksköterskan dessutom svara för mer kvalificerade medicinska insatser i den mån läkarmedverkan inte behövs för sådana insatser.

Utvecklingen ställer också krav på sjuksköterskorna att arbeta förebyggande och se sambandet mellan å ena sidan hälsa å andra sidan samhälle och miljö. Dagens sjuksköterskor är knappast utbildade för de nya uppgifterna och det kommer troligen att ta viss tid innan det nya synsättet slår igenom i hälso- och sjukvårdens dagliga arbete.

Sjuksköterskornas utbildning lades om fr o m hösten 1982. I de nya utbildningsplanerna betonas det nya synsättet såväl vad gäller omvårdnad som förebyggande åtgärder. Därför kan man räkna med att det på arbetsmarknaden om några år kommer ut sjuksköterskor med särskilt goda förutsättningar att medverka till en mer offensiv hälso- och sjukvård. Även efterutbildning för redan verksamma sjuksköterskor kan väntas bidra till sådan inriktning av hälso- och sjukvården.

Det som nu sagts om sjuksköterskor ger en god utgångspunkt för överväganden om vidgade och mer självständiga uppgifter också för företagssköterskor.

7.2.3.2.2. Företagssköterskans roll och arbetsfält

Som utredningen tidigare framhållit är det väsentligt att företagsköterskan inom de ramar som det medicinska yrkesansvaret medger har arbetsuppgifter som kan utföras självständigt. Företagssköterskan skall liksom företagsläkaren kunna fungera i sin yrkesroll inom det verksamhetsfält som beskrivits i kapitel 5 respektive avsnitt 7.2.1. Företagsläkaren skall emellertid, som tidigare nämnts, medicinskt ha huvudansvaret för verksamheten. Detta

innebär, att företagssköterskan skall kunna medverka i arbetet inom hela det medicinska fältet samt självständigt ansvara för en del av verksamheten med möjlighet att konsultera företagsläkaren om så skulle behövas.

En arbetsgrupp under företagshälsovårdsutredningen har analyserat företagssköterskans arbetsfält och utbildningsbehov och lagt förslag om framtida arbetsuppgifter och utbildning för företagssköterskor (Företagssköterskornas och undersköterskornas arbetsfält och behov av utbildning i framtiden. Rapport 1982-11-17 (stencil)). Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning bör företagssköterskorna framöver få vidgade uppgifter och ökat ansvar inom en rad områden. Detta kan ske dels genom delegering från läkare, dels genom att arbetsfältet vidgas efterhand som utbildningen förebereder för nya uppgifter. Som exempel på områden för vidgade uppgifter för företagssköterskan kan följande nämnas som samtidigt representerar tyngdpunkterna i företagssköterskans arbetsområde.

- Medicinska undersökningar vid kartläggning av riskmiljöer och riskgrupper.
- Sjukvårdande verksamhet med avseende på arbetsrelaterade sjukdomar.
- Hälsoundersökningar enligt vissa program.
- Bedömningar som rör psykiska och sociala faktorer i arbetsmiljön.
- Organisation och utbildning för första hjälpen vid olycksfall.
- Utbildning och information om företagshälsovård och förebyggande insatser inom området.

Företagssköterskans vidgade uppgifter skulle, som framgår av uppräkningen, bl a gälla medicinska undersökningar. Problemformulering inför undersökningarna förutsätts ske i samarbete med företagsläkaren och eventuellt andra befattningshavare i företagshälsovården. Analys av resultaten bör i många fall kunna vara en uppgift för företagssköterskan, t ex vid traditionella hälsoundersökningar. Mer kvalificerade sambandsbedömningar, t ex vid kartläggning av riskmiljöer och riskgrupper, måste ske i samarbete med företagsläkaren.

Företagssköterskan skall liksom de andra befattningshavarna rikta in sitt arbete på att förebygga ohälsa. För att företagshälsovården skall få utrymme för förebyggande åtgärder krävs nära samverkan med den allmänna hälso- och sjukvården, socialtjänsten m fl och bedömning av vilka fall av ohälsa som inte bör belasta företagshälsovården. I mer komplicerade fall måste sådan bedömning göras av företagsläkare. I andra fall blir det en viktig uppgift för företagssköterskan att medverka till att den vårdsökande kommer till rätt vårdinstans. På samma sätt bör företagssköterskan kunna fungera som företagshälsovårdens kontaktperson när det gäller att lägga upp program för rehabilitering i arbetet eller vidta åtgärder för anpassning när någon varit sjukskriven en längre tid. Detsamma gäller vid omplacering eller nyrekrytering av personer med arbetshandikapp.

Företagssköterskan bör liksom avdelningsföreståndaren i hälso- och sjukvården kunna ha löpande arbetsledande uppgifter i ett arbetslag med företagssköterskor och i förekommande fall undersköterskor.

7.2.3.3 Företagssjukgymnasten

7.2.3.3.1 Sjukgymnastens arbetsfält

Sjukgymnasten har sin grundkompetens inom sjukgymnastiken. Vederbörande skall kunna bedöma en patients funktionstillstånd, analysera funktionsrubbningar och lägga upp en behandlingsplan. Sjukgymnastens behandlingsformer kan vara andningsvård, rörlighets- och styrketräning, konditions- och koordinationsträning, smärtlindring samt avvägning mellan avspänning och aktivering inom psykiatrisk behandling. I behandlingen ingår även utprovning av och träning med tekniska hjälpmedel såsom förflyttningshjälpmedel och träningsredskap. Patienten instrueras att i sitt dagliga liv använda rätt arbetsteknik och arbetsställningar med tanke på funktionsrubbningens art. Sjukgymnasten kan efter undersökning och behandlingsplanering instruera annan personal att utföra delar av behandlingen eller övervaka självträningsprogram.

Behovet av insatser från sjukgymnaster har länge varit stort i samhället samtidigt som utbildningsresurserna varit begränsade och därmed behoven svåra att fylla. Sjukgymnasterna har huvudsakligen varit inriktade på habilitering och rehabilitering i den slutna akutsjukvården men har efterhand också etablerat sig i halvöppna och öppna vårdformer. Den förebyggande verksamheten har i allmänhet fått inriktas på patienter inom sluten vård i syfte att förhindra ytterligare försämrat allmäntillstånd. Man kan emellertid räkna med att samhällets hälso- och sjukvård i framtiden lägger stor vikt vid åtgärder som förhindrar eller skjuter upp behov av vård och att detta också skall slå igenom i sjukgymnasternas arbete. Sjukgymnasternas utbildning läggs inom kort om med bl a inriktning på förebyggande åtgärder. Grundutbildningen förutsätts ge kunskaper och färdigheter för förebyggande insatser vid sidan av diagnostik och behandling.

7.2.3.3.2 Företagssjukgymnastens arbetsfält

Sjukgymnaster har kommit in i företagshälsovården relativt sent. De anställdes inledningsvis för behandlande uppgifter. Sedermera har inriktningen av företagshälsovården mot förebyggande arbete liksom tillkomsten av vidareutbildning för sjukgymnaster i företagshälsovård bidragit till att företagssjukgymnaster alltmer inriktar sin verksamhet på förebyggande åtgärder.

Ökad uppmärksamhet på belastningssjukdomar och skador till följd av felaktiga arbetsställningar eller felaktig arbetsteknik har medfört att företagshälsovården i ökad utsträckning rekryterar företagssjukgymnaster, även om långt ifrån alla företagshälsovårdsenheter har tillgång till företagssjukgymnast i dag.

Företagssjukgymnasterna har visat sig utföra ett mycket uppskattat arbete i företagshälsovården. Efterfrågan på behandling samt brister i samhällets hälso- och sjukvård vad gäller tillgång till sjukgymnaster för behandling har gjort att företagssjukgymnasterna måst ägna sig mer åt behandling än som är önskvärt. Likväl har företagssjukgymnasterna visat att de kan påverka arbetsmiljön och individen genom ergonomiska åtgärder i förebyggande syfte.

Enligt företagshälsovårdsutredningens bedömningar måste ergonomiska frågor uppmärksammas i mycket större utsträckning än hittills i företagshälsovårdens arbete. Utredningen har utvecklat detta närmare i kapitel 5. Företagssjukgymnasten får här en central roll och ett betydande ansvar, även om uppgifterna kräver lagarbete.

Företagssjukgymnasten skall ha som huvuduppgift att vara ergonomisk rådgivare i frågor som rör arbetsställningar, arbetsrörelser och fysisk belastning. Företagssjukgymnasten skall därvid i första hand arbeta förebyggande genom att genomföra eller medverka i arbetsmiljökartläggningar, medverka i planeringen vid ombyggnad, nybyggnad eller ändring av produktion eller produktionsprocesser, medverka vid inköp av arbetsmöbler, redskap, maskiner och utrustning. Utbildning och information om arbetsställningar, arbetsteknik och avspänning är också centrala förebyggande uppgifter. Vidare skall företagssjukgymnasten självständigt eller i samverkan med annan medicinsk och teknisk personal göra ergonomiska kartläggningar och utredningar av belastningsrelaterade besvär på arbetsplatsen. Vederbörande skall också medverka vid nyanställningsundersökningar och andra hälsoundersökningar samt vid omplacering där ergonomisk bedömning har betydelse. Detsamma gäller inplacering med stöd av främjandelagen.

Till företagssjukgymnastens arbetsfält skall också höra att föreslå åtgärder för anpassning av arbetet och utvärdering av sådana åtgärder.

Den behandlande verksamhet som företagssjukgymnasten skall syssla med skall avse funktion i förhållande till arbetet. Därvid skall diagnostik, funktionsbedömning och sambandsbedömning förekomma, i vissa fall även provbehandling och kortare behandlingsinsatser. Slussning av patienten till rätt vårdinstans och eventuellt samarbete med sjukgymnaster eller andra befattningshavare i samhällets hälso- och sjukvård skall också ingå i arbetet som självklara uppgifter.

I samband med rehabilitering skall företagssjukgymnasten kunna medverka till att rehabiliteringsprogram upprättas och genomförs liksom att individuella anpassningsåtgärder vidtas.

Ergonomiska sambandsbedömningar i arbetsskadeärenden blir också en viktig uppgift för företagssjukgymnasten.

7.2.3.4 Undersköterskan i företagshälsovården

Vid en del företagshälsovårdsenheter har undersköterskor anställts för vissa arbetsuppgifter. Under läkares, företagssköterskas eller företagssjukgymnasts ledning utför de assisterande medicinska arbetsuppgifter. Dessa gäller i allmänhet mottagning av patienter, förberedelse för undersökning samt provtagning och registrering av resultat av provtagning m m.

Företagshälsovårdsutredningens arbetsgrupp för företagssköterskor och undersköterskor har närmare studerat arbetsuppgifterna för undersköterskorna i företagshälsovården. Det visar sig, att arbetsuppgifterna inte väsentligt skiljer sig från de uppgifter en undersköterska har i hälso- och sjukvården. Somliga undersköterskor i företagshälsovården har dock efterhand fått en del vidgade arbetsuppgifter genom att utföra t ex hörselundersökningar och syntester.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning bör undersköterskan i företagshälsovården även fortsättningsvis ha assisterande uppgifter inom det gängse arbetsfältet för undersköterskan i hälso- och sjukvården. Vederbörande förutsätts emellertid också inom arbetslagets ram få vidgade arbetsuppgifter med anknytning till företagshälsovårdens förebyggande arbete. Det kan gälla tidigare nämnda undersökningar och test men också hälsoinformation som komplettering till hälso- och sjukvårdens hälsoinformation.

7.2.4 Företagshälsovård som tekniskt verksamhetsområde och personal för området

Företagshälsovårdens tekniska verksamhet är under stark utveckling. Från att i huvudsak ha varit inriktad på mätningar och löpande skyddsverksamhet har den utvecklats till en effektivt förebyggande verksamhet med tyngdpunkten i planering och projektering. En väsentlig uppgift är att föra in kunskaper om arbetsmiljön i företagen och medverka till att de omsätts till bästa möjliga lösningar anpassade till företagens speciella förhållanden.

Den tekniska verksamheten i företagshälsovården har en särart som skiljer den från den tekniska verksamhet som bedrivs inom företagens linjeorganisation. Den snabba tekniska utvecklingen och de allt påtagligare behoven av en förebyggande verksamhet i nära anslutning till företagen ställer nya krav på miljöteknisk kompetens som i allmänhet inte kan finnas att tillgå fullt ut i företagens egen linjeorganisation. Det är som en kompletterande specialistresurs till denna som företagshälsovårdens tekniska insatser får ses, där företagshälsovårdens förutsättningar att integrera tekniska, medicinska och beteendevetenskapliga aspekter i sin verksamhet utgör en särskild tillgång. Det måste härvid understrykas att företagshälsovården inte skall ta över sådana tekniska insatser, t ex mätningar eller kontroller, som kan klaras i linjeorganisationen och som bör vara en del av det löpande skyddsarbetet i anslutning till produktionen.

Företagshälsovården som tekniskt verksamhetsområde har också vissa klara skiljelinjer mot de insatser yrkesinspektionen kan bidra med. Yrkesinspektionen har vid sidan om sin rådgivande och informerande verksamhet att svara för samhällets övervakning av att arbetsmiljölagstiftningen följs. Företagshälsovårdens kontroll och bevakning av arbetsmiljön grundar sig på dess funktion att som fristående expertorgan tillgodose arbetsgivarens och arbetstagarnas önskemål och behov av underlag för sitt agerande i skyddsfrågor och där man även kan anknyta till lokalt fastlagda program. Företagshälsovården har bättre förutsättningar än yrkesinspektionen att komma in redan när kraven på planerade anläggningar m m börjar att diskuteras för att sedan följa upp med utredningar och annat underlag som behövs i den fortsatta bearbetningen. Företagshälsovårdens större lokalkännedom är därvid av stort värde.

Den tekniska verksamheten skall utgå ifrån en helhetssyn på människan. Verksamhetsområdet förutsätter därför kunskaper om arbetsmiljöns tekniska utformning i relation till medicinska, psykologiska och sociala effekter. Företagshälsovård som tekniskt verksamhetsområde måste bedrivas i nära samverkan med övrig expertis.

Företagshälsovårdens tekniker är skyddsingenjör, yrkeshygieniker och skyddstekniker. Arbetsfördelningen mellan dessa olika kategorier kommer att behöva variera med hänsyn till lokala förutsättningar och behov. Den tekniska verksamheten byggs primärt upp kring skyddsingenjören. Behövs en mer omfattande mätverksamhet eller kontinuerlig bevakning kan skyddsteknikern avlasta skyddsingenjören. Behov av kvalificerade yrkeshygieniska bedömningar av stor omfattning kan kräva komplettering med yrkeshygieniker. Arbetsfördelningen mellan dessa befattningshavare kommer således att bestämmas av de behov som ligger bakom den aktuella kompletteringen med skyddstekniker eller med yrkeshygieniker.

7.2.4.1 Skyddsingenjören

Skyddsingenjören bör tekniskt ha huvudansvaret i företagshälsovården och normalt vara den främste tekniske experten i arbetslaget. Liksom den medicinska verksamheten skall den tekniska i första hand inriktas på förebyggande arbete med syfte att få bästa möjliga anpassning av arbetet till människans förutsättningar. För skyddsingenjören gäller det främst att arbeta med områdena yrkeshygien, ergonomi och olycksfallsfrågor.

Arbetsuppgifterna skall i stort innebära rådgivning och förslag till lämpliga tekniska lösningar med hänsyn till produktionens effekter på arbetsmiljö och hälsa. Skyddsingenjören skall i princip kunna arbeta förebyggande och med tekniska miljöinsatser inom hela det arbetsfält som beskrivs i kapitel 5. Skyddsingenjörens centrala arbetsuppgifter kan schematiskt beskrivas på följande sätt.

- Identifiera och kvantifiera riskfaktorer i befintlig och planerad arbetsmiljö.
- Utreda och bedöma arbetsmiljösituationen samt genomföra utredningar som underlag för prioriteringar av åtgärder.
- Lämna förslag till åtgärder, lämna underlag för kravspecifikationer, medverka vid val, utformning och uppföljning av åtgärd.
- Medverka i företagens planering, utarbeta planeringsunderlag och medverka vid val och utformning av material, process, produktionssystem och arbetsorganisation m m.
- Utbilda och informera.

Företagshälsovårdsutredningen har tidigare pekat på att det är nödvändigt att företagshälsovården i betydligt större utsträckning än nu medverkar i företagens planering så att arbetsmiljöaspekterna finns med från idéstadiet till och med genomförandet av förändringen. Uppföljning och utvärdering måste också få en större betydelse. Detta kommer att ställa särskilda krav på skyddsingenjören. Samverkan med företagens olika planeringsorgan m m blir en nyckeluppgift. Därvid skall konstruktörer, produktionsplanerare m fl tillsammans med skyddsingenjören komma fram till lämplig uppläggning eller val av produktionsmetoder, processer, utrustning, material och ämnen. I mindre företag blir skyddsingenjörens uppgift att till externa planerare eller försäljare ställa rätt frågor för att få underlag för bedömning av om arbetsmiljöaspekterna är tillräckligt beaktade.

Uppgiften innebär inte bara att ta ställning till utarbetade förslag utan skyddsingenjören måste också vara beredd att ta initiativ till nya lösningar som leder till goda arbetsmiljöförhållanden. Bevakning av teknikutvecklingen och insatser för att bearbeta och föra in nya kunskaper i företagen blir uppgifter som ställer ökade krav på skyddsingenjören. Stort tekniskt kunnande och insikter i teknikvärdering blir därför av stor vikt för skyddsingenjören.

Företagshälsovården kommer också i framtiden att i många fall få inventera och analysera brister i den befintliga arbetsmiljön samt komma med förslag till åtgärder. Särskilt för nyetablerad företagshälsovård kommer detta att kräva tunga insatser men även på andra håll kan det behövas kontinuerlig uppföljning med skilda tekniska åtgärder i arbetsmiljön. Även individuell anpassning av arbetsplatser och arbetsuppgifter kommer att kräva tekniska bedömningar, t ex för att anpassa en maskin eller arbetsplats eller för att introducera olika hjälpmedel.

Enligt utredningens uppfattning måste skyddsingenjören i sådana sammanhang kunna redovisa förslag till åtgärder som kan ligga till grund för upphandling eller korrigering av konstruktioner m m. Det är inte meningen att skyddsingenjören skall vara konstruktör men han eller hon måste kunna utarbeta specifikationer och annat tekniskt underlag som grund för vidare bearbetning. Ibland får konsulter eller annan expertis anlitas för mer komplicerade åtgärder. Då måste skyddsingenjören kunna specificera önskade insatser, medverka i och följa upp arbetet samt även bedöma redovisade förslag ur arbetsmiljösynpunkt.

Insatserna för bättre arbetsmiljö får inte ses som skilda från företagens planering i övrigt. Tvärtom är det ytterst väsentligt att arbetsmiljöaspekten kontinuerligt beaktas i företagens ekonomiska planering, budgetarbete och skilda investeringsprogram. Det kan därför vara en fördel om skyddsingenjören kan konkretisera förslagen även i ekonomiskt hänseende som underlag för de prioriteringar som skyddskommittén eller andra instanser måste göra.

Det finns också anledning att betona vikten av systematiskt arbete i företagshälsovården. Under senare år har kommit fram nya metoder och hjälpmedel som kan tillämpas i företagshälsovården. Ett exempel är riskanalys i det olycksfallsförebyggande arbetet och olika metoder för att systematiskt kartlägga arbetsmiljön. Skyddsingenjören får med dessa metoder ökade möjligheter att göra kvalificerade bedömningar av miljöeffekter i såväl befintlig som planerad miljö.

7.2.4.2 Yrkeshygienikern

Vid vissa företagshälsovårdsenheter kommer det att finnas så stora behov av kvalificerade undersökningar och bedömningar på det yrkeshygieniska området att det är motiverat att anställa en yrkeshygieniker. Dennes arbetsfält skall avse kemiska eller fysikaliska hälsorisker, i vissa fall båda typerna. Yrkeshygienikern skall liksom skyddsingenjören identifiera skaderisker, utreda och bedöma deras orsaker samt föreslå åtgärder. Men yrkeshygienikern måste ha betydligt mer ingående kunskaper på det yrkeshygieniska området än vad skyddsingenjören normalt kan ha.

Företagshälsovårdsutredningen räknar med att företagshälsovårdens behov av egna yrkeshygieniker i första hand skall avse det kemiskt yrkeshygieniska området. Inom det området kan i företag med permanent hantering som medför kemiska hälsorisker krävas så stora och kvalificerade insatser att det inte är rimligt att räkna med att skyddsingenjören skall klara uppgifterna ens med t ex konsulthjälp. På det fysikaliska området kommer däremot skyddsingenjören, till skillnad från vad som gäller kemiskt yrkeshygieniska frågeställningar, ständigt i kontakt med frågeställningar om buller, vibrationer och strålning på arbetsplatserna. Varje skyddsingenjör måste därför kunna identifiera sådana fysikaliska miljöfaktorer, utarbeta förslag om åtgärder i den befintliga miljön och medverka med bedömningar i planeringsprocessen. Skyddsingenjören måste sålunda ha kompetens för dessa uppgifter och särskilt lägga tonvikten vid tekniska bedömningar om lämplig utformning av lokaler, maskiner, arbetsmetoder och utrustning något som vanligen måste ske i samverkan med bl a konstruktörer och planerare. Behovet av en yrkeshygieniker med inriktning på fysikaliska frågor som komplettering till skyddsingenjören kommer mot den bakgrunden inte att vara stort. Behov av särskilda specialistinsatser får i huvudsak täckas med konsulter. Dessutom förutsätts skyddsingenjörerna genom efterutbildning kunna stärka sin kompetens på området när det behövs.

7.2.4.3 Skyddsteknikern

I företagshälsovården finns i en del fall teknisk personal som arbetar under ledning av skyddsingenjör. Dessa tekniker, som i allmänhet kallas mättekniker eller skyddstekniker, utför mätningar, undersökningar, kontroller och annat arbete som inte kräver lika omfattande kunskaper som en skyddsingenjör måste ha.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning är det av stort värde att skyddsingenjören kan avlastas vissa uppgifter för att istället få utrymme för långsiktigt förebyggande arbete. Utredningen har i delbetänkandet Mät- och laboratorieresurser för bättre arbetsmiljö (Ds A 1981:1) framhållit att det inom företagshälsovård med särskilt stort mätbehov kan vara lämpligt att mättekniker avlastar skyddsingenjören. Exempel är företag där ett stort antal återkommande mätningar måste göras för att kontrollera kända riskfaktorer. Också andra arbetsuppgifter än rent mättekniska kan bli aktuella, t ex att informera och undervisa om olycksfallsrisker, att aktivera och stödja den lokala skyddsverksamheten och att ge råd om olycksfallsförebyggande åtgärder. Behov av sådana kontinuerliga insatser finns främst i verksamheter med betydande riskmoment, t ex järnverk och tung kemisk industri.

Mot den givna bakgrunden räknar företagshälsovårdsutredningen med att företagshälsovården i viss utsträckning kan behöva teknisk personal med assisterande uppgifter. Denna personalkategori bör benämnas skyddstekniker. Arbetsuppgifterna för en skyddstekniker bör i princip omfatta hela det tekniska arbetsfältet men tyngdpunkten bör ligga på mättekniska och skyddstekniska frågor. Uppgifterna blir i huvudsak följande.

- Genomföra mätning och uppföljning av arbetsmiljösituationen.
- Lämna förslag till åtgärder och medverka vid val, utformning och uppföljning av åtgärd.
- Medverka med service åt företagens skyddsorganisation.
- Medverka i information och utbildning.

I företagshälsovården kommer, som ovan antytts, knappast att föreligga ett generellt behov av skyddstekniker. Det är, som nämnts, främst i stora industriföretag behovet finns och även där måste en avvägning ske med hänsyn till linjeorganisationens ansvar för de aktuella arbetsuppgifterna. Annars finns risk att företagshälsovården i onödan får överta övervaknings- och kontrolluppgifter som kan klaras bättre i den löpande produktionen. Också inom större företagshälsovårdscentraler eller andra större enheter kan det med de reservationer som angetts i en del fall vara lämpligt att utöka arbetslaget med skyddstekniker.

Den blivande skyddsteknikern kan med fördel rekryteras internt i företaget. Såväl en person med kortare teknisk eller yrkesteknisk utbildning och arbetslivserfarenhet som en person med lång erfarenhet av arbetarskyddsfrågor, t ex skyddsombud, kan komma i fråga. På det sättet kan företagshälsovården tillföras kunskaper om lokala produktionstekniska förhållanden. Vederbörande förutsätts få vidareutbildning för det nya arbetsfältet. Denna fråga behandlas i kapitel 8.

7.2.5 Beteendevetare i företagshälsovården

7.2.5.1 Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter

I kapitel 5 har företagshälsovårdsutredningen beskrivit företagshälsovårdens arbetsfält i hela dess vidd. Utredningen har därvid framhållit betydelsen av att företagshälsovården också engagerar sig i psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem, något som i en del fall kommer att innebära en breddning av det arbetsfält företagshälsovården hittills haft. Utredningen har samtidigt markerat att psykologiska och sociala problem i arbetslivet inte exklusivt skall ses som uppgifter för företagshälsovården; företagshälsovården skall vara en av många resurser.

Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter skall i första hand gälla hur man i samverkan med arbetsmiljöansvariga i linjen kan planera, utforma och förändra arbetsplatsen med hjälp av den kunskap om grundläggande mänskliga behov och reaktioner som tagits fram inom främst beteende- och samhällsvetenskaperna. Dessa uppgifter kräver fortlöpande precisering av arbetsmarknadens parter i nära samverkan med företagshälsovårdens personal.

Utredningen konstaterar, att företagshälsovårdens personal måste ha ökad beredskap att uppmärksamma, förebygga och i övrigt angripa psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem. Följande arbetsuppgifter är av det slaget att de kräver någon form av beteende- och samhällsvetenskapligt kunnande.

- Kartlägga och analysera de psykiska och sociala konsekvenserna av
  - kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer
  - arbetsuppläggning och arbetsinnehåll
  - arbetsorganisation, såväl befintlig som planerad
  - samarbetsförhållanden

  samt att därvid beakta produktionstekniken i vid mening.
- Initiera och medverka till åtgärder som syftar till att åstadkomma en för psykisk hälsa gynnsam arbetsmiljö.
- Utifrån beteendevetenskaplig kunskap medverka i olycksfallsförebyggande verksamhet.
- Medverka i rehabilitering som avser psykiska och sociala problem och samverka med anpassningsgrupp och samhällsorgan som har till uppgift att sörja för att arbetshandikappade bereds arbetstillfällen.
- Medverka i företagens personal- och organisationsutveckling.
- Ta initiativ till och medverka i information och utbildning som gäller arbetsmiljöns psykologiska och sociala aspekter.
- Medverka vid planering och genomförande av arbetsmiljöprojekt och i anslutning till detta bedriva utvecklingsarbete med psykologisk och social inriktning.
- Bevaka aktuell beteende- och samhällsvetenskaplig arbetsmiljöforskning.

7.2.5.2 Personal för psykologiska och sociala uppgifter

I en del fall har man till företagshälsovården rekryterat beteendevetare som skall arbeta med de psykologiska och sociala frågorna. Yrkesbeteckningar som psykolog, konsulent, personalkonsulent och kurator förekommer i sammanhanget.

De psykologiska och sociala frågornas tyngd och karaktär kan variera från arbetsplats till arbetsplats och därmed även behovet av kompetens för dessa uppgifter. Enligt utredningens uppfattning bör man så långt det är möjligt integrera de nya uppgifterna i den medicinska och tekniska personalens arbetsuppgifter. Företagsläkare, företagssköterskor och företagssjukgymnaster får redan i sin grund- och vidareutbildning förberedelse för det aktuella arbetsfältet. Även skyddsingenjörer får viss sådan träning i sin utbildning. Men de nämnda befattningshavarna behöver öka sin kompetens inom området. Detta kan ske dels genom att i vidareutbildningarna förstärka området, något som redan görs successivt, dels genom efterutbildning om psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem och metoder att angripa sådana.

Som komplettering till medicinsk och teknisk personal med viss kompetens inom området kan det i somliga företagshälsovårdsenheter bli aktuellt med personal som har sin yrkesprofil inom det beteendevetenskapliga området. Denna personal kan antingen, om det rör sig om tillräckligt underlag, ingå i företagshälsovårdsenheten eller, för tillfälliga insatser, anlitas som konsult från t ex yrkesmedicinsk klinik. Utredningen har i betänkandet Utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22) föreslagit att de yrkesmedicinska klinikerna, i synnerhet regionklinikerna, skall bygga upp kompetens på det "psykosociala området". Därvid räknar utredningen med

att det till klinikerna skall knytas beteendevetare som har genomgått forskarutbildning eller fördjupad beteendevetenskaplig utbildning med arbetsvetenskaplig inriktning, t ex psykologutbildning med sådan inriktning. Sådan kompetens är under uppbyggnad på regionklinikerna. Yrkesmedicinen förutsätts kunna fungera som stöd till företagshälsovården genom metodutveckling, hjälp vid uppläggning av undersökningar samt allmänt genom utbildning och information på det "psykosociala området".

I de fall beteendevetare anställs i företagshälsovården är det angeläget att det inte blir för att syssla med personalsociala eller kurativa uppgifter. En sådan inriktning skulle göra att hela tanken med en ny personalkategori skulle förfelas. Uppgifter av det nämnda slaget skall ligga hos arbetsgivarorgan som personalavdelning, personalkontor och liknande. Beteendevetaren i företagshälsovården skall liksom andra befattningshavare inom området i huvudsak arbeta förebyggande som rådgivande expert till skyddsorganisationen.

7.2.6 Administrativ personal

7.2.6.1 *Administrativ personal i företagshälsovården*

I företagshälsovården såväl som i annan verksamhet behövs administrativa insatser för att verksamheten skall fungera. Även om den medicinskt, tekniskt och beteendevetenskapligt utbildade personalen också i sitt arbete måste vara beredd att ta på sig administrativa uppgifter kommer det att behövas administrativ personal i företagshälsovården.

Två kategorier administrativ personal finns i allmänhet i företagshälsovården. Det är verkställande direktör och sekreterare (motsv). Andra administratörer kan också medverka i företagshälsovården. Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning bör, med de variationer som kan bli aktuella lokalt, även fortsättningsvis de båda nämnda kategorierna svara för en rad administrativa uppgifter. Det finns emellertid anledning att se på arbetsuppgifterna i förhållande till de administrativa uppgifter som behöver lösas i företagshälsovården och i förhållande till ansvarsfördelningen mellan den rent administrativa personalen och t ex andra befattningshavare i företagshälsovården.

7.2.6.2 *Verkställande direktör, administrativt ansvarig*

De allra flesta blandade företagshälsovårdscentralerna drivs som aktiebolag. Verkställande direktör utses i det sammanhanget. Enligt rekommendationerna för partssamarbete i företagshälsovårdscentraler i arbetsmiljöavtalet mellan SAF, LO och PTK skall verkställande direktören ingå i företagshälsovårdskommittén. Vidare anges att "företagshälsovårdscentralens verkställande direktör är ordförande i företagshälsovårdskommittén".

Verkställande direktören svarar ensam eller i samråd med styrelsen eller arbetsutskott (motsv) och företagshälsovårdskommittén för löpande administrativa och ekonomiska frågor. VD hämtas i allmänhet från något av medlemsföretagen (motsv). Det vanligaste är att VD fullgör sin syssla i företagshälsovårdscentralen på deltid.

I inbyggda företagshälsovårdsenheter förekommer oftast ingen motsvarig-

het till VD, dels av det skälet att verksamheten administrativt och ekonomiskt är mindre komplicerad än i en företagshälsovårdscentral med många intressenter, dels beroende på att det i allmänhet är relativt enkelt att hålla kontakt med företagets personal- och ekonomiadministration som kan fungera som administrativt stöd till enheten.

I vissa former av företagshälsovård är den övergripande administrationen centraliserad eller regionaliserad, t ex i Statshälsan, Lantbrukshälsan och Bygghälsan. I dessa fall finns VD-tjänster på heltid med "koncernuppgifter". Även personaladministrativa tjänster förekommer centralt.

Det senast träffade kommunala arbetsmiljöavtalet, Miljö 81, innehåller följande passus:

> Med hänsyn till omfattningen av företagshälsovårdens arbetsuppgifter kan det vara lämpligt att samordningen av företagshälsovårdens verksamhet läggs på en administrativ ledningsfunktion.

En renodlad fristående administrativ ledningsfunktion förekommer än så länge i begränsad omfattning i kommuner och landsting. I den mån kommuner och landsting inte ingår i blandad central sköts administrationen av företagshälsovården oftast med hjälp av personalförvaltning och ekonomiavdelning (motsv). Företagshälsovården är i många fall en administrativ enhet inom personalförvaltningen och har gemensam administrativ ledning med den.

Företagshälsovårdsutredningen har i föregående avsnitt framhållit betydelsen av att de administrativa uppgifterna i en företagshälsovårdsenhet inte underskattas. Utredningen återkommer i nästa avsnitt till de möjligheter som finns att låta sekreteraren/assistenten svara för en rad främst beredande administrativa uppgifter. Men detta bör ske under ledning av någon som tar ett övergripande administrativt ansvar för verksamheten.

På företagshälsovården måste ställas samma krav, ekonomiskt och personalsocialt, som på annan verksamhet. Det får inte råda ovisshet om vem som är närmast ansvarig för personalfrågor, ekonomisk ledning och andra övergripande administrativa uppgifter i enhetens dagliga och långsiktiga arbete. Uppgifterna kan fördelas på flera personer men ansvarsförhållandena måste klargöras.

Företagshälsovårdsutredningen ser stora fördelar i att "VD-rollen" utvecklas och preciseras. Enligt utredningens uppfattning bör VD (motsv) hämtas från medlemsföretagen för att därmed markera vederbörandes anknytning till verksamheten. Inte minst viktigt är detta med hänsyn till den betydelse VD kan ha som ordförande i företagshälsovårdskommittén. Med hänsyn till företagshälsovårdens opartiska och rådgivande roll kan det t ex inte vara lämpligt att någon befattningshavare i företagshälsovården blir VD.

VD bör inom givna ramar ha det yttersta personaladministrativa och ekonomiska ansvaret för verksamheten i företagshälsovården, innefattande ett aktivt deltagande i enhetens planering och utveckling samt uppföljning av verksamheten. Den dagliga personalledningen bör normalt inte vara en uppgift för VD. Den bör ligga hos någon eller några inom arbetslaget. De löpande administrativa uppgifterna förutsätts skötas av sekreterare/assistent.

Även för företagshälsovårdsenheter som hittills inte haft VD (motsv) kan det finnas anledning att utse en administrativt ansvarig med i huvudsak de uppgifter som nämnts ovan för VD. Det kan vara motiverat om verksamheten utökas men det kan även vara motiverat för att precisera ansvaret och för att göra verksamheten mer rationell. Vederbörande bör principiellt ha samma ställning vis à vis företagshälsovården och nyttjarna som en VD.

Såväl VD som annan administrativt ansvarig bör kunna fullgöra sina uppgifter på heltid om så skulle vara motiverat. Det torde emellertid i många fall kunna räcka med deltidstjänstgöring.

7.2.6.3 Sekreterare/assistent i företagshälsovården

I stort sett alla företagshälsovårdsenheter har en eller flera sekreterare anställda. Ofta är det läkarsekreterare som rekryterats till företagshälsovården, ibland sekreterare med mera allmän kontorsutbildning och kontorspraktik bakom sig. Gemensamt för sekreterarna är dock att de i företagshälsovården möter ett arbetsfält som är mer allsidigt än det de utbildas för. Många sekreterare i företagshälsovården har redan administrativa arbetsuppgifter som rör hela enhetens arbete, andra fungerar i läkarsekreterarrollen. Företagshälsovårdsutredningen anser det väsentligt att sekreteraren i företagshälsovården betraktas som en administrativ resurs för beredande uppgifter under VD eller annan administrativt ansvarig. Det finns inte anledning att med den målsättning som företagshälsovården har och med de uppgifter som förekommer avgränsa sekreterarens arbete till det som har med läkarens verksamhet att göra. Därför bör arbetsfältet för sekreteraren, inom givna ramar, avse företagshälsovårdsenhetens hela administrativa verksamhet. Vederbörande bör kallas t ex sekreterare eller assistent i företagshälsovården. "Företagsläkarsekreterare" är enligt utredningens uppfattning en beteckning som onödigtvis framställer sekreteraren som relaterad till en annan personalkategori i företagshälsovården och inte relaterad till verksamheten. En ändrad beteckning kan indirekt sannolikt medverka till att sekreteraren/assistenten uppfattas som en allmänt administrativ resurs i företagshälsovården, något som sekreteraren de facto redan är i många fall.

Sekreterarens/assistentens arbetsfält bör täcka tre administrativa områden, nämligen

- ekonomiadministration,
- viss personaladministration,
- allmän administration.

Till ekonomiadministrationen kan räknas t ex att medverka vid uppläggning av ekonomiskt administrativa rutiner, medverka i budgetarbetet, följa upp budget och löpande sköta bokföring samt in- och utbetalningar. Sekreteraren kan också medverka i arbetet med att upprätta bokslut. Ibland kan vissa inköp göras av sekreteraren. Under VD:s ledning kan sekreteraren också skaffa underlag för det ekonomiska samarbetet med företag (eller i inbyggd företagshälsovård med personalavdelning (motsv)) och försäkringskassa.

Personaladministrativa uppgifter kan vara att tillhandahålla gällande avtal och hålla kontakt med personalavdelning när det rör vissa personalsociala frågor. Redovisning av semester och annan ledighet vid enheten samt annan

personalrapportering kan bli aktuell för sekreteraren.

Allmänt administrativa uppgifter kan avse t ex att löpande sköta kontorsgöromål, hålla journaler, göra databearbetningar, arkivera, framställa informationsmaterial och förbereda sammanträden.

Andra allmänt administrativa uppgifter som kan bli aktuella i en företagshälsovårdsenhet och som skulle kunna fullgöras av sekreterare eller assistent är att medverka vid insamling, bearbetning och sammanställning av statistik, medverka vid framställning av verksamhetsberättelse och i vissa fall vara sekreterare på sammanträden.

Sekreterarens/assistentens uppgifter bör också kunna gälla ansvar för utveckling av vissa administrativa rutiner inom enheten. Ansvar för enhetens bibliotek vad avser att verkställa beslut om inköp och lån samt i förekommande fall svara för register över biblioteket kan vara andra uppgifter.

Tyngdpunkten i arbetsuppgifterna för sekreteraren/assistenten kan självfallet variera beroende på om det rör sig om en fristående företagshälsovårdscentral utan särskilt stor tillgång till administrativt stöd eller om det rör sig om en företagshälsovårdsenhet med administrativt stöd från personalavdelning, ekonomiavdelning eller annan fackavdelning i företaget.

7.3 Personalbehovet

7.3.1 Principiella synpunkter

I kapitel 6 har utredningen redogjort för motiven till att företagshälsovården i princip bör vara utbyggd till heltäckning inom en tioårsperiod. Utredningen har därvid utgått från att företagshälsovården framöver kan behöva differentieras i större utsträckning än hittills. Mot bakgrund av arbetsfältsbeskrivningen för företagshälsovården och de överväganden om utbyggnaden och utvecklingen som gjorts i kapitel 6 redovisar utredningen i det följande sin syn på hur personalbehovet skall tillgodoses inom den närmaste tioårsperioden. Utredningen vill kraftfullt markera att de siffror som används för att ange framtida personaltäthet är schablonmässiga och bygger på genomsnittliga beräkningar. Siffrorna får således inte uppfattas som normtal för personalbemanningen i företagshälsovården. Tvärtom får man framöver, liksom i viss mån i dag, räkna med variationer i företagshälsovårdens arbetslag till följd av varierande behov.

Företagshälsovårdsutredningen vill också framhålla betydelsen av att personalbehovet i stort för företagshälsovården kontinuerligt följs upp och att utbildningsinsatser m m vägs av mot det förutsedda behovet. Utvecklingen av arbetsmarknaden och inom arbetsmiljöområdet är sådan att man i dag inte med säkerhet kan förutse, vilken personalsammansättning och personaltäthet som är mest ändamålsenlig i företagshälsovården om tio år. Mot den bakgrunden bör företagshälsovårdsdelegationen följa utvecklingen och fortlöpande göra de närmare avvägningar i fråga om utbildningsplatser m m som kan vara motiverade.

Utredningens uppgift har varit att komma med förslag om hur alla arbetstagare skall få tillgång till företagshälsovård. I kapital 6 har utredning-

en emellertid föreslagit, att även ensamföretagare bör få möjlighet att ansluta sig till företagshälsovården. Det är för dagen inte möjligt att överblicka i vilken utsträckning ensamföretagarna kommer att söka anslutning. I de räkneexempel som utredningen gör i följande avsnitt tas som utgångspunkt att personalresurserna i företagshälsovården skall dimensioneras så att alla arbetstagare kan få tillgång till företagshälsovård. Efterhand som utbyggnaden sker kan det bli lättare att dra slutsatser om ensamföretagarna. Därvid kan det bli aktuellt att överväga t ex ökade utbildningsinsatser för att få fram ytterligare personal.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning är tre personalkategorier oundgängligen nödvändiga i företagshälsovården. Det är företagsläkare, företagssköterska och skyddsingenjör. Utredningen ägnar därför särskild uppmärksamhet åt hur personalbehovet i det avseendet skall kunna täckas inom tioårsperioden. Utredningen ser även företagssjukgymnasten som en viktig resurs men konstaterar, att bristen på utbildningsplatser kan hindra att ett önskvärt antal företagssjuksymnaster utbildas. Detta skall emellertid enligt utredningens uppfattning inte behöva hindra utbyggnaden.

De psykologiska och sociala arbetsmiljöproblemen har kommit i förgrunden under senare år och aktualiserat behovet av beteendevetare i företagshälsovården. Utredningen anser att det framöver kommer att behövas beteendevetare i företagshälsovården, åtminstone vid somliga företagshälsovårdsenheter. Bedömningar av behovet får emellertid göras fortlöpande i anslutning till att arbetsfältet preciseras och andra personalgruppers möjligheter att i sitt arbetsfält integrera psykologiska och sociala aspekter klarläggs.

7.3.2 Företagsläkare

7.3.2.1 Läget de senaste åren

Socialstyrelsens undersökning Läkares arbetstider och tjänster 1977 (LATT-77) och företagshälsovårdsutredningens enkät 1978 visade, att företagsläkartjänsterna omräknade till heltidstjänster motsvarade något mindre än 700 tjänster. 1977 års undersökning visade att närmare 15 procent av läkartjänsterna var vakanta. 1978 års undersökning gav en något ljusare bild, nämligen c 10 procent vakanser.

Undersökningen LATT-79 gav vid handen att det i företagshälsovården fanns ett budgeterat underlag av läkararbetstid motsvarande 767 heltidstjänster. Samtidigt kunde man konstatera att c 15 procent av den tiden inte kunde fullgöras på grund av vakanser.

Utredningens undersökningar visar, att sedan 1979 har antalet företagsläkartjänster ökat så att det motsvarar ett tillskott av c 25 heltidstjänster per år. Samtidigt har vakanssituationen ändrats i positiv riktning. 1983 kan man därför räkna med att antalet företagsläkartjänster omräknade till heltidstjänster är c 870. Detta motsvarar c 1 050 personer. De flesta innehar numera heltidstjänst i företagshälsovården. Vakanserna är få.

Om man utgår från att dessa 870 tjänster är avsedda för närmare 60 procent av arbetstagarna i landet, c 2 250 000 personer, d v s de som i dag beräknas ha tillgång till företagshälsovård, skulle läkartätheten i företagshälsovården

vara en läkare på heltid för c 2 600 anslutna personer. Skulle man räkna ifrån vakanserna, som kan ligga på c åtta procent, skulle man få en faktisk företagsläkartäthet på en läkare per ungefär 2 800 anslutna. Man får emellertid räkna med att vakanserna i många fall avser tjänster som inrättats för planerad utbyggnad av företagshälsovården. En del av tjänsterna avser också "partiell företagshälsovård". Därför kan de 870 tjänsterna beräknas vara avsedda för drygt 60 procent av landets arbetstagare. Aktuell läkartäthet i företagshälsovården med den utgångspunkten skulle vara en läkare per c 2 900 anställda.

7.3.2.2 Hur ser det ut framöver?

Om företagshälsovården skulle byggas ut med samma läkartäthet som företagshälsovården beräknas ha i dag om vakanserna var tillsatta skulle den fortsatta utbyggnaden kräva ett tillskott motsvarande c 525 heltidstjänster som företagsläkare. Till detta skulle komma behovet av ett tillskott motsvarande 60–70 heltidstjänster för att täcka befintliga vakanser, d v s sammanlagt c 590 heltidstjänster. Utredningen har emellertid funnit att läkartätheten skulle kunna minska i den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården. Anledningarna till denna slutsats är i huvudsak följande.

- Samhällets hälso- och sjukvård har under senare år byggts ut och planeras att bli bättre bemannad och tillgänglig än tidigare. Den beräknas kunna avlasta företagshälsovården sjukvårdande uppgifter.
- Företagssköterskorna bör anförtros vidgade uppgifter inom företagshälsovårdens medicinska arbetsfält med den avlastning detta kan innebära för företagsläkarna.
- I den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården finns i vissa fall mindre behov av medicinska företagshälsovårdsinsatser än i den företagshälsovård som hittills byggts ut.
- Företagssjukgymnaster rekryteras till företagshälsovården och kan i viss utsträckning avlasta läkarna uppgifter.

Om man mot den antydda bakgrunden skulle räkna med att behovet av företagsläkare i fortsättningen skulle motsvara i genomsnitt en heltidstjänst per 3 700 anslutna skulle företagsläkarresurserna för den fortsatta utbyggnaden kunna beräknas motsvara c 410 heltidstjänster. Till detta skulle komma 65 tjänster för att täcka vakanserna. Det sammanlagda behovet av företagsläkare för utbyggnad till heltäckning skulle då motsvara c 475 heltidstjänster. I denna beräkning har då inte antalet tjänster i befintlig företagshälsovård reducerats med hänsyn till primärvårdens utbyggnad och företagssköterskornas eventuellt vidgade arbetsfält. Att en sådan reducering inte görs är motiverat av att företagsläkarna förutsätts lägga mer tid på miljöinriktade förebyggande åtgärder.

Med den skisserade läkartätheten skulle företagshälsovården vid full utbyggnad ha i genomsnitt en läkare per drygt 3 000 till företagshälsovården anslutna personer.

7.3.2.3 Hur får man företagsläkare till utbyggnaden av företagshälsovården?

Arbetarskyddsstyrelsens specialutbildning för företagsläkare är sedan 1973/74 dimensionerad för 90 deltagare per år. Antalet utbildningsplatser har inte vid något tillfälle utnyttjats fullt ut; deltagarantalet har varierat mellan 59 och 87.

Vill man få fart på utbyggnaden av företagshälsovården skulle en åtgärd kunna vara att se till att åtminstone tillgängliga utbildningsplatser tas i anspråk.

Om man i fortsättningen tar samtliga utbildningsplatser i anspråk skulle följande framtidsbild kunna tecknas (tabell 7.3).

Följande kommentarer kan göras till tabellen. Somliga läkare som utbildas till företagsläkare och blir färdigutbildade 1984 och 1985 har redan anställning i företagshälsovården och blir därmed inte ett faktiskt tillskott till utbyggnaden. Å andra sidan får man räkna med att även under en tid framöver kommer vissa läkare till företagshälsovården, innan de fått specialutbildning. Därmed torde det nämnda "felet" inte spela någon större roll. Åldersavgången har satts till 1/30 per år men torde mot slutet av perioden kunna sättas till 1/35 per år. Å andra sidan torde inte hela tillskottet för utbyggnaden avse personer som går in på heltidstjänster varför 1/30 åldersavgång per år kan kompensera det "felet".

Vakanserna har som framgår av tabellen reducerats till ± 0 på 10 år (65 vakanta tjänster 1983). Också här torde finnas en viss buffert, eftersom vakanssituationen, oavsett vilket område det gäller, av naturliga skäl, t ex

Tabell 7.3 Tillskott av företagsläkare för utbyggnad av företagshälsovården under perioden 1984–1993 (heltidstjänster)

"Examensår"	Antal utbildade företagsläkare	Ersätter avgång och fyller vakanser etc i befintlig FHV			Tillskott för utbyggnaden
		Åldersavgång[a]	Vakansreducering[b]	Byte och bortfall i övrigt[c]	
1984	90	25	7	4	54
1985	90	27	6	5	52
1986	90	29	7	4	50
1987	90	31	6	5	48
1988	90	32	7	4	47
1989	90	34	6	5	45
1990	90	36	7	4	43
1991	90	37	6	5	42
1992	90	39	7	4	40
1993	90	40	6	5	39
Summa	900	330	65	45	460

[a] 1/30 per år
[b] 10 % per år
[c] 5 % per år

byte av personal, inte kan hållas vid ± 0. Byte och bortfall i övrigt har satts till 5 procent per år, vilket kan verka lågt. Å andra sidan torde företagshälsovården framöver bli så attraktiv som arbetsfält att få avhopp bland de utbildade kommer i fråga. Någon reducering för byte och avhopp i den befintliga företagsläkarkadern har inte lagts in. Skulle sådana förekomma bör de kunna uppvägas av ett visst inflöda av tidigare utbildade företagsläkare som arbetat utanför företagshälsovården respektive av att vissa företagsläkare som i dag arbetar deltid i företagshälsovården går över till heltid.

Med de gjorda kommentarerna kan man konstatera, att med nuvarande utbildningsvolym och med platserna utnyttjade skulle det vara möjligt att 1993 ha byggt ut företagshälsovården till heltäckning för landets arbetstagare med en företagsläkartäthet på en läkare per drygt 3000 till företagshälsovården anslutna personer.

Utsikterna att rekrytera läkare till företagshälsovården får bedömas vara goda. Med en åtstramning av utbyggnaden inom den offentliga hälso- och sjukvården vad gäller specialiserad sjukhusvård m m ökar möjligheterna att rekrytera till företagshälsovården. Efterhand som företagshälsovården får en klarare identitet och blir medicinsk specialitet kan man räkna med ett ökande intresse för området hos läkarna.

7.3.3 Företagssköterskor

7.3.3.1 Dagsläget

Som framgår av tabell 7.1 var antalet sjuksköterskor i företagshälsovården omräknade till heltidstjänster 963 i företagshälsovårdsutredningens undersökning 1978. Det motsvarades av 1 234 personer. Undersökningen LATT-79, tabell 7.2, visade, att i mars 1979 arbetade närmare 1 400 sjuksköterskor i företagshälsovården. Drygt hälften arbetade deltid.

Socialstyrelsens register över legitimerade sjuksköterskor dateras upp genom s k årlig anmälan om yrkesverksamhet. Den senast publicerade uppgiften från det registret avser hösten 1980 (Medicinalpersonal, sjuksköterskor 1980 (HS 1981:13.1)). Därvid framgår att c 2 000 sjuksköterskor var verksamma i företagshälsovården. Drygt 59 procent arbetade deltid.

Om man räknar om den senast kända uppgiften med antagandet att de deltidsarbetande arbetade halvtid skulle sjuksköterskearbetstiden i företagshälsovården hösten 1980 motsvara 1 410 heltidstjänster. En uppskattning av utbyggnaden av företagshälsovården sedan hösten 1980 tyder på att det 1983 kan vara rimligt att räkna med att sjuksköterskearbetstiden motsvarar c 1 575 heltidstjänster. Med hänsyn till att det nästan inte förekommer någon vakans på företagssköterskетjänster samt att befintliga tjänster kan vara beräknade även för viss utbyggnad respektive förekommer i "partiell företagshälsovård" skulle tjänsterna kunna beräknas motsvara en utbyggnad av företagshälsovården på c 65 procent. Företagssköterskетätheten skulle då kunna beräknas till en heltids företagssköterska på drygt 1 600 personer i dagsläget.

7.3.3.2 Utbyggnaden

Skulle man bygga ut företagshälsovården till heltäckning med samma företagssköterskeetäthet som angetts ovan skulle den fortsatta utbyggnaden kräva ett tillskott motsvarande c 820 heltidstjänster som företagssköterska. Utredningen har emellertid funnit, att företagssköterskorna framöver bör få mer självständiga och utvidgade arbetsuppgifter. Det bör betyda att företagssköterskeetätheten ökar trots att den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården i vissa fall kan kräva mindre medicinska företagshälsovårdsinsatser än den hittills utbyggda företagshälsovården och trots att samhällets hälso- och sjukvård kan beräknas avlasta företagshälsovården en del sjukvårdande uppgifter. Om man antar att företagshälsovården vid full utbyggnad skulle ha i genomsnitt en företagssköterska per 1 500 till företagshälsovården anslutna personer skulle det totala behovet av företagssköterskor motsvara c 2 580 heltidstjänster. Därmed skulle utbyggnadsbehovet motsvara drygt 1 000 heltidstjänster.

Om man räknar med samma utbildningsvolym som under de senaste åren i företagssköterskeutbildningen, c 190 platser per år, skulle följande bild kunna tecknas för framtiden, tabell 7.4.

Som kommentar till tabellen kan fogas att beräkningarna förutsätter att företagssköterskorna framöver arbetar heltid i större utsträckning än i dag.

Utsikterna att rekrytera sjuksköterskor till företagshälsovården får bedömas vara mycket goda. Hittills har rekryteringen gått lätt och sjuksköterskornas arbetsmarknad i övrigt ser inte så ljus ut de närmaste åren.

Enligt beräkningarna i tabell 7.4 skulle det med angiven utbildningsvolym

Tabell 7.4 Tillskott av företagssköterskor för utbyggnad av företagshälsovården under perioden 1984–1993 (heltidstjänster)

"Examensår"	Antal utbildade företagssköterskor	Åldersavgång[a]	Reducering för deltid[b]	Byte och bortfall i övrigt[c]	Tillskott för utbyggnaden
1984	190	41	28	10	111
1985	190	44	29	9	108
1986	190	47	28	10	105
1987	190	50	29	9	102
1988	190	53	28	10	99
1989	190	55	19	9	107
1990	190	58	19	10	103
1991	190	61	19	9	101
1992	190	64	19	10	97
1993	190	66	19	9	96
Summa	1 900	539	237	95	1 029

[a] 1/37 per år
[b] 15 % resp 10 % per år
[c] 5 % per år

och företagssköterskетäthet, en på 1 500 personer, finnas möjlighet att inom en tioårsperiod bygga ut företagshälsovården till heltäckning. På en företagsläkartjänst skulle därvid gå i genomsnitt två företagssköterskestjänster.

7.3.4 Skyddsingenjörer

7.3.4.1 Dagsläget

Det kan vara vanskligt att utifrån utredningens enkät 1978 eller LATT-materialet dra slutsatser om antalet skyddsingenjörer i företagshälsovården. Båda dessa undersökningar baseras på uppgifter som lämnats av medicinsk personal och kommer från företagshälsovårdsenheter som har läkare anställd. Risk finns därmed för underskattning av antalet skyddsingenjörer. Utredningen har därför genom sammanvägning av uppgifter från andra källor försökt göra en uppskattning av antalet skyddsingenjörer. Därvid blir resultatet att det 1983 skulle finnas så många skyddsingenjörer i företagshälsovården att det skulle motsvara c 1 150 heltidstjänster. De flesta skyddsingenjörer arbetar heltid. Vakanserna är försumbara.

7.3.4.2 Utbyggnaden

Med den gjorda bedömningen skulle man kunna räkna med att det i dag finns en skyddsingenjör per c 2 000 till företagshälsovården anslutna personer. En fortsatt utbyggnad av företagshälsovården med den målsättningen för skyddsingenjörsinsatserna skulle innebära ett behov av tillskott för utbyggnaden till heltäckning motsvarande c 790 heltidstjänster.

Det har emellertid visat sig, att skyddsingenjörsinsatserna är ojämnt fördelade i företagshälsovården. Det finns en betydligt större täthet i inbyggd företagshälsovård på den privata sektorn än t ex i blandade centraler respektive i företagshälsovård hos de offentliga arbetsgivarna. Enligt utredningens uppfattning finns anledning att räkna med att skyddsingenjörsinsatserna skall öka i blandade centraler och i kommuner och landsting, eventuellt också i Statshälsan. Efter en skattning av behoven i skilda branscher och med hänsyn till att den fortsatta utbyggnaden kan bli mindre personalkrävande förefaller det vara rimligt att räkna med att företagshälsovården vid full utbyggnad har i genomsnitt en skyddsingenjör per c 2 000 till företagshälsovården anslutna personer. Med den utgångspunkten skulle behovet av tillskott för utbyggnaden (i befintlig och planerad företagshälsovård) som nämnts motsvara c 790 heltidstjänster för skyddsingenjörer.

Om man räknar med samma utbildningsvolym för skyddsingenjörer som under de senaste åren, d v s sammanlagt c 110 platser per år i landet, skulle utvecklingen kunna tänkas bli följande.

Tabell 7.5 Tillskott av skyddsingenjörer för utbyggnad av företagshälsovården under perioden 1984–1993 (heltidstjänster)

"Examensår"	Antal utbildade skyddsingenjörer	Åldersavgång[a]	Byte och bortfall i övrigt[b]	Tillskott för utbyggnaden
1984	110	30	10	70
1985	110	32	10	68
1986	110	33	10	67
1987	110	35	10	65
1988	110	37	10	63
1989	110	39	10	61
1990	110	40	10	60
1991	110	42	10	58
1992	110	44	10	56
1993	110	45	10	55
Summa	1 100	377	100	623

[a] 1/37 per år.
[b] 9 % per år.

Som framgår av sammanställningen skulle man på en tioårsperiod med oförändrad utbildningsvolym inte kunna bygga ut företagshälsovården till att i genomsnitt ha samma täthet av skyddsingenjörer som den hittills utbyggda företagshälsovården har. Skillnaden skulle emellertid inte bli särskilt stor.

För att uppnå målsättningen en skyddsingenjör per c 2 000 anställda skulle man antingen få förlänga utbyggnadstiden och/eller öka antalet platser i utbildningen. Det förefaller inte finnas särskilt stora hinder att öka utbildningsvolymen så att målsättningen kan uppnås under i huvudsak en tioårsperiod. Det möter för närvarande inga problem att rekrytera blivande skyddsingenjörer till specialutbildning. Utsikterna torde även framöver vara ljusa vad gäller rekrytering till företagshälsovården av tekniker.

7.3.5 Företagssjukgymnaster

Företagshälsovårdsutredningens undersökning 1978 visade, att det i företagshälsovården fanns 268 tjänster för sjukgymnaster, varav 41 var vakanta. Omräknat till heltidstjänster motsvarade detta 188 besatta och 32 vakanta tjänster. LATT-79 gav resultatet 292 tjänster, varav 187 avsåg deltid.

Den senaste kända uppgiften gäller hösten 1980 och finns i socialstyrelsens publikation Medicinalpersonal, sjukgymnaster 1980 (HS 1981:13.2) och bygger på s k årlig anmälan. Av socialstyrelsens statistik framgår, att hösten 1980 var 362 sjukgymnaster verksamma i företagshälsovården. 63 procent arbetade deltid.

Om man räknar om den senast kända uppgiften med antagandet att de deltidsarbetande arbetade halvtid skulle sjukgymnasttiden i företagshälsovården hösten 1980 motsvara 268 heltidstjänster.

Gör man antagandet att dessa 268 tjänster var avsedda för den

företagshälsovård som avsåg drygt hälften av landets anställda skulle en utbyggnad till heltäckning med samma ambitionsgrad vad gäller sjukgymnaster innebära ett behov motsvarande c 260 nya tjänster som företagssjukgymnast. Dagsläget skulle bli ett ungefärligt behov av 250 heltidstjänster för utbyggnaden.

Utan att i detalj göra beräkningar kan man redan nu konstatera, att företagshälsovården skulle behöva betydligt fler företagssjukgymnaster än som antyds ovan. Full utbyggnad av företagshälsovården med företagssjukgymnaster i större utsträckning än i dag skulle kräva mycket ökade insatser för specialutbildning under den kommande tioårsperioden. Antalet utbildningsplatser är för tillfället 50 men normalt endast 24 per år. Många sjukgymnaster i företagshälsovården saknar specialutbildning. Å andra sidan är företagshälsovården ett attraktivt arbetsfält för sjukgymnasterna, varför rekryteringen inte skulle bli ett hinder om bara utbildningsplatserna kunde öka.

Företagshälsovårdsutredningen föreslår, att företagshälsovårdsdelegationen särskilt uppmärksammar bristen på utbildningsplatser för företagssjukgymnaster och undersöker vilka särskilda åtgärder som kan vidtas för att snarast få ett ökat antal utbildningsplatser. Detta bör ske mot bakgrund av en närmare bedömning av behovet totalt i företagshälsovården av företagssjukgymnaster.

7.3.6 Undersköterskor och annan medicinsk biträdespersonal

Mellan 700 och 800 personer har i dag assisterande uppgifter inom företagshälsovårdens medicinska arbetsfält. Den största gruppen är undersköterskor. I övrigt förekommer sjukvårdsbiträden, mottagningsbiträden och laboratorieassistenter. Andelen deltidsarbetande är relativt hög.

Företagshälsovårdsutredningen har i kapitel 5 utvecklat skälen för att företagshälsovården i minskad utsträckning skall arbeta med allmän sjukvård. Med en ändrad inriktning på företagshälsovården minskar behovet av personal med uppgifter knutna till ren mottagningsverksamhet. Å andra sidan kommer företagshälsovården att behöva personal för assisterande uppgifter i samband med riktade medicinska undersökningar och provtagning i anslutning till arbetsmiljöinventeringar. Arbetsrelaterad sjukvård och rehabilitering kan också kräva insatser från assisterande medicinsk personal.

Utredningen gör den bedömningen att undersköterskor även i framtiden kommer att rekryteras till företagshälsovården men då i minskad utsträckning. Man kan räkna med att antalet heltidstjänster för undersköterskor inte överstiger 500 vid fullt utbyggd företagshälsovård.

Vissa företagshälsovårdsenheter kommer troligen även framöver att behöva mottagningsbiträden (motsv). Behovet av laboratorieassistenter i företagshälsovården kan bedömas vara marginellt.

7.3.7 Yrkeshygieniker

Arbetarskyddsstyrelsen och UHÄ har för företagshälsovårdsutredningens räkning utrett och lagt förslag om yrkeshygienikerutbildning. Därvid

inventerade verken bl a antalet yrkeshygieniker i företagshälsovården och det förväntade behovet. 1981 fanns c 30 yrkeshygieniker i företagshälsovården. De flesta arbetade i den inbyggda företagshälsovården. Utredningen räknar med att antalet yrkeshygieniker inte nämnvärt förändrats de senaste åren.

Arbetarskyddsstyrelsen och UHÄ gjorde i sin utredningsrapport bedömningen att det totala behovet av yrkeshygieniker i företagshälsovården vid utgången av 1980-talet skulle vara c 75. Företagshälsovårdsutredningen har inte anledning att göra någon annan bedömning. Enligt utredningens uppfattning bör tillskottet av yrkeshygieniker under 1980-talet i första hand avse de yrkesmedicinska klinikerna något som indirekt också kommer företagshälsovården till del.

7.3.8 Skyddstekniker

Antalet skyddstekniker i företagshälsovården kan uppskattas till c 100. Behovet av nya skyddstekniker är inte lätt att beräkna bl a därför att avsaknaden av adekvat utbildning lett till att få tjänster inrättats. Utredningen räknar emellertid med att den planerade skyddsteknikerutbildningen medverkar till att öka intresset för denna personalkategori. Utredningen utgår därför från att fler tjänster för skyddstekniker inrättas i företagshälsovården. En försiktig bedömning är att behovet av nya skyddstekniker inte kommer att överstiga 25 per år under den närmaste tioårsperioden.

Utredningen har tidigare pekat på fördelen av intern rekrytering i företagen av blivande skyddstekniker.

7.3.9 Beteendevetare (motsv)

Enligt företagshälsovårdsutredningens undersökning 1978 fanns drygt 100 beteendevetare i företagshälsovården. Omräknat till heltidstjänster motsvarade detta c 90 tjänster. Enligt LATT-79 var antalet beteendevetare närmare 180. En tredjedel arbetade deltid.

Tillgängliga uppgifter ger följande bild för 1983. Statshälsan har drygt 60 beteendevetare anställda, huvudsakligen socionomer. För landstingens inbyggda företagshälsovård finns närmare 30 beteendevetare. De flesta är psykologer. I företagshälsovård som enbart avser anställda i primärkommuner torde antalet beteendevetare inte överstiga 100. I blandade företagshälsovårdscentraler där SAF-företag ingår är 20 beteendevetare anställda. De flesta är psykologer. I SAF-företag med inbyggd företagshälsovård är också c 20 beteendevetare anställda. Även i detta fall är de flesta psykologer.

Beteendevetare kan också i någon utsträckning finnas i andra former av företagshälsovård. Antalet beteendevetare totalt i företagshälsovården 1983 torde emellertid inte överstiga 240.

Som utredningen tidigare framhållit kan behovet av beteendevetare väntas variera. Utbildningsfrågorna kan också behöva penetreras ytterligare. Utredningen är därför inte beredd att kvantifiera behovet för t ex den kommande tioårsperioden. I stället utgår utredningen från att företagshälsovårdsdelegationen följer utvecklingen och lämnar underlag för dimensionering av utbildning. Detta bör ske i anslutning till den utredning om

utbildning för beteendevetare m fl i företagshälsovården som företagshälsovårdsutredningen föreslår skall göras av arbetarskyddsstyrelsen och UHÄ. Utredningen återkommer till detta i kapitel 8.

7.3.10 Administrativ personal

I dagsläget har några hundra personer VD-uppgifter i företagshälsovårdscentraler. I de allra flesta fallen utförs VD-sysslan på deltid. Särskilt avdelade administratörer i ledningsfunktion finns vid ett mindre antal företagshälsovårdsenheter.

Behovet av ledande administrativ personal kan bedömas öka under utbyggnadsperioden. Utredningen vill ånyo framhålla VD-funktionens betydelse men är inte beredd att göra några närmare kvantifieringar av personalbehovet.

LATT-79 visade, att över 1 000 personer hade sekreterarbefattningar i företagshälsovården 1979. Runt hälften arbetade deltid. Den bedömning utredningen kan göra är att antalet sekreterare (motsv) 1983 uppgår till åtminstone 1 500. Deltid torde fortfarande vara vanligt inom denna personalgrupp.

Utredningen räknar med att det under den kommande tioårsperioden kan behövas c 100 nya sekreterare/assistenter för företagshälsovården per år för att täcka åldersavgång m m och för nya tjänster som inrättas för utbyggnaden. Behovet av tillskott blir emellertid beroende av i vilken utsträckning redan anställda sekreterare fortsätter att arbeta på deltid eller t ex är beredda att utöka sin tjänstgöring.

7.4 Behörighets- och meritvärderingsfrågor

7.4.1 Behörighet för anställning

Behörighet för anställning inom företagshälsovården har hittills reglerats för företagsläkare, företagssköterskor och företagssjukgymnaster genom rekommendationer utfärdade av företagshälsovårdsdelegationen. Rekommendationer om behörighet för skyddsingenjörer har inte utfärdats. Rekommendationerna bygger på legitimation som läkare, sjuksköterska respektive sjukgymnast, viss tjänstgöring/yrkeserfarenhet, viss vidareutbildning för läkare respektive sjuksköterska samt genomgången specialutbildning i företagshälsovård vid arbetarskyddstyrelsen (motsv).

För läkare och sjuksköterskor inom den allmänna hälso- och sjukvården finns utöver kravet på legitimation också författningsreglerade krav på vidareutbildning för behörighet att inneha vissa tjänster inom sjukvårdsorganisationen. Härvid avviker företagshälsovården från den allmänna hälso- och sjukvården. Utöver legitimationskravet finns inga formella krav på behörighet för att få verka som företagsläkare, företagssköterska och företagssjukgymnast. De ovan nämnda rekommendationerna för dessa grupper har ingen anknytning till den behörighetslagstiftning som gäller den allmänna hälso- och sjukvårdens personal.

Företagshälsovårdsdelegationens rekommendationer om behörighet för

anställning inom företagshälsovården har inte helt slagit igenom i den praktiska verksamheten. Som exempel härpå kan nämnas att 69 procent av företagsläkarna inte hade genomgått rekommenderad företagsläkarutbildning när de erhöll anställning inom företagshälsovården, enligt en enkät som företagshälsovårdsutredningen genomförde 1978. Liknande förhållande gäller ifråga om företagssköterskor och företagssjukgymnaster. Förklaring till dessa förhållanden var i en del fall att man inte kunde anställa specialutbildad personal, eftersom sådan inte fanns att tillgå. I andra fall anställde man icke-specialutbildad personal, trots att specialutbildad personal fanns att tillgå. Möjligheter till sådan specialutbildning erbjöds dock flertalet av dem sedan de påbörjat sitt arbete inom företagshälsovården.

För att få en god kvalitet på företagshälsovården bör särskilda behörighetskrav ställas upp för anställning som företagsläkare, företagssköterska respektive företagssjukgymnast med självständigt medicinskt ansvar, såväl inom den offentliga sektorn som utanför denna. Det är rimligt att dessa krav anpassas till vad som gäller för motsvarande arbetsuppgifter inom offentlig hälso- och sjukvård.

Den nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftningen förhindrar inte enskild huvudman att anställa legitimerad läkare, sjuksköterska och sjukgymnast efter eget skön. Denna person å sin sida är oförhindrad att efter sin legitimation självständigt utöva sitt yrke. Det bör emellertid i sammanhanget nämnas att de generella legitimations- och behörighetsbestämmelserna för närvarande är under utredning av en statlig kommitté (1981 års behörighetskommitté) och att framtida förändringar i de principer som här anges inte kan uteslutas.

Mot den angivna bakgrunden torde även i framtiden parterna på arbetsmarknaden kunna utarbeta och föreslå kvalifikationskrav för anställning av personal i företagshälsovård. Rekommendationer kan därvid liksom nu utfärdas av företagshälsovårdsdelegationen. Tveksamhet kan dock anföras om detta skall vara tillfyllest för att i praktiken kunna uppnå en tillfredsställande kvalitet i företagshälsovårdens arbete samt för att företagshälsovården på lika villkor med andra verksamhetsområden skall kunna rekrytera personal till verksamheten.

Den vidareutbildning som utredningen föreslår för företagsläkare, företagssköterskor respektive företagssjukgymnaster ansluter ifråga om omfattning, innehåll och uppläggning till sådan vidareutbildning som anordnas för andra läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. De utbildningsmässiga förutsättningarna skulle därmed finnas för att reglera behörigheten för anställning som företagsläkare, företagssköterska och företagssjukgymnast på samma sätt som inom den offentliga hälso- och sjukvården, nämligen genom lagstiftning. Detta skulle vara ett sätt att markera likställdheten mellan företagshälsovården i medicinskt avseende och annan hälso- och sjukvård. Sådan lagreglering kan emellertid inte införas med kort varsel för företagshälsovårdens personal med tanke på bl a tillgången på utbildningsplatser. Men på sikt bör man sträva efter samma system för behörighetsreglering som inom den offentliga hälso- och sjukvården. Enligt utredningens mening bör därför den nya behörighetslag som utreds av behörighetskommittén utformas så att det blir möjligt att införa regler också för företagshälsovårdens personal. Om sådana regler införs är det nödvändigt att

övergången kan ske smidigt bl a genom dispensmöjlighet.

I avvaktan på att praktiska och författningsmässiga förutsättningar för behörighetsreglering skapas bör tillämpningen av befintliga rekommendationer stramas upp. Företagshälsovårdsdelegationen bör följa denna fråga. Utformningen av tillämpningsbestämmelser för företagshälsovården i anslutning till en ny behörighetslag bör kunna tas upp i samband med den närmare planeringen av den föreslagna specialiteten för företagsläkare.

Företagshälsovårdsdelegationen har inte utfärdat någon rekommendation om behörighet för anställning som skyddsingenjör. En praxis har ändå utbildats att för tjänst som skyddsingenjör inom företagshälsovården krävs genomgången skyddsingenjörsutbildning vid arbetarskyddsstyrelsen eller motsvarande. Tidigare var det mycket vanligt att personer anställdes som skyddsingenjör och först därefter i bästa fall genomgick t ex arbetarskyddsstyrelsens utbildning. Detta förekommer fortfarande men blir ovanligare i takt med att alltfler gått skyddsingenjörsutbildningen.

För tekniker i allmänhet saknas med några få undantag legitimering eller annan formell reglering av behörighet för anställning. Situationen för tekniker inom företagshälsovården är således i detta avseende helt annorlunda än för läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Enligt utredningens mening är det inte lämpligt att i författning införa specialregler om anställning av tekniker inom företagshälsovården. Sådana kan befaras skapa stelhet och komplicerad övervakning vars eventuella vinster inte kan komma att stå i rimlig proportion till de insatser som skulle krävas för genomförandet. Däremot är det väsentligt med rekommendationer om behörighet för anställning inom företagshälsovården. Den utbildning som föreslås för skyddsingenjör, yrkeshygieniker och skyddstekniker har sådan karaktär att behörighetsrekommendationer för anställning inom företagshälsovården borde kunna utfärdas av företagshälsovårdsdelegationen. Enligt utredningens mening bör dessa rekommendationer avse krav på viss utbildning.

Då det gäller företagshälsovårdens beteendevetenskapliga expertis är det ännu för tidigt att försöka fastställa någon bestämd behörighet för anställning. Ytterligare erfarenhet behövs ifråga om arbetsuppgifterna för dessa experter och därför erforderlig utbildning och eventuell tjänstgöring.

7.4.2 Särskilt om meritvärdering för medicinsk personal

7.4.2.1 Bakgrund

Meritvärdering vid tjänstgöring som företagsläkare har länge uppfattats som ett problem. Läkare har ibland framhållit att de varit tveksamma att gå in i företagshälsovården, eftersom de befarat att inte få tillgodoräkna sig sådan tjänstgöring om de senare skulle vilja övergå till tjänst inom den allmänna hälso- och sjukvården. Utredningen har emellertid kunnat konstatera att i de fall företagsläkare sökt sig till den allmänna hälso- och sjukvården har de också fått tillgodoräkna sig tjänstgöring i företagshälsovård som merit för anställning efter ansökan hos socialstyrelsen. Även om det således är fullt möjligt att få sådan tjänstgöring tillgodoräknad kan nuvarande ordning verka hämmande för rekryteringen. Det finns därför enligt utredningens mening

anledning att särskilt ta upp meritvärderingsfrågan.

Följande redovisning utgår från förhållanden för läkare. Men också andra kategorier av medicinsk personal kan i förekommande fall vara berörda av den aktuella frågeställningen.

Formerna för tillsättning av läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården liksom hur meriter av vissa läkartjänstgöringar skall värderas vid tillsättningen regleras i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Tillsättningen av läkartjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården är reglerad genom bestämmelser i dels förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster och dels lagen (1982:764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare m m.

Bestämmelser om meritvärdering återfinns i den allmänna läkarinstruktionen (SFS 1963:341, senast ändrad 1982:770). Socialstyrelsen har vidare i allmänna råd (motsvarande) utfärdat anvisningar för meritvärdering (MF 1973:33).

I 9 § allmänna läkarinstruktionen preciseras regler för hur läkartjänstgöring m m skall värderas för "vinnande av befordran". Däri anges bl a (1 mom), att tjänstgöring såsom läkare i anställning, som avses i hälso- och sjukvårdslagen eller i 14 § hälsovårdsstadgan, d v s offentliga läkartjänster, "må tillgodoräknas såsom om anställningen innehafts hos staten". Vidare framhålls (2 mom) att "socialstyrelsen äger medgiva att såsom likvärdig med läkartjänstgöring i statens tjänst tillgodoräknas annan efter legitimationen fullgjord läkartjänstgöring än som avses i 1 mom ävensom efter legitimationen undergången särskild utbildning i läkaryrket". I samma paragraf omnämns också hur viss utlandstjänstgöring skall tillgodoräknas (3 mom) samt disputationsprov (4 mom) och tjänstgöring vid medicinsk undervisningsanstalt och militärtjänstgöring m m (5 mom). Tjänstgöring inom företagshälsovård omnämns inte i läkarinstruktionen.

I socialstyrelsens cirkulär med anvisningar till vägledning för bedömning av de sökandes meriter i samband med tillsättande av vissa i hälso- och sjukvårdslagen avsedda tjänster redogörs bl a för begreppet "förtjänst" och "skicklighet", som av hävd utgör grundelementen i den offentliga förvaltningens befordringssystem. Det kan påpekas, att det inte föreligger något hinder för att tillämpa de i cirkuläret angivna principerna även vid tillsättning av läkartjänster, som inte faller under denna lag.

"Förtjänst" är i detta sammanhang liktydigt med summan av fullgjord tjänsteårsberättigad tjänstgöringstid uttryckt i år, månader och dagar. Begreppet tjänsteår har ursprungligen avsett tjänstgöringstid i statlig tjänst. Såsom ovan angivits gäller dock för hälso- och sjukvården att läkartjänster som avses i hälso- och sjukvårdslagen och i 14 § hälsovårdsstadgan, d v s landstings- och primärkommunala läkartjänster, automatiskt är tjänsteårsberättigade. Socialstyrelsen kan också, som tidigare nämnts, enligt allmänna läkarinstruktionen medge tjänsteårsrätt för vissa andra läkartjänstgöringar. Sådan tjänsteårsrätt kan vara knuten till en viss bestämd tjänst. Detta innebär att alla som i framtiden är förordnade på denna tjänst får tillgodoräkna tjänsteår. Tjänsteårsrätten kan emellertid också beviljas

individuellt. Då grundas den på en bedömning i efterhand av en enskild läkares tjänstgöring, exempelvis utomlands. Tjänsteårsrätten gäller då exklusivt för den läkaren men socialstyrelsens beslut härom kan få prejudicerande verkan.

Meriter som förvärvats exempelvis som företagsläkare i privat regi och som privatpraktiserande läkare kan enligt gällande lagstiftning inte automatiskt tillgodoräknas som tjänsteår i samband med tillsättning av offentligt reglerade läkartjänster, vare sig den som merit åberopade tjänstgöringen fullgjorts inom ett anställningsförhållande eller inte.

Hittills har framställningar från läkare som är verksamma inom privat företagshälsovård och som begär tjänsteårsrätt varit sparsamma. I de fall läkare begärt tjänsteårsrätt har de emellertid erhållit sådan av socialstyrelsen.

Vid bedömning av en sökandes meriter skall som nämnts hänsyn även tas till *"skickligheten"*. Denna låter sig knappast uttryckas i sådana enkla kvantitativa termer som förtjänsten. Vid bedömningen av skickligheten skall beaktas den sökandes egenskaper och förmåga att fullgöra de med tjänsten förenade arbetsuppgifterna samt hans eller hennes kompetens och lämplighet för den sökta tjänsten, såsom dessa sidor av vederbörandes person kommit till uttryck i teoretisk och praktisk utbildning och tidigare verksamhet.

Begreppet skicklighet rymmer sålunda ett flertal skilda kvaliteter, som var för sig skulle kunna utgöra separata befordringsgrunder. Skicklighetskriteriet är därför betydligt mer svårmätbart. För att erhålla ett så objektivt, allsidigt och rättvist värdeuttryck som möjligt skall enligt socialstyrelsens anvisningar de meriter, som kan sägas uttrycka den sökandens skicklighet, värderas kvalitativt och ges en lättillgänglig beskrivning. I anvisningarna betonas särskilt, att den sökandes skicklighet skall bedömas i relation till den sökta tjänstens innehåll.

Av det sagda framgår att just bedömningen av de sökandes skicklighet i förhållande till de krav den sökta tjänsten ställer på sin blivande innehavare är av största betydelse. Det bör också framhållas att varje läkartjänstgöring, oavsett om den är förenad med tjänsteårsrätt eller inte, har ett meritvärde, som emellertid varierar bereonde på karaktären av sökt tjänst i förhållande till vilken tjänstgöringen bedöms.

För att underlätta bedömningen av den sökandes skicklighet rekommenderar socialstyrelsen en uppdelning av skickligheten i följande huvudgrupper.

a) Klinisk skicklighet
   1. Huvudmeriter
   2. Sidomeriter inom specialiteten
   3. Sidomeriter utom specialiteten
   4. Övriga meriter
b) Vetenskaplig skicklighet
c) Administrativ skicklighet
d) Undervisningsskicklighet.

Vid bedömning av meritvärdet av läkartjänstgöring i företagshälsovård torde såväl a) 4 som b) och c) ovan vara aktuella.

Frågan om läkartjänstgöring är tjänsteårsberättigad eller inte aktualiseras även då läkare hos socialstyrelsen och dess nämnd för läkares vidareutbildning (NLV) ansöker om bevis angående specialistkompetens liksom då fråga är om godkännande av allmäntjänstgöring som läkare (AT). För vinnande av specialistkompetens i allmänmedicin ingår numera tjänstgöring inom företagshälsovård som en valfri del (upp till sex månader) inom den tvååriga huvudutbildningen i allmänmedicin. Tjänstgöring inom företagshälsovård får dock tillgodoräknas endast om tjänstgöringen fullgjorts vid enhet med mer än en samtidigt anställd läkare.

7.4.2.2 Utredningens överväganden och förslag

Såsom framgår av det ovan anförda kan tjänstgöring som läkare i privat företagshälsovård redan idag på olika sätt tillgodoräknas som merit vid läkaranställning inom offentlig hälso- och sjukvård. Sådan tjänstgöring kan efter socialstyrelsens beslut medges tjänsteårsrätt. Den kan också åberopas som en övrig merit vid sökande av offentlig läkartjänst inom ramen för befordringsgrunden "skicklighet".

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning måste tjänstgöring inom företagshälsovård, oavsett om denna har skett i offentlig eller privat regi, kunna åberopas som en betydelsefull merit vid sökande av i första hand tjänster som distriktsläkare i allmänmedicin men också av vissa andra läkartjänster, t ex inom yrkesmedicin. Tjänstgöring inom företagshälsovård ger goda utgångspunkter för den nya offensivt hälsopolitiska inriktning, som all offentlig hälso- och sjukvård förutsätts komma att få enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Företagshälsovårdsutredningen är för sin del medveten om att det inte alltid är vare sig möjligt eller lämpligt att åsätta tjänstgöring som läkare inom företagshälsovården ett för alla tjänstgöringar generellt och lika meritvärde. Innehållet i tjänstgöringen som företagsläkare varierar givetvis efter den verksamhet som företagsläkaren betjänar. Företagshälsovården vid t ex en tung industri är innehållsmässigt inte helt densamma som företagshälsovård inom administration eller liknande.

För företagshälsovårdsutredningen står det klart att tjänstgöring inom företagshälsovård alltid bör ha ett meritvärde, oavsett om tjänstgöringen skett i privat eller offentlig företagshälsovård. Meritvärdet bör vara obereonde av om tjänstgöringen är förenad med tjänsteårsrätt eller inte. Utredningen är, mot bakgrund av vad nyss anförts, medveten om att man på förhand inte alltid kan göra något uttalande om vilket meritvärde en viss tjänstgöring har. Detta är inte heller något specifikt för tjänstgöring inom företagshälsovård. En tjänstgörings meritvärde beror nämligen alltid på den gjorda tjänstgöringens faktiska innehåll och dess relation till den sökta tjänstens innehåll. Svaret när det gäller det faktiska meritvärdet av en tjänstgöring kan man ge först då meriten skall vägas mot de krav den sökta tjänsten ställer på sin blivande innehavare.

I diskussionerna om svårigheterna att rekrytera läkare till företagshälsovården har ofta åberopats det faktum, att läkartjänstgöring där inte är förenad med automatisk rätt till tjänsteår. Detta förhållande med tjänsteårsrätt har betydelse för beräkningen av förtjänsten (summan av fullgjord

tjänsteårsberättigad tjänstgöringstid). Någon betydelse för bedömningen av skickligheten har dock detta förhållande inte. En väl fullgjord företagsläkartjänstgöring måste anses vara lika värdefull i sig, oavsett om den fullgjorts i offentlig eller privat regi.

Här bör betonas att tjänsteårskriteriet torde som merit ha sin största betydelse vid tillsättning av tjänster i början av läkarkarriären, då en sökande inte kan åberopa så mycket mer än skolbetyg, examensbetyg samt ett fåtal tjänstgöringar, eventuellt förenade med tjänsteårsrätt. Längre fram i karriären, då det är fråga om tillsättning av högre läkartjänster, kan sökande stödja sig på, förutom vissa tjänsteår, framför allt tjänstgöringsmeriter som är betydligt mer sofistikerade i form av klinisk verksamhet och vetenskapliga arbeten m m. Därmed spelar tjänsteåren en alltmer underordnad roll. Vad vederbörande uträttat under sina tjänstgöringar, d v s vederbörandes skicklighet, får i stället en alltmer ökad betydelse. Däremot saknar det betydelse, om läkaren förvärvat sin skicklighet på en tjänsteårsberättigad tjänst eller inte.

Frågan om grunderna för tillsättning av läkartjänst inom den allmännna hälso- och sjukvården prövas för närvarande av behörighetskommittén i samband med översyn av gällande legitimations- och andra behörighetsbestämmelser för personal inom hälso- och sjukvården m m. Kommittén torde därvid komma att överväga den särskilda s k tjänsteårsrätt, som gäller för läkare, samt de övriga meriter i form av s k "förtjänst och skicklighet", som skall kunna åberopas vid sökande av offentliga läkartjänster. Enligt vad som inhämtats förväntas kommitténs förslag i denna del komma att presenteras under hösten 1983.

Till grund för behörighetskommitténs överväganden beträffande tjänsteårsrätten ligger ett förslag av en arbetsgrupp inom socialstyrelsen att avskaffa denna rätt. Detta skulle bl a innebära att socialstyrelsen befriades från nuvarande arbetsuppgifter med individuella tjänsteårsrätts- och meritvärderingsbeslut enligt 9 § allmänna läkarinstruktionen. Meritvärderingen skulle också helt frikopplas från det nuvarande formella tjänsteårsbegreppet och bli enklare och friare och koncentreras till skicklighetsbegreppet. Givetvis skulle man, även om tjänsteårsbegreppet avskaffas, tillgodoräkna antalet år som varje läkare varit verksam på samma sätt som ancienniteten beräknas vid tillsättningar inom andra yrkesgrupper på arbetsmarknaden.

En konsekvens av detta förslag blir att vid bedömningen av förtjänsten hos läkare, som ansöker om offentliga läkartjänster, kan alla tjänstgöringar som läkare ingå, oavsett om tjänstgöringarna skett i offentlig eller privat regi, t ex inom företagshälsovården. Bedömningen av en läkares skicklighet, som är den viktigaste befordringsgrunden, förutsätts däremot även i fortsättningen ske på ett mer nyanserat sätt mot bakgrund av bl a den sökta tjänstens karaktär.

Många av de beslut och normer som är härledda från bestämmelserna om det särskilda tjänsteårsrättsbegreppet upplevs otvivelaktigt som mycket "snåriga" och svårtolkade. Genom att slopa dessa bestämmelser synes meritvärderingssystemet komma att förenklas. Det blir också möjligt att helt jämställa tjänstgöringar inom olika verksamheter, oavsett om dessa fullgjorts inom offentlig hälso- och sjukvård eller i privat regi, t ex inom företagshälsovård. Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning synes

sålunda ett slopande av det särskilda tjänsteårsrättsbegreppet kunna medföra en rad positiva effekter för företagshälsovården. Bl a torde det kunna medverka till en smidigare övergång mellan verksamhet i företagshälsovård och allmän hälso- och sjukvård. Detta kan bl a väntas förbättra rekryteringen till företagshälsovården.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning måste givetvis en jämställdhet i meritvärderingen vara ömsesidig i den meningen, att såväl meriter från företagshälsovård beaktas vid tillsättning av företagsläkartjänster och andra läkartjänster inom närstående områden som meriter från andra närstående verksamheter beaktas vid tillsättning av företagsläkartjänster i både offentlig och privat verksamhet.

8 Utbildning för företagshälsovårdens personal m m

8.1 Den nuvarande och framtida utbildningen[1]

8.1.1 Principiella utgångspunkter

Som beskrivits i kapitel 7 tillämpas inte författningsmässigt reglerade behörighetsvillkor för den som skall ha tjänst inom företagshälsovården. I den medicinska verksamheten gäller givetvis kravet på läkarlegitimation respektive legitimation som sjuksköterska och sjukgymnast.

Frågor om kompetensvillkor behandlas i den till arbetarskyddsstyrelsen knutna företagshälsovårdsdelegationen. I delegationen, som är ett centralt kontakt- och samrådsorgan, sitter representanter för parterna på arbetsmarknaden, arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen.

Företagshälsovårdsdelegationen har uttalat att inom företagshälsovården bör anställas endast sådan personal som uppfyller de kompetenskrav som rekommenderats av delegationen. Rekommendationerna avser grundutbildning, tjänstgöring och specialutbildning för företagsläkare, företagssköterskor och företagssjukgymnaster. Delegationen har haft ambition att också utfärda rekommendationer vad gäller kompetens för skyddsingenjörer men har trots upprepade försök inte klarat av detta. Frågan har hänskjutits till företagshälsovårdsutredningen.

I det följande redovisas vilken utbildning som genomförts och för närvarande finns med speciell inriktning för företagshälsovårdens olika personalgrupper samt utredningens förslag till hur denna utbildning bör

[1] I det följande används termen *grundutbildning* för sådan utbildning som behövs för mera generell yrkesverksamhet, t ex sjuksköterskeutbildning, civilingenjörsutbildning, sekreterarutbildning eller läkarutbildning. *Vidareutbildning* används för sådan utbildning som bygger på grundutbildning och som kan krävas för att inom ett mera generellt yrkesområde (läkare, ingenjör, sjuksköterska) specialisera sig på ett arbetsfält, t ex företagshälsovård. *Påbyggnadsutbildning* används på samma sätt. Termerna *specialutbildning* och *specialistutbildning* har även de samma innebörd som vidareutbildning eller påbyggnadsutbildning. Vid utbildning av läkare är begreppet specialistutbildning knutet till de medicinska verksamhetsområdena och den behörighetsreglering som är förenad med tjänstgöring inom dessa.

Termen *efterutbildning* används för att beskriva sådan utbildning som skall ge vederbörande bättre möjligheter att fullgöra arbetsuppgifterna inom det valda arbetsfältet, i detta fall företagshälsovården. Efterutbildning kan avse såväl fördjupning som breddning av arbetsfältet.

utformas och anordnas fortsättningsvis.

De ändringar som utredningen föreslår ifråga om utbildningen för företagshälsovårdens personal utgår från följande principiella utgångspunkter.

- En anpassning till det vanliga systemet för grund- eller vidareutbildning som gäller motsvarande yrkesgrupper inom andra områden skall eftersträvas.
- Den framtida företagshälsovårdsutbildningen skall vara generell med hänsyn till förhållandena inom arbetsmarknaden. Branschinriktad utbildning anordnas endast på efterutbildningsnivå.
- Praktik eller handledd praktisk tjänstgöring skall utgöra ett väsentligt inslag i den framtida företagshälsovårdsutbildningen.
- Utbildningen i företagshälsovård bör, för att bli lätt tillgänglig för de studerande, spridas geografiskt och anordnas även på andra orter än Stockholm, Umeå och Jönköping. "Utbildningscentra" med utbildning för två eller fler kategorier befattningshavare i företagshälsovården skall eftersträvas.
- Utbildningarna skall utformas och dimensioneras så att den pågående utbyggnaden av företagshälsovården inte stannar upp utan kan fortsätta i åtminstone nuvarande takt.
- Företagshälsovårdens personal skall vara utbildad för arbete i företagshälsovården före anställning.

8.1.1.1 Utbildning för företagsläkare

8.1.1.1.1 Den nuvarande utbildningen

Företagshälsovårdsdelegationen har rekommenderat att innehavare av företagsläkartjänst skall ha

- svensk läkarlegitimation,
- allmänläkarkompetens (motsv) alternativt specialistkompetens i allmän internmedicin "eller annat adekvat område",
- specialutbildning i arbetarskyddsstyrelsens regi.

Arbetarskyddsstyrelsen anordnar årligen en nio veckor lång utbildning med 90 platser för läkare som redan är verksamma i företagshälsovården. Ett fåtal av deltagarna saknar anställning och skall då utöver den teoretiska utbildningen fullgöra sex månader lång tjänstgöring i företagshälsovård. Innehållet i de nio teoriveckorna är följande.

Företagshälsovårdens ramar, c 25 tim.
- arbetsmiljölagstiftningen, arbetsrättslig lagstiftning
- arbetsmiljöavtalen
- lagarna om allmän försäkring och arbetsskadeförsäkring
- företagshälsovårdens målsättning, uppbyggnad, arbetsformer och problemområden
- företagsläkarens framtida roll.

Yrkesmedicin och yrkeshygien, c 55 tim.
- samband mellan exposition och sjukdom
- yrkestoxikologi, genotoxicitet och mutagenes
- yrkesdermatologi

- grundläggande epidemiologi och statistik
- yrkesmedicinska och yrkeshygieniska mätmetoder
- arbetsplatshygieniska undersökningar.

Yrkesneuromedicin och fysikaliska risker, c 35 tim.
- neurotoxikologi och psykiatri
- yrkesoftalmologi och synergonomi
- audiologi och bullerbekämpning
- strålning
- medicinska effekter av vibrationer.

Arbetsfysiologi, c 20 tim.
- människokroppens funktion i vila och arbete
- effekter av fysisk överbelastning
- fysiska krav i olika yrkesarbeten, individuell kapacitet
- effekter av varmt och kallt klimat
- arbetsfysiologiska metoder.

Ergonomi, c 15 tim.
- upprättande av arbetskravsprofiler och checklistor
- ergonomisk arbetsplatsbedömning och -utformning.

Yrkesortopedi, c 15 tim.
- belastningar och belastningssjukdomar
- yrkesortopedi
- kriterier för bedömning av arbetsrelaterade belastningsskador.

Psykiska och sociala frågor i arbetsmiljön, c 25 tim.
- beteendevetenskaplig arbetsmiljöforskning och dess resultat, särskilt med avseende på stress och psykosomatik, alkohol och narkotika, regelsystem för särskilda grupper i arbetslivet.

Valbar del, c 60 tim.

Under två av de nio kursveckorna kan deltagarna i utbildningen välja två av fem olika alternativ. Under 1982/83 är alternativen följande
- projektmetodik
- miljömedicin
- toxikologi – riskvärdering
- arbetsmiljön ur psykologisk och sociologisk synvinkel
- yrkesdermatologi.

Avslutande kursvecka, c 35 tim.
- redovisning av projektarbeten
- arbetsskadebegreppet
- företagsläkarens roll och verksamhet.

Undervisningen ges i form av föreläsningar, seminarier, gruppundervisning och gruppdiskussioner, demonstrationer och tillämpade övningar, kunskapsprov, projektarbete och självstudier. Varje kursvecka omfattar 30–35 timmar schemabunden undervisning. Skriftligt eller muntligt kunskapsprov förekommer varje kursvecka.

Avsikten med projektarbetet är att under handledning träna uppläggning, genomförande, analys och presentation av en avgränsad problemställning. Projektarbetet skall avse en analys av hälsoläget hos personer som misstänks vara utsatta för en viss riskexponering eller vara en uppföljning av ett aktuellt problem inom företagshälsovårdens ansvarsområde.

För de deltagare som inte har minst halvtidsanställning inom företagshälsovården omfattar utbildningen, utöver de nio veckornas teoriundervisning, sex månaders handledd tjänstgöring i företagshälsovård. Största delen av

tjänstgöringstiden skall ägnas åt praktisk företagshälsovård men det skall också finnas tid att studera organisatoriska och administrativa m fl förhållanden som har betydelse för arbetet inom företagshälsovården. Den praktiska tjänstgöringen i företagshälsovård har ingått i företagsläkarutbildningen sedan 1976, men endast ett mindre antal läkare har fullgjort den, eftersom flertalet deltagare i utbildningen fått anställning i företagshälsovården utan att ha genomgått specialutbildningen.

Endast vid ett ansökningstillfälle har man under de senaste tio åren behövt avvisa sökande till företagsläkarutbildningen. Det var under 1975/76 då c 20 sökande inte kunde beredas plats i utbildningen. Flertalet av dessa sökte på nytt vid nästa ansökningstillfälle ett år senare och kunde då beredas plats.

8.1.1.1.2 Nackdelar med den nuvarande ordningen

Bland nackdelarna med den nuvarande ordningen kan särskilt nämnas den att en legitimerad läkare som skall välja vidareutbildning inte ser företagshälsovård som ett alternativ. Delvis beror detta på att företagsläkarutbildningen inte är inordnad i det system för vidareutbildning och behörighet för läkare som byggts upp för den offentliga läkarverksamheten och som tidigare administrerats av Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) och sedan den 1 juli 1981 av socialstyrelsen. Men i minst lika stor utsträckning beror det sannolikt på att specialutbildningen av företagsläkare kan fogas till en relativt ospecificerad grundutbildning i form av allmänläkarutbildning eller specialistutbildning av något slag. När en läkare väljer vidareutbildning finns det ingenting som styr upp tanken mot det arbetsfält som företagshälsovården representerar. I stället väljer vederbörande att bli specialist i allmänmedicin eller annat verksamhetsområde, ofta utan att därvid räkna med företagshälsovård som ett tänkbart framtida arbetsfält.

Erfarenheterna visar, att de allra flesta företagsläkarna kommer in "bakvägen" till företagshälsovården, d v s börjar arbeta inom den innan vederbörande fullgjort specialutbildning i företagshälsovård. En undersökning (Företagsläkarna och företagshälsovården. En enkätundersökning. Ds A 1979:3), som företagshälsovårdsutredningen gjorde våren 1978, visar, att 69 procent av företagsläkarna inte genomgått företagsläkarutbildning när de började arbeta i företagshälsovården. Även om många valde att inom en treårsperiod efter tillträde till tjänst genomgå specialutbildning saknade 25 procent av läkarna inom företagshälsovården sådan utbildning vid undersökningstillfället. Av dessa kan somliga vara s k dispensfall eller sådana som på annat sätt än genom arbetarskyddsstyrelsens utbildning fått sina kunskaper och färdigheter. Men det räcker inte som förklaring. Inte heller brist på utbildningsplatser kan förklara att så många saknade specialutbildning, eftersom arbetarskyddsstyrelsen under t ex 1977/78 inte fick de 90 platser fyllda som avsatts för specialutbildning.

En risk med det nuvarande systemet för företagläkarutbildning är att det till företagshälsovården rekryteras personer som saknar såväl kunskap om verksamheten som intresse för att utveckla den enligt de principer arbetsmarknadens parter lagt fast i arbetsmiljöavtal. Denna fråga har ytterligare belysts i kapitel 7.

8.1.1.1.3 Den framtida utbildningen bör vara medicinsk specialitet

Enligt det vidareutbildningssystem (NLV-systemet) som byggts upp för läkarverksamheten i den offentliga hälso- och sjukvården måste alla läkare för att få en självständig läkarbefattning genomgå fortsatt vidareutbildning efter legitimation (specialistutbildning). Denna utbildning består av minst fyra års tjänstgöring som underläkare under handledning samt i allmänhet sex veckokurser (NLV-kurser) och kunskapsprov. Vidareutbildningen avser olika specialiteter inom hälso- och sjukvården. Tjänstgöringen skall fullgöras vid sjukhus eller vårdcentral som socialstyrelsen godkänt. Den skall alltså ske inom offentlig hälso- och sjukvård.

För vidareutbildningen tillskapar och ledigförklarar landstingen block för underläkartjänstgöring (block för fortsatt vidareutbildning, s k FV-block) som innehåller de tjänstgöringsmoment och de tider som krävs för varje specialitet. Dessa FV-block inrättas på grundval av ett för hela landet upprättat läkarfördelningsprogram.

Som tidigare nämnts ingår inte företagsläkarutbildningen i NLV-systemet. Företagshälsovård har hittills inte heller betraktats som en specialitet och ingår inte i den av regeringen fastställda förteckningen över godkända specialiteter. Det är inte heller möjligt att utan särskilt socialstyrelsens medgivande genomföra tjänstgöring som underläkare utanför den offentliga hälso- och sjukvården och få denna tjänstgöring tillgodoräknad som vidareutbildning.

Företagshälsovårdsutredningen har funnit, att man skulle kunna komma till rätta med nackdelar som finns i nuvarande ordning för företagsläkarutbildning genom att företagshälsovård blir medicinsk specialitet. Utredningen har därför sedan några år tillbaka hos NLV respektive socialstyrelsen begärt att NLV/socialstyrelsen prövar om företagsläkarutbildning kan anordnas inom det reguljära vidareutbildningssystemet för läkare och med ett innehåll som står bättre i överensstämmelse med det framtida arbetsfältet för företagsläkare. Utredningen har därvid föreslagit, att en principskiss till utbildning skall prövas, innebärande att blivande allmänläkare (specialist i allmänmedicin) och företagsläkare har i huvudsak samma utbildning i allmänmedicin, internmedicin och psykiatri. Blivande företagsläkare skulle emellertid genomgå 18 månaders utbildning i företagshälsovård medan blivande allmänläkare utbildar sig i långvård, pediatrik och gynekologi.

I det följande redovisar utredningen närmare motiveringar för specialiteten företagshälsovård. Företagshälsovård som medicinskt verksamhetsområde har beskrivits i kapitel 7.

Företagshälsovården har sin klara profilering åt förebyggande insatser, såväl miljöinriktade som individ- och gruppinriktade sådana. För denna verksamhet krävs omfattande kunskaper och färdigheter. Kravet på insatser inom den breda sjukvården är inte lika påfallande inom företagshälsovården som inom allmänmedicinen och därmed inte heller kravet på kunskaper och färdigheter i diagnostik och behandling av det breda och relativt oselekterade sortiment av sjukdomar som förekommer inom primärvården.

Företagshälsovård representerar ett eget kompetensområde som är klart avgränsat från allmänmedicinen men som har många beröringspunkter med

detta område. Vidareutbildningen i företagshälsovård måste därför få en egen klar profil och får inte enbart ses som en variant av eller påbyggnad till vidareutbildning i allmänmedicin. Här kan erinras om att ett halvt års tjänstgöring i företagshälsovård ingår som en valfri komponent i vidareutbildningen i allmänmedicin.

Den praktiska tjänstgöringen måste profileras på företagshälsovård för att ge den blivande företagsläkaren kännedom om arbetsmiljön och om de speciella problem som företagshälsovården har att bemästra samt ge honom eller henne kunskaper och färdigheter att behandla dessa problem. Huvudutbildningen bör därför till stor del förläggas till företagshälsovården. Det finns ett klart uttalat önskemål som gäller all specialistutbildning för läkare, nämligen att huvudutbildningen inom det tänkta verksamhetsområdet inte skall understiga tre år. Av betydelse är emellertid också att de blivande företagsläkarna får kännedom om verksamheter inom primärvården i övrigt, detta inte minst med tanke på behovet av kommunikation och samarbete mellan företagshälsovården och primärvården. Viss tid, förslagsvis 18 månader av underläkartjänstgöringen under huvudutbildningen, bör därför förläggas till allmänmedicin.

För företagsläkarna är det också nödvändigt att få erfarenhet från allmän internmedicin, särskilt med hänsyn till de diagnos- och utredningsförfaranden som där tillämpas. Viss tjänstgöring i allmän internmedicin, t ex ett år, bör därför ingå i specialistutbildningen i företagshälsovård.

Motsvarande gäller för psykiatri. För att bl a förstå och kunna bedöma psykologiska och sociala problem erfordras minst ett halvt års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller annan motsvarande vårdenhet. För den blivande företagsläkaren är det väsentligt att tjänstgöringen i psykiatri inriktas mot öppen vård och utformas med sikte på kommande arbetsuppgifter inom det psykosociala området.

Av särskilt intresse för blivande företagsläkare är givetvis erfarenhet från en yrkesmedicinsk klinik med hänsyn till den särskilda inriktning på arbetslivets medicinska problem som verksamheten där har. Med tjänstgöring vid yrkesmedicinsk klinik kan jämställas tjänstgöring som laboratorieläkare vid arbetarskyddsstyrelsens forskningsavdelning. Likaså är det värdefullt att företagsläkare har erfarenhet från andra verksamhetsområden som har beröringar med problem inom arbetslivet. Hit hör bl a allmän kirurgi (olycksfall), ortopedisk kirurgi (rygg- och ledbesvär), lungmedicin (astma och andra lungåkommor), hudsjukdomar (yrkesdermatoser) samt öron-, näs- och halssjukdomar (bullerproblem). Medicinsk rehabilitering är ett annat område av stor betydelse.

Den totala tjänstgöringstiden i underordnad ställning kan rimligtvis inte sättas längre än till fyra eller fyra och ett halvt år. Detta innebär att tjänstgöringstiden inom de enskilda verksamhetsområdena måste begränsas samt att viss valfrihet måste tillåtas för tjänstgöring inom vissa verksamhetsområden.

I det följande föreslås en modell för huvudutbildningen och sidoutbildningen om totalt fyra och ett halvt år för specialistkompetens i företagshälsovård samt innehåll i den systematiska undervisningen.

Tjänstgöring under handledd utbildning

Huvudutbildning:

- 18 månader företagshälsovård, varav 6 månader får bytas ut mot yrkesmedicin.
- 18 månader allmänmedicin, varav sammanlagt 6 månader får bytas ut mot ortopedi, allmän kirugi, öron-, näs- och halssjukdomar, medicinsk rehabilitering eller hudsjukdomar.
- 12 månader internmedicin, varav 4 månader får bytas ut mot yrkesmedicin eller lungsjukdomar.

Ingen av angivna utbytestjänstgöringar får understiga en längd av 3 månader.

Sidoutbildning:

- 6 månader allmän psykiatri.

Systematisk undervisning

- 3 "NLV-kurser" (veckokurser) med inriktning på allmänmedicin, internmedicin eller psykiatri.
- 9 veckors utbildning med inriktning på företagshälsovård (i huvudsak nuvarande specialutbildning på arbetarskyddsstyrelsen för företagsläkare).

Den föreslagna omfattningen av den systematiska undervisningen överstiger vad som krävs i andra specialiteter (6 veckokurser). Företagshälsovårdsutredningen anser det dock vara motiverat med sådan omfattning för specialiteten företagshälsovård och erinrar om att huvuddelen av dessa kurser förutsätts bli erbjudna utanför det ordinarie kurssystemet för NLV och med tills vidare den finansiering som nu gäller arbetarskyddsstyrelsens kurser för företagsläkare.

I utbildningen skulle, som framgår av skissen, ingå 18 månaders tjänstgöring i företagshälsovård. Även 24 månaders tjänstgöring i företagshälsovård kan diskuteras. Önskemålen om en så lång praktisk tjänstgöring får emellertid vägas mot möjligheterna att arrangera tjänstgöring inom företagshälsovården.

8.1.1.1.4 Genomförande

Under hösten 1982 har företagshälsovårdsutredningen i samarbete med landsting och företagshälsovårdsenheter påbörjat försöksverksamhet som syftar till att belysa förutsättningarna för inrättande av FV-block i en kommande specialitet i företagshälsovård. Huvudsyftet med försöksverksamheten är att pröva hur man kan inordna tjänstgöring i företagshälsovård i det reguljära vidareutbildningssystemet för läkare, d v s inordna tjänstgöring utanför den offentliga hälso- och sjukvården i ett vidareutbildningssystem som hittills enbart avsett offentlig hälso- och sjukvård. Syftet är vidare att studera, hur tjänstgöringen och handledningen i företagshälsovården kan läggas upp.

Försökverksamheten, vari tre läkare för närvarande deltar, omfattar 18

månaders handledd tjänstgöring i företagshälsovård fördelad på två till tre företagshälsovårdsenheter. Sex månader av tjänstgöringen får fullgöras på yrkesmedicinsk klinik. Arbetarskyddsstyrelsens teoretiska kurs om nio veckor ingår som integrerad del i utbildningen.

Till de "delblock" avseende tjänstgöring i företagshälsovård som prövas i försöksverksamheten har rekryterats läkare under vidareutbildning med delvis fullgjord tjänstgöring i den nya specialiteten allmänmedicin. Efter fullgjord tjänstgöring i delblocket kommer de att ha en utbildning som motsvarar den föreslagna specialiteten i företagshälsovård.

Försöksverksamheten har föregåtts av särskilt anordnad handledarutbildning, varvid även program för tjänstgöringen i företagshälsovård utarbetats. Riktlinjer för försöksverksamheten finns i utredningens PM 31 1981-11-23 (rev 1982-05-26), Försöksverksamhet med företagsläkarutbildning (stencil).

Det av utredningen föreslagna systemet för framtida utbildning av företagsläkare förutsätter att landstingen respektive arbetsgivarna är beredda att inrätta utbildningstjänster och ställa upp med handledning inom respektive område. För landstingens del kommer den nya ordningen med FV-block att innebära bättre överblick över vilka läkare som utbildas för företagshälsovården. Trycket på landstingens utbildningsresurser kommer också att bli mindre, eftersom specialiteten företagshälsovård kräver mindre utbildning i landstingsregi än nuvarande företagsläkarutbildning, som bygger på fullgjord allmänläkarutbildning eller annan specialistutbildning.

Vid fullt utbyggd specialistutbildning erfordras totalt c 90 FV-block per år. Med hänsyn till att tjänstgöringen i företagshälsovård skall omfatta 18 månader fordras att det inom företagshälsovården finns c 135 helårstjänster för utbildning. Med tanke på utbytesmöjligheterna mellan företagshälsovård och yrkesmedicin (motsv) kommer behovet av utbildningstjänster inom företagshälsovården i praktiken att understiga 135.

Målsättningen bör vara att den föreslagna specialistutbildningen skall vara fullt utbyggd inom en tioårsperiod, d v s senast 1993.

Arbetarskyddsstyrelsens nuvarande företagsläkarutbildning föreslås fortsätta tills vidare med nuvarande antal årliga utbildningsplatser. Utbildningen i nuvarande form trappas ner i takt med att man inrättar FV-block och utbildningstjänster för specialistutbildningen. Arbetarskyddsstyrelsens teoretiska kurser i företagshälsovård förutsätts emellertid finnas kvar som del av den systematiska undervisningen i specialistutbildningen. Vissa av de teoretiska kurserna bör kunna anordnas vid t ex yrkesmedicinsk klinik på andra orter än Stockholm.

Utredningen föreslår, att socialstyrelsen får i uppdrag att med ledning av utredningens förslag skyndsamt utforma den medicinska specialiteten företagshälsovård samt lägga förslag om att sådan inrättas. Arbetet bör bedrivas i nära samverkan med arbetarskyddsstyrelsen och den därtill knutna företagshälsovårdsdelegationen. Eventuella samordningsmöjligheter mellan företagsläkarutbildningen och yrkesmedicinarutbildningen skall tas till vara. Företagshälsovårdsutredningen har tidigare i betänkandet Utbyggnad av yrkesmedicinen (SOU 1980:22) berört önskvärdheten av samordning mellan dessa utbildningar.

8.1.1.2 Utbildning för företagssköterskor

8.1.1.2.1 Den nuvarande utbildningen

Företagshälsovårdsdelegationen har rekommenderat följande kompetens för företagssköterskor.

- Legitimation som sjuksköterska.
- Minst två års yrkeserfarenhet inom samhällets öppna eller slutna vård. Vidareutbildning får räknas in i denna tid.
- Arbetarskyddsstyrelsens specialutbildning för företagssköterskor.

För tillträde till arbetarskyddsstyrelsens specialutbildning krävs att sjuksköterskan genomgått vidareutbildning.

Arbetarskyddsstyrelsen anordnar årligen en åtta veckor lång utbildning för sjuksköterskor som anställts inom företagshälsovården utan att ha specialutbildning för området. Antalet utbildningsplatser är för närvarande 144 per år. Arbetarskyddsstyrelsen anordnar också en utbildning för blivande företagssköterskor med för närvarande 32 utbildningsplatser per år. I denna utbildning ingår utbildningen om åtta veckor med något modifierat innehåll samt en 12 veckor lång tjänstgöring i företagshälsovård. Innehållet i de åtta teoriveckorna är följande.

Företagshälsovård m m, c 60 tim.
- företagshälsovårdens målsättning, organisation och arbetssätt
- företagssköterskans arbetsuppgifter
- samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård
- hälsoupplysning och olycksfallsvård, första hjälpen
- arbetsmiljölagstiftning.

Ergonomi, c 55 tim.
- rörelseorganens biomekanik
- arbetsfysiologi
- tillämpad ergonomi.

Arbetarskydd, c 15 tim.
- olycksfallsteori
- arbetsskadeförsäkring
- skyddsarbetets organisation
- tekniskt arbetarskydd.

Yrkesmedicin och arbetshygien, c 50 tim.
- kriterier på yrkessjukdomar
- toxikologi
- hygieniska gränsvärden
- yrkesskador
- belastningsbesvär från rörelseapparaten
- yrkesskador orsakade av kemiska och fysikaliska riskfaktorer
- natt- och skiftarbete
- vaccinationer, sjukhushygien, personalskydd
- livsmedelshygien och livsmedelslagstiftnig
- hälsoundersökningar
- buller och bullerskadeprofylax
- syn och belysning.

Arbetspsykologi och socialmedicin m m, c 55 tim.
- arbetsorganisation och arbetsinnehåll
- motivation, stress, arbetstillfredsställelse

- statistiska och epidemiologiska grundbegrepp
- enkät- och intervjuteknik
- arbetsvård, rehabilitering
- missbruks- och frånvaroproblematik
- minderårig och äldre arbetskraft.

Utbildningsorientering m m, c 15 tim.

Timfördelningen är densamma för båda utbildningarna. Inom ämnena kan dock tyngdpunkten ligga olika mellan de två utbildningarna. De teoretiska kurserna varvas med tjänstgöring respektive praktik.

Undervisningen sker i form av föreläsningar, demonstrationer, studiebesök, fältövningar, specialarbete och grupparbeten med muntlig och skriftlig redovisning. Före kursens början och mellan kursperioderna skall deltagarna läsa in anvisad kurslitteratur. Examinationen sker bl a i form av skriftliga slutprov.

En central del av utbildningen är det specialarbete som kursdeltagarna genomför enskilt eller i grupp. Valet av ämne för specialarbetet görs i samråd med kursledare, eventuell handledare, företagsläkare eller andra medarbetare på respektive arbetsplats. Det kan vara tidigare påbörjad undersökning, delrapport eller annat som är meningsfullt för kursdeltagaren och företagshälsovården. Specialarbetena redovisas i seminarieform.

Den tolv veckor långa, praktiska tjänstgöringen vid företagshälsovårdsenhet syftar till att ge sådana kunskaper och färdigheter som är väsentliga i arbetet som företagssköterska. Praktikanten deltar i detta syfte i både sjukvård och förebyggande hälsovård. Till förebyggande hälsovård räknas nyanställningsundersökningar, hälsoundersökningar, epidemiologiska undersökningar, bedömning och utformning av arbetsplatser, utbildning och hälsoinformation. Därutöver avsätts under den praktiska tjänstgöringen också tid för studier av organisatoriska och administrativa förhållanden av betydelse för arbetet inom företagshälsovården.

Praktisk tjänstgöring i företagshälsovård har anordnats sedan 1975. Omkring 250 kursdeltagare har hittills fullgjort denna tjänstgöring.

För tillträde till företagssköterskeutbildningen fordras legitimation som sjuksköterska antingen med äldre studiegång (påbörjad före 1966) eller med vidareutbildning (påbyggnadsutbildning inom kommunal högskola) samt två års yrkeserfarenhet inom samhällets öppna eller slutna vård.

Trots att antalet utbildningsplatser kraftigt ökat under den senaste tioårsperioden måste man fortfarande avvisa många sökande som redan är verksamma i företagshälsovården. Väntetiden för att komma in på utbildningen minskar emellertid och är nu drygt ett år. I början av 1970-talet var denna vänte- och förberedelsetid ungefär dubbelt så lång.

Vid utbildningen av sjuksköterskor som ännu inte är verksamma inom företagshälsovården tillämpades fram till läsåret 1978/79 tillträdesbestämmelser som i praktiken kom att innebära att endast sökande från stockholmsområdet var behöriga. När bestämmelserna ändrades ökade antalet sökande och behöriga kraftigt. Vid det senaste ansökningstillfället anmälde sig c 400 sökande.

Fram t o m våren 1982 har sammanlagt c 1 900 sjuksköterskor erhållit vidareutbildning i företagshälsovård. Av de 224 sjuksköterskor som t o m våren 1980 hade genomgått utbildningen utan att ha anställning inom

företagshälsovården hade hösten 1980 c 120, d v s ungefär hälften, sökt och erhållit anställning inom företagshälsovården.

8.1.1.2.2 Den framtida utbildningen

Inom utredningen har företagssköterskornas och undersökterskornas arbetsfält och utbildning studerats i en arbetsgrupp. Gruppen har hösten 1982 i rapporten Företagssköterskornas och undersköterskornas arbetsfält och behov av utbildning i framtiden (stencil) redovisat underlag för utredningens ställningstaganden. Slutsatser och förslag i det följande bygger i huvudsak på gruppens rapport.

I fortsättningen bör möjligheterna att skapa vidgade ansvarsområden för företagssköterskorna tas tillvara. Detta har belysts närmare i kapitel 7. Som exempel på områden för vidgade arbetsuppgifter kan följande nämnas.

- Medicinska undersökningar vid kartläggning av riskmiljöer och riskgrupper.
- Hälsoundersökningar.
- Arbete med psykiska och sociala faktorer i arbetsmiljön.
- Organisation och utbildning för första hjälpen vid olycksfall.
- Utbildning och information om företagshälsovård och förebyggande insatser inom området.
- Vissa arbetsledande uppgifter.

Den framtida företagssköterskeutbildningen skall enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning möjliggöra en större fördjupning inom ovannämnda områden av betydelse för den förordade utvidgningen av företagssköterskornas arbetsfält. Utbildningen skall vidare förbereda för såväl det lagarbete som erfordras inom företagshälsovården som för de självständiga arbetsinsatser som företagssköterskan har att göra.

Vidareutbildningen till företagssköterska bör på sikt utökas till att omfatta 40 poäng och bygga på den nya grundutbildningen för sjuksköterskor om 80 poäng, hälso- och sjukvårdslinjen i högskolan, samt minst två års arbete som sjuksköterska. Utöver behovet av större fördjupning inom nyssnämnda områden motiveras en sådan utökning av önskvärdheten att vidareutbildningen i företagshälsovård blir jämställd med annan vidareutbildning av sjuksköterskor, t ex den utbildning som förbereder för verksamhet som distriktssköterska. Ett annat skäl är att 40-poängsutbildningen blir en "direktväg" som inte som nu förutsätter genomgång av annan vidareutbildning som sjuksköterska.

Vidareutbildningen bör som nämnts omfatta 40 poäng, varav c 15 poäng i form av praktik i företagshälsovård och c 25 poäng i form av teoretisk utbildning. Den teoretiska utbildningen skall vara inriktad på främst den förebyggande verksamheten inom företagshälsovården. I första hand bör en sådan utbildning kunna erbjudas den som genomgått grundläggande sjuksköterskeutbildning med inriktning mot allmän hälso- och sjukvård samt därefter varit yrkesverksam som sjuksköterska i minst 24 månader.

Möjligheterna till samordning mellan vidareutbildning i företagshälsovård och vidareutbildningen i öppen hälso- och sjukvård (utbildningen av i första hand blivande distriktssköterskor) skall enligt företagshälsovårdsutredning-

ens uppfattning prövas.

Målet måste vara att till företagshälsovården skall kunna rekryteras färdigutbildade företagssköterskor. Detta innebär att antalet utbildningsplatser på utbildningen till företagssköterska måste utökas successivt, minst i takt med att kön till utbildningen av sjuksköterskor verksamma i företagshälsovården minskar.

8.1.1.2.3 Genomförande

För att täcka det i kapitel 7 angivna personalbehovet skulle c 190 företagssköterskor behöva utbildas varje år under den närmaste tioårsperioden. För närvarande utbildar arbetarskyddsstyrelsen 144 inom företagshälsovården verksamma sjuksköterskor per år och anordnar utbildning för icke-verksamma med 32 platser årligen. För att den erforderliga utbyggnaden av företagshälsovården skall uppnås är det angeläget att även i fortsättningen bibehålla denna utbildningskapacitet. Därtill bör utbildning för företagssköterskor ges på andra orter än Stockholm. De orter där det enligt utredningens bedömning finns förutsättningar att skapa nya utbildningsmöjligheter för företagssköterskor är i första hand Umeå, Örebro, Göteborg och Lund.

Utredningen har prövat vilka möjligheter som finns att bedriva vidareutbildningen till företagssköterska på samma sätt som annan vidareutbildning av sjuksköterskor, d v s att inom den kommunala högskolan anordna utbildningen vid landstingens vårdskolor. Ett sådant arrangemang bör enligt utredningens uppfattning eftersträvas, varvid dock måste beaktas behovet av kompetenta lärarkrafter och andra resurser. Landstingen torde för dagen inte generellt vara beredda att ta över utbildningen. Därför bör arbetarskyddsstyrelsen tills vidare anordna utbildningen men sträva efter att sprida den till nya orter. Det nuvarande finansieringssystemet bör fortsätta att tillämpas tills vidare. Eventuell utbildning i Umeå, Örebro, Göteborg och/eller Lund bör tills vidare kunna anordnas på uppdrag av arbetarskyddsstyrelsen.

Utökningen till 40 poäng av företagssköterskeutbildningen bör ske i takt med att sjuksköterskor utbildas enligt de nya utbildningsplanerna för hälso- och sjukvårdslinjen. Första kullen sjuksköterskor med 80 poängs grundutbildning enligt den nya utbildningsplanen examineras 1984. 1986 är således den första teoretiska möjligheten att till vidareutbildning i företagshälsovård anta de "nya" sjuksköterskorna, eftersom de inte blir behöriga att söka till utbildningen förrän efter två års yrkesverksamhet.

Det bör noteras att utbyggnaden till 40 poäng av vidareutbildningen till företagssköterska kommer att göras under en period då man samtidigt måste ta ansvar för att utbilda bort kön av sjuksköterskor som redan är verksamma i företagshälsovården och till detta kommer det att behövas resurser. Slutligen kan nämnas att utökningen till 40 poäng av vidareutbildningen förutsätter 15 poäng praktik. Det kommer att ta tid att få fram ett tillräckligt antal platser så att samtliga studerande kan erbjudas praktik.

Under de närmaste tio åren kommer till vidareutbildningen att söka sjuksköterskor som redan genomgått annan vidareutbildning. För deras del bör det räcka med en utbildning till företagssköterska om 20 poäng.

Företagshälsovårdsutredningen anser, att den nuvarande utbildningen, som motsvarar 20 poäng, snarast bör läggas om från att omfatta åtta veckor teori och tolv veckor praktisk tjänstgöring till att omfatta tio veckor teori och tio veckor praktisk tjänstgöring. Med en sådan förändring kan i teoridelen av utbildningen ägnas större uppmärksamhet åt områden av betydelse för den förordade utvidgningen av företagssköterskornas arbetsfält och ansvarsområde.

Efter tioårsperiodens slut bör endast "direktvägen" finnas, d v s grundläggande sjuksköterskeutbildning om 80 poäng med inriktning mot allmän hälso- och sjukvård och 24 månaders yrkesverksamhet som sjuksköterska samt 40 poängs vidareutbildning i företagshälsovård. Utredningen förutsätter, att det under den aktuella tioårsperioden satsas på efterutbildning för redan utbildade företagssköterskor i syfte att göra dem beredda att utvidga sitt ansvarsområde.

Utredningen föreslår, att arbetarskyddsstyrelsen snarast möjligt ändrar uppläggningen av den nuvarande vidareutbildningen till företagssköterska från nuvarande åtta teoriveckor och tolv veckors praktisk tjänstgöring till tio teoriveckor och tio veckors praktisk tjänstgöring.

Utredningen föreslår vidare, att regeringen uppdrar åt UHÄ att i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och Landstingsförbundet utreda de närmare förutsättningarna att åstadkomma den av utredningen förordade utvecklingen av företagssköterskeutbildningen som "direktväg". Därvid skall särskilt beaktas möjligheterna att så snart som möjligt förlägga sådan utbildning till andra orter än Stockholm (t ex genom uppdragsutbildning i högskolan) samt belysas möjligheterna att anordna företagssköterskeutbildning som reguljär högskoleutbildning.

Utredningen föreslår, att det uppdras åt UHÄ att verka för att arbetarskyddsstyrelsens företagssköterskeutbildning med avseende på meritvärde m m jämställs med motsvarande utbildning i högskolan.

Utredningen föreslår vidare, att företagshälsovårdsdelegationen verkar för att man inom företagshälsovården, då så är möjligt, övergår till att anställa enbart sjuksköterskor som genomgått vidareutbildning till företagssköterska.

Enligt utredningens uppfattning bör det som nu sagts om utbildningen för blivande företagssköterskor också gälla för sjuksköterskor som utbildar sig för verksamhet vid yrkesmedicinska kliniker.

8.1.1.3 Utbildning för undersköterskor

Företagshälsovårdsutredningens arbetsgrupp för utbildning m m för företagssköterskor har också belyst arbetsfält och utbildningsbehov för undersköterskor i företagshälsovården.

Något behov av särskild utbildning i företagshälsovård för undersköterskor före anställning i företagshälsovården föreligger inte enligt utredningens uppfattning men det är angeläget att företagshälsovården som arbetsfält presenteras redan i undersköterskornas grundutbildning. Det är dessutom angeläget att undersköterskan snarast efter anställningen inom företagshälsovården erhåller introduktionsutbildning som behandlar lagar och avtal inom arbetsmiljöområdet, företagshälsovårdens målsättning och uppgifter

samt organisationen av arbetet inom företagshälsovården. Senare bör undersköterskan få möjlighet att gå igenom orienterande utbildning om t ex undersöknings- och behandlingsmetoder inom företagshälsovården eller kurser som anknyter till inriktningen av det lagarbete undersköterskan deltar i. Undersköterskorna bör självfallet få samma möjlighet till efterutbildning som andra yrkeskategorier i företagshälsovården.

Såväl introduktionsutbildningen som den orienterande utbildningen bör anordnas i kursform. Utbildningen av undersköterskorna bör med fördel kunna anordnas i samarbete mellan ett antal företagshälsovårdsenheter som ligger nära varandra. Eventuellt bör detta kunna ske i samarbete med den kommunala vuxenutbildningen.

8.1.1.4 Utbildning för företagssjukgymnaster

8.1.1.4.1 Den nuvarande utbildningen

Företagshälsovårdsdelegationen har rekommenderat följande kompetens för företagssjukgymnaster.

- Legitimation som sjukgymnast.
- Minst två års anställning som sjukgymnast i samhällets öppna eller slutna vård.
- Specialutbildning för företagssjukgymnast godtagen av arbetarskyddsstyrelsen.

Svenska arbetsgivareföreningen (SAF) anordnar sedan 1972 tillsammans med Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) utbildning för blivande företagssjukgymnaster. 1982/83 anordnas den sjätte kursen, omfattande fem kursveckor och med 31 utbildningsplatser. SAF:s avsikt har varit att avveckla kursen men bristen på utbildningsplatser har gjort att SAF även under senare år anordnat utbildningen.

Arbetarskyddsstyrelsen anordnar sedan 1979/80 årligen en fem veckor lång utbildning för blivande företagssjukgymnaster med 24 utbildningsplatser. Utbildningen ges i Umeå. Såväl arbetarskyddsstyrelsens som SAF:s utbildning har kommit att avse sjukgymnaster som redan är verksamma i företagshälsovården, eftersom antalet utbildningsplatser vida understigit rekryteringsbehovet i företagshälsovården.

SAF:s och arbetarskyddsstyrelsens kurser har i stort samma syfte, innehåll, uppläggning och omfattning. I det följande beskrivs arbetarskyddsstyrelsens kurs mera i detalj.

I utbildningen läggs särskild vikt vid ergonomi, biomekanik och belastningssjukdomar och sjukgymnastens möjligheter att inom företagshälsovården spåra samband och arbeta förebyggande inom dessa områden. Utbildningen syftar bl a till att ge färdigheter att genomföra och redovisa ergonomiska utredningar. Den övergripande målsättningen är att kursdeltagarna skall tränas till självständigt ergonomiskt arbete utifrån ett gediget kunnande i anatomi, fysiologi och biomekanik.

Företagssjukgymnastutbildningen omfattar för närvarande fem schemabundna veckor fördelade över c tio kalendermånader samt självstudier och utredningsuppgift i form av examensarbete. Utbildningen motsvarar 10 poäng. Innehållet i utbildningen är i huvudsak följande.

Företagshälsovård; syfte, organisation, lagstiftning	10 tim.
Funktionell anatomi och biomekanik	30 tim.
Ergonomi	40 tim.
Belastningssjukdomar	20 tim.
Arbetsfysiologi	10 tim.
Utredningsteknik, projektplanering	20 tim.
Undervisningsmetodik	10 tim.
Psykiska och sociala konsekvenser av arbetsmiljön	10 tim.
Planering och redovisning av examensarbeten	20 tim.
Övrigt	20 tim.

Undervisningen sker i form av föreläsningar, grupparbeten samt olika typer av praktiska övningar m m. Varje kursvecka börjar med skriftlig individuell kunskapskontroll.

8.1.1.4.2 Den framtida utbildningen

När utbildningen för några år sedan fördes över från SAF till arbetarskyddsstyrelsen gjordes en översyn som bl a ledde till att den teoretiska delen av utbildningen förlängdes från fyra till fem veckor. Utredningens kontakter med LSR och med verksamma företagssjukgymnaster, bl a vid hearing, liksom med kursledningen i Umeå tyder på att utbildningen är väl avvägd innehållsmässigt.

Enligt riksdagsbeslut våren 1982 inrättas den 1 juli 1983 en rehabiliteringslinje om 100 poäng i högskolan. Inom denna linje skall nuvarande sjukgymnastutbildning och utbildning för arbetsterapeuter samordnas. Linjen skall anordnas av Norrbottens respektive Östergötlands läns landsting fr o m 1983/84. I samband med riksdagsbehandlingen av rehabiliteringslinjen väcktes motion (1981/82:1241) om att påbyggnadsutbildning för sjukgymnaster skulle utredas med målsättningen att sådan utbildning kan starta den 1 juli 1986, d v s samma år som påbyggnadsutbildning för arbetsterapeuter planeras starta. Motionen bifölls och UHÄ påbörjade utredningen under hösten 1982.

I riksdagsbehandlingen berördes inte påbyggnadsutbildningen för företagssjukgymnaster. Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning bör UHÄ i den beslutade utredningen också se över företagssjukgymnastutbildningen i syfte att pröva om den kan inordnas i ett vidareutbildningssystem för sjukgymnaster i högskolan, eventuellt som en 20-poängs påbyggnadslinje. Med hänsyn till att den nya utbildningen bör rikta sig till sjukgymnaster som ännu inte är verksamma inom företagshälsovården bör i utbildningen ingå c 10 poäng praktik. Företagshälsovårdsutredningen har kontaktat UHÄ, som nu närmare prövar utredningens förslag.

En påbyggnadslinje i företagshälsovård som bygger på den kommande rehabiliteringslinjen bör kunna utvecklas från innehållet i och uppläggningen av den företagssjukgymnastutbildning som för närvarande anordnas av arbetarskyddsstyrelsen respektive SAF.

8.1.1.4.3 Genomförande

SAF har inte resurser att i fortsättningen anordna vidareutbildning för företagssjukgymnaster. Vid arbetarskyddsstyrelsen anordnas för närvarande

utbildning med 24 utbildningsplatser per år.

Bristen på utbildningsplatser är det största problemet vad gäller företagssjukgymnastutbildningen. Utbildningen är i olika avseenden resurskrävande och ställer krav på lärare med god inblick i företagshälsovård och förebyggande insatser. Enligt utredningens uppfattning måste stora ansträngningar göras för att "utbilda ikapp" den kö som nu finns till utbildningen av sjukgymnaster verksamma i företagshälsovården men utan specialutbildning. Snarast möjligt måste utbildningen kunna erbjudas sjukgymnaster som ännu inte börjat arbeta i företagshälsovården. Utredningen föreslår, att företagshälsovårdsdelegationen ingående undersöker möjligheterna att snarast få fram nya utbildningsplatser för företagssjukgymnastutbildning.

Arbetarskyddsstyrelsens nuvarande företagssjukgymnastutbildning bör fortsätta åtminstone tills en eventuell påbyggnadslinje inom högskolan kommit igång. Antalet utbildningsplatser bör snarast ökas till minst 50 per år. Innehållet i den nuvarande företagssjukgymnastutbildningen är vidare så omfattande att en förlängning av kurstiden från nuvarande fem till sex veckor kunde vara befogad. En sådan förlängning torde emellertid tills vidare få anstå med hänsyn till att resurserna i första hand behövs för nya utbildningsplatser. Det kan vidare ifrågasättas, om den sjätte kursveckan inte i stället borde anordnas som efterutbildning.

Utredningen anser, att även till företagssjukgymnastutbildningen bör knytas en referensgrupp. (Se vidare avsnitt 8.2.1).

Utredningen föreslår sammanfattningsvis

- att företagshälsovårdsdelegationen inventerar möjligheterna att snarast få fram nya utbildningsplatser för företagssjukgymnastutbildningen.
- att arbetarskyddsstyrelsen snarast ökar antalet utbildningsplatser från 24 till minst 50 per år samt, då så är möjligt, förlänger utbildningen för företagssjukgymnaster från fem till sex schemabundna kursveckor, alternativt anordnar den sjätte veckan som efterutbildning för företagssjukgymnaster. Referensgrupp bör också knytas till utbildningen.
- att UHÄ i samråd med arbetarskyddsstyrelsen utreder förutsättningarna för att inrätta särskild påbyggnadslinje i företagshälsovård om 20 poäng, inklusive praktik, för studerande som tidigare genomgått rehabiliteringslinjen (motsv).

8.1.1.5 Utbildning för skyddsingenjörer

8.1.1.5.1 Den nuvarande utbildningen

Som nämnts ovan har företagshälsovårdsdelegationen inte kunnat enas om rekommendationer vad gäller utbildning m m för skyddsingenjörer. Praxis kan emellertid sägas råda på området så till vida att de som anställer skyddsingenjörer också önskar att dessa har eller skaffar specialutbildning.

Det kan konstateras att skyddsingenjörsutbildningen hittills varit en vidareutbildning, d v s en utbildning som anordnats för ingenjörer m fl som tidigare genomgått teknisk grundutbildning.

Arbetarskyddsstyrelsens utbildning av skyddsingenjörer har svarat för den helt övervägande delen utbildade under 1970-talet. Parallellt med arbetar-

skyddsstyrelsens utbildning har på senare tid även andra utbildningar växt upp. Vid högskolan i Jönköping bedrivs sedan 1977 utbildning av skyddsingenjörer. En särskild skoglig skyddsingenjörsutbildning startade redan 1971 i Skinnskatteberg. I det följande beskrivs dessa tre utbildningars innehåll, uppläggning, omfattning och dimensionering.

Arbetarskyddsstyrelsens skyddsingenjörsutbildning

Varje år anordnar arbetarskyddsstyrelsen två skyddsingenjörskurser. En är förlagd till Umeå och avser personer som redan har anställning i företagshälsovården. I Stockholm ges kursen för ingenjörer som inte har anställning som skyddsingenjör.

För tillträde till skyddsingenjörsutbildningen fordras avgångsbetyg från teknisk linje i gymnasieskolan (fyraårig linje enligt nuvarande, minst treårig enligt äldre skolordning), civilingenjörsutbildning eller motsvarande. Därutöver fordras arbetslivserfarenhet från industriföretag eller liknande under minst fyra år (gymnasieingenjörer) respektive minst ett år (civilingenjörer). Sökande som har anställning som skyddsingenjör kan beredas plats på skyddsingenjörsutbildningen även om den tekniska grundutbildningen är kortare. Detta sker efter prövning i varje särskilt fall.

Kursen för verksamma skyddsingenjörer utgörs av 15 veckors teoriundervisning och omfattar 30 utbildningsplatser. Kursen för blivande skyddsingenjörer omfattar 20 veckors teoriundervisning och 20 veckors praktisk tjänstgöring vid företagshälsovårdsenhet. Den omfattar 45 utbildningsplatser. Utbildningarnas teoridel kan värderas omfatta 20 poäng och den praktiska tjänstgöringen i utbildningen för blivande skyddsingenjörer 20 poäng. Den senare utbildningen motsvarar således totalt 40 poäng.

Innehållet i teoridelen framgår av sammanställningen på nästa sida.

På kursen för de verksamma skyddsingenjörerna är de 15 kursveckorna fördelade på i huvudsak tvåveckorsperioder under ett kalenderår. Vid kursen för utbildning till skyddsingenjör inleder flertalet av de 20 kursveckorna utbildningen, som därefter fortsätter med 20 veckors praktisk tjänstgöring vid företagshälsovårdsenhet och avslutas med tre veckors teoriundervisning.

Den teoretiska undervisningen sker i form av föreläsningar, demonstrationer och övningar. Tid avsätts också för planering respektive redovisning av examensarbete. Examination sker skriftligt. Därutöver har varje kursdeltagare att fullgöra ett examensarbete. Syftet med examensarbetet är att kursdeltagaren skall ge prov på sin förmåga att analysera och bedöma ett väl avgränsat yrkeshygieniskt, skyddstekniskt eller ergonomiskt problem.

Den 20 veckor långa praktiska tjänstgöringen i företagshälsovård syftar till att ge sådana kunskaper och färdigheter som är väsentliga i arbetet som skyddsingenjör. Den övervägande delen av tjänstgöringstiden ägnas åt praktisk företagshälsovård. Tid ägnas emellertid också åt organisatoriska, administrativa m fl frågor av betydelse för arbetet inom företagshälsovården.

Antalet utbildningsplatser för verksamma skyddsingenjörer har under de senaste fem åren väl svarat mot antalet sökande. Ifråga om de utbildningsplatser som reserverats för sökande som inte har anställning som skyddsin-

	Antal schemabundna timmar i ASS' skyddsingenjörsutbildning	
	Verksamma skydds-ingenjörer	Blivande skydds-ingenjörer
Ergonomi – arbetsfysiologi – arbetspsykologi – ergonomisk arbetsplatsbedömning och – utformning	55	75
Arbetshygien – kemiska hälsorisker – ventilation och värmeteknik – buller och vibrationer – syn och belysning – strålskydd	200	220
Arbetarskydd – lagar, försäkringar och avtal – olycksfall och tekniska skyddsåtgärder	90	100
Omgivningshygien	25	25
Utrednings- och informationsteknik	25	45
Arbetsmiljöplanering	25	25
Företagshälsovårdens organisation m m	15	40
Övrigt	20	20
	455	550

genjör har det under en följd av år rått stark konkurrens. De senaste åren har emellertid denna konkurrens minskat.

Sammanlagt c 1 000 ingenjörer har t o m hösten 1982 genomgått arbetarskyddsstyrelsens skyddsingenjörsutbildning, varav c 200 med civilingenjörsexamen eller annan grundläggande högskoleutbildning och c 450 med gymnasieingenjörsutbildning. Av de återstående hade många utbildning från tekniskt institut.

Bland de drygt 200 ingenjörer som under tiden 1975–1980 genomgått arbetarskyddsstyrelsens utbildning för blivande skyddsingenjörer gjordes våren 1981 en enkät rörande deras anställningsförhållanden. 90 procent av de tillfrågade besvarade enkäten. Av dessa hade 65 procent under eller efter utbildningen erhållit anställning som skyddsingenjör. 24 procent hade (eller hade erhållit) annan anställning inom arbetsmiljöområdet; yrkeshygeniker, arbetsmiljökonsult, anställning vid arbetarskyddsstyrelsen, yrkesinspektör etc.

Skyddsingenjörsutbildningen i Jönköping

Skyddsingenjörslinjen vid högskolan i Jönköping är en lokal utbildningslinje. Linjen som startade 1977 har 24 utbildningsplatser. Den omfattar 80

poäng med möjlighet till avgång efter 60 poäng.

För att antas till skyddsingenjörslinjen krävs, utöver allmän behörighet för högskolestudier, att ha genomgått fyraårig teknisk linje vid gymnasieskola följd av två års praktik eller treårigt tekniskt gymnasium enligt äldre studieordning följt av två års praktik eller motsvarande kunskaper och färdigheter förvärvade genom flerårig yrkesverksamhet. Utbildningen har följande innehåll.

Termin I
Introduktionskurs (1 p)
Mätteknik (10 p)
Ljudhygien och bullerbekämpning (5 p)
Syn och belysning (2 p)
Lokalplanering (1 p)
Brandförsvar och räddningstjänst (1 p).

Termin II
Kemisk grundkurs (3 p)
Kemiska hälsorisker (10 p)
Ergonomi (5 p)
Arbetspsykologi (2 p).

Termin III
Ventilationsteknik (5 p)
Tekniskt arbetarskydd (5 p)
Miljövård (3 p)
Lagar, avtal och försäkringar (3 p)
Informationsmetodik (3 p)
Miljöekonomi (1 p).

Termin IV
Undersökningsmetodik (6 p)
Projektinriktade studier (14 p).

Undervisningen sker i form av föreläsningar, laborationer och fältstudier. Examination sker normalt genom skriftlig tentamen samt skriftlig och muntlig redovisning av fältarbetet efter varje kurs.

Utbildningen under de tre första terminerna är upplagd så att två veckors teori kontinuerligt varvas med två veckors praktisk tjänstgöring inom företagshälsovård, där det aktuella avsnittet studeras praktiskt. Totalt omfattar den praktiska tjänstgöringen inom företagshälsovård 32 veckor. Den fjärde terminen omfattar sex veckor teori (forskningsmetodik) och därefter 14 veckors projektarbete med i regel eliminationsteknisk inriktning. Dessa veckor innehåller tre utbildnings- och planeringsdagar och kursen avslutas med redovisning och diskussion av en skriftlig rapport.

Totalt 120 studerande har t o m våren 1982 antagits till linjen. Få har avbrutit studierna. Av de examinerade finns flertalet inom företagshälsovården. De andra har erhållit andra anställningar inom arbetsmiljöområdet; yrkeshygieniker, arbetsmiljökonsult, anställning vid arbetarskyddsstyrelsen, yrkesinspektör etc.

Skoglig skyddsingenjörsutbildning i Skinnskatteberg

Vid skogsmästarskolan, som ingår i Sveriges lantbruksuniversitet, bedrivs skoglig skyddsingenjörskurs inriktad på skogsbrukets arbetsmiljöproblem. Målgruppen är inte enbart skyddsingenjörer inom företagshälsovården utan också lärare vid gymnasieskolans skogsbrukslinje samt annan personal som har behov att grundligt sätta sig in i skogsbrukets arbetsmiljöproblem. Kursen har 18 utbildningsplatser.

Utöver allmän behörighet för högskolestudier krävs för tillträde till den skogliga skyddsingenjörskursen särskild behörighet med följande utbildning och arbetslivserfarenhet.

- Skogsmästarexamen samt två års yrkesverksamhet efter examen eller
- skogsteknikerexamen samt fyra års yrkesverksamhet efter examen eller
- annan skoglig yrkesutbildning jämte minst sex månaders facklig utbildning eller arbetsmiljöutbildning samt minst fyra års arbetslivserfarenhet, varav två års verksamhet som särskilt rör arbetsmiljöfrågor (t ex skyddsombud, ledamot i skyddskommitté) eller
- annan minst ettårig postgymnasial fackutbildning inom lantbruk (jord, skog och trädgård), industri eller anläggning samt minst två års arbetslivserfarenhet från skogsbruk eller verksamhet med nära anknytning till skogsbruk. I yrkeslivserfarenheten skall ingå minst ett års verksamhet som särskilt rör arbetsmiljöfrågor.

Dessutom krävs för att tillgodogöra sig utbildningen i kursmomenten maskiner, redskap och verktyg att kursdeltagarna har aktuella grundkunskaper i mekanik, materiallära och hållfasthetslära motsvarande vad man läser i gymnasieskolans skogsbrukslinje. I matematik krävs aktuella kunskaper motsvarande grundskolans kurs i särskild matematik. Test av aktuella kunskaper sker före kursens början. För komplettering anordnas vid behov en särskild preparandkurs med kombinerade hemstudier och studier vid skogsmästarskolan.

Kursen omfattar tio schemabundna veckor fördelade under tiden augusti–maj. Mellan de schemabundna studieperioderna, som infaller ungefär var femte vecka, sköter deltagarna sina ordinarie arbetsuppgifter. Viss ledighet från det ordinarie arbetet fordras för inläsning av litteratur och för att göra hemuppgifter. För närvarande sker kursstart var tredje termin.

Kursen omfattar 400 timmar schemabunden undervisning fördelad översiktligt enligt följande.

Ergonomi	60 tim
Arbetshygien	60 tim
Tekniskt arbetarskydd	80 tim
Övriga ämnen	
– olycksfallsforskning,	
– informationsteknik,	
– företagshälsovård m m	60 tim
Projektarbeten	100 tim
Övrig tid	
– tentamen, kursplanering m m	40 tim

Fram t o m 1980 hade 137 personer deltagit i kurserna. Knappt 30 av dessa hade anställning inom företagshälsovården efter utbildningen. Andra grupper som deltagit var lärare, yrkesinspektörer och anställda inom skogsvårdsstyrelsen.

Vid skogsmästarskolan har också genomförts en försöksverksamhet för

utbildning till skyddsingenjör inom lantbruket. Tre kurser har genomförts med totalt 30 deltagare med bidrag från arbetarskyddsfonden. Uppläggningen har i stort sett varit densamma som för den skogliga kursen och drygt hälften av utbildningen har varit gemensam. Denna utbildning berörs ytterligare i avsnitt 8.1.1.5.3 nedan.

8.1.1.5.2 Den framtida utbildningen

Företagshälsovårdsutredningen har mycket ingående diskuterat vilken uppläggning av en framtida utbildning som bäst motsvarar de skilda krav som kan ställas. Utredningen har härvid särskilt övervägt utbildningens nivå med hänsyn till den tekniska grundkompetensen och den blivande skyddsingenjörens behov av praktisk erfarenhet från traditionell teknikerverksamhet inom produktion och konstruktion. Utredningen har formulerat följande grundläggande krav.

- Utbildningen skall själv ge eller bygga på goda tekniska kunskaper.
- Utbildningen skall kunna ansluta till skilda teknikområden.
- Utbildningen skall förbereda för självständig verksamhet och fortsatt utveckling av kompetensen som skyddsingenjör.
- Yrkesverksamma skall ha realistiska möjligheter att gå igenom utbildningen.

Med dessa utgångspunkter har utredningen funnit att följande två sätt att lägga upp utbildningen bäst motsvarar kraven.

- Ettårig (40 poäng) vidareutbildning efter tidigare teknisk grundutbildning inom högskolan (civilingenjörsutbildning) alternativt efter viss annan teknisk utbildning som kompletterad med yrkesverksamhet kan bedömas ge erforderlig teknisk grundkompetens.
- Specialinriktning inom teknisk linje (civilingenjörsutbildning) omfattande 40 poäng av linjens totalt 160 poäng.

Utredningens starka betoning på den tekniska grundkompetensen utgår från det förhållandet att skyddsingenjörens arbete i hög grad är inriktat på förändring och utveckling av tekniken med särskild hänsyn till arbetsmiljön. Sådana förändringar är inte någon teknik i sig utan ytterligare en aspekt av den tekniska tillämpningen. Det grundläggande för en skyddsingenjör är därför att ha ordentliga tekniska insikter som sedan kan tillämpas och utvecklas i sammanhang som är karakteristiska för arbetet inom företagshälsovården.

Utredningen har kommit fram till att skyddsingenjörsutbildningen bör omfatta 40 poäng, d v s vara en ettårig vidareutbildning respektive ett fjärde och avslutande år i civilingenjörsutbildningen. Vidareutbildning enligt detta förslag innebär en förlängning av den teoretiska kursdelen jämfört med arbetarskyddsstyrelsens nuvarande utbildning.

Vidareutbildningen ger skyddsingenjören frihet på arbetsmarknaden och förutsättningar att arbeta inom de traditionella teknikerfälten projektering, konstruktion och produktion inom respektive teknikområde innan vederbörande börjar arbeta inom företagshälsovården. Enligt utredningens mening kan en gedigen teknisk bakgrund och erfarenhet av detta slag vara av

avgörande betydelse för skyddsingenjörens möjligheter att bl a få gehör för sina synpunkter hos andra högt kvalificerade tekniker inom företaget (motsv).

Skyddsingenjörsutbildning enligt båda utbildningsvägarna ansluter till utbildningsmönstret på den tekniska sidan och kan även delvis baseras på befintliga resurser inom vissa högskolor. Specialinriktning av civilingenjörsutbildningen bör som bieffekt också kunna bidra till en mera allmän påverkan av teknikerutbildningen och teknikutvecklingen, såtillvida att arbetsmiljöaspekterna uppmärksammas och behandlas på ett integrerat sätt.

Utredningen har studerat de båda utbildningsvägarna med hänsyn till bl a rekryteringsförutsättningarna. Vidareutbildning som bygger på tidigare teknisk utbildning har fördelen att kunna koncentreras till de arbetsvetenskapliga tillämpningarna. Den kan därför göras relativt kort, vilket är en fördel ur rekryteringssynpunkt, även om studietiden totalt sett blir lång för den enskilde med de förkunskapskrav som bedömts nödvändiga. Det senare får också vägas mot den särskilda fördel det innebär att den studerande tidigare inhämtat praktiska kunskaper, t ex genom arbete med produktionsteknik eller konstruktion. Vidareutbildningen kan i många fall organiseras så att det görs möjligt för de studerande att samtidigt upprätthålla sin yrkesverksamhet i viss utsträckning. Vidareutbildningen kan även vända sig till något äldre studerande som både har studievana och är starkt målinriktade.

Specialinriktningen av en eller flera befintliga civilingenjörsutbildningar innebär att delar av en bredare utbildning specialiseras och fördjupas inom det arbetsvetenskapliga området. Specialinriktningen blir, i jämförelse med andra tekniska linjer, mindre tung med avseende på de traditionella tekniska kunskaperna, men gör det å andra sidan möjligt att utnyttja traditionella teknikämnen för arbetsvetenskapliga tillämpningar. Utbildningen innebär, jämfört med andra teknikområden, tidig specialisering på ett begränsat fält. Skyddsingenjörer som utbildas på detta sätt blir relativt unga och kommer i många fall att sakna praktisk erfarenhet från arbetslivet när de genomgått utbildningen. Denna praktiska erfarenhet får i så fall vinnas i arbetet som skyddsingenjör eller i annan lämplig befattning som tekniker efter genomgången utbildning.

Rekryteringen av studerande till specialinriktningen inom civilingenjörsutbildningen torde, åtminstone inledningsvis, komma att karakteriseras av viss tröghet. Det kan nämligen förmodas att en tid måste gå innan inriktningen blir accepterad av blivande civilingenjörer som ett utbildningsalternativ. Till förutsättningarna härför hör att företagshälsovården skall framstå som ett kvalificerat teknikerfält med goda möjligheter för anställning.

De diskuterade utbildningarna förutsätter att behovet av särskild fördjupning i skilda områden kan ske som efterutbildning. Också branschspecifika frågor får behandlas i sådan efterutbildning. Branschinriktade skyddsingenjörsutbildningar bör således inte inrättas. Denna fråga behandlas ytterligare i följande avsnitt. Vid sidan av skyddsingenjören kan dock i vissa fall behövas särskilt specialiserad yrkeshygieniker. Utredningens förslag om yrkeshygienikerutbildning redovisas i avsnitt 8.1.1.6.

Sammanfattningsvis finner utredningen, att såväl vidareutbildningen som specialinriktningen inom teknisk linje motsvarar de uppställda kraven på en skyddsingenjörsutbildning. Enligt utredningens mening finns därför skäl att parallellt etablera båda utbildningarna. I inledningsskedet av en utbyggnadsperiod bör emellertid vidareutbildning prioriteras. Skälet är att den är en vidareutveckling av nuvarande skyddsingenjörsutbildning. Dessutom kan rekryteringsförutsättningarna bedömas vara bättre. Specialinriktningen är ännu så länge oprövad och kräver viss tid att etablera. Utredningens förslag till skyddsingenjörsutbildning är således följande.

Vidareutbildning till tidigare teknisk grundutbildning

Påbyggnadsutbildningen för skyddsingenjörer bör omfatta 40 poäng, d v s motsvara ett läsår. I utbildningen bör ingå praktisk tjänstgöring i företagshälsovård motsvarande 10 poäng.

Utbildningen skall bestå av teoretiska baskurser i de arbetsvetenskapliga ämnena, tekniska tillämpningar i väl avgränsade projektarbeten samt praktisk tjänstgöring i företagshälsovård. Den praktiska tjänstgöringen skall syfta till att ge sådana färdigheter som är väsentliga i arbetet som skyddsingenjör.

Den övervägande delen av tjänstgöringstiden skall ägnas åt praktisk företagshälsovård. Organisatoriska, administrativa m fl frågor av betydelse för arbete inom företagshälsovården skall också hinnas med under praktiken.

Tillträdeskraven bör förutom allmän behörighet för högskolestudier vara civilingenjörsexamen (motsv) och minst ett års yrkesverksamhet eller fyraårig teknisk gymnasieutbildning och minst fyra års relevant yrkesverksamhet. På annat sätt inhämtade likvärdiga teoretiska kunskaper och praktiska erfarenheter skall också kunna ge tillträde till utbildningen.

Rekryteringen bör omfatta sökande med grundutbildning på skilda teknikområden. Sökande med skogsteknisk och jordbruksteknisk utbildning inom högskolan skall också kunna antas.

Specialinriktning av teknisk linje inom högskolan

Utbildningen vid teknisk linje inom högskolan omfattar 160 poäng och resulterar i civilingenjörsexamen. De tekniska utbildningslinjerna ger i allmänhet möjlighet till val av särskild studieinriktning. Uppdelningen sker normalt efter de två första åren. Varje studieinriktning består av ett antal obligatoriska kurser och dessutom valfria kurser som skall ge ytterligare fördjupade kunskaper inom något specialområde.

Utredningen föreslår, att särskild arbetsmiljöinriktning inrättas inom vissa tekniska utbildningslinjer. I första hand är linjerna för maskinteknik, väg- och vattenbyggnad, materialteknik och kemiteknik aktuella men även andra är tänkbara.

Syftet med, innehållet i och uppläggningen av den föreslagna arbetsvetenskapliga utbildningen inom teknisk linje bör vara samma som för vidareutbildningen.

De arbetsvetenskapliga kurserna bör liksom vidareutbildningen vara 40 poäng, d v s ett läsår. Dessa kurser förläggs till det avslutande fjärde året.

Utbildningen bör bestå av teoretiska baskurser i de arbetsvetenskapliga ämnena, tekniska tillämpningar i väl avgränsade projektarbeten samt praktisk tjänstgöring i företagshälsovård. Undervisningen skall ske gemensamt för de studerande från de olika utbildningslinjerna för att ge möjlighet till behandling av problem från olika utgångspunkter. Härigenom ges de studerande också träning i samarbete med olika kategorier av tekniker.

Den praktiska tjänstgöringen skall omfatta c 10 av 40 poäng under det arbetsvetenskapliga året. Därtill gäller att kravet på s k miljöpraktik skall vara minst det som gäller för utbildningslinjen i sin helhet, d v s 17 veckor.

Yrkesverksamma som önskar genomgå endast det fjärde årets kurser av specialinriktningen skall beredas möjligheter härtill. De tillträdesregler som gäller för högskoleutbildning möjliggör denna ordning, men särskilda åtgärder kan behövas för att underlätta tillträdet.

8.1.1.5.3 Utbildning av skyddsingenjörer för jordbruks- och trädgårdsnäringen och andra frågor om branschinriktad utbildning för skyddsingenjörer

Arbetsmarknadsdepartementet har till utredningen överlämnat en skrivelse för beaktande från Jordbrukets skyddspropaganda angående utbildning av skyddsingenjörer för jordbruks- och trädgårdsnäringarna. I skrivelsen påpekas behovet av utbildning för skyddsingenjörer inom jordbruks- och trädgårdsnäringen. Jordbrukets skyddspropaganda föreslår att frågan utreds med syfte att så snart som möjligt få igång sådan utbildning.

Skogsmästarskolan i Skinnskatteberg har under åren 1977–1980 genomfört tre försökskurser för skyddsingenjörer inom lantbruk och trädgårdsnäring. Försöksutbildningen har finansierats genom anslag från arbetarskyddsfonden. Vid ansökan om medel för en planerad kurs 1981/82 kunde fonden dock inte bevilja ytterligare anslag.

Kursen finns utvärderad i en rapport 1981-05-26 från skogsmästarskolan. I rapporten lämnas också förslag till innehåll och uppläggning av en permanent utbildning. Försöksutbildningen omfattade 15 poäng med tio veckokurser fördelade över tio månader och var samordnad med den befintliga utbildningen av skogliga skyddsingenjörer som beskrivits i avsnitt 8.1.1.5.1. Under sju av de tio kursveckorna var utbildningen i huvudsak gemensam för de båda kategorierna. Totalt 30 personer har gått utbildningen. Av dessa hade två anknytning till företagshälsovården. Av skyddsingenjörer anställda inom Lantbrukshälsan är det dock för närvarande fyra som genomgått den aktuella försökskursen. Majoriteten av kursdeltagarna var lärare från gymnasieskolan.

Företagshälsovårdsutredningen vill i detta sammanhang ta upp frågan om branschinriktad utbildning för skyddsingenjörer från principiell synpunkt. Utredningen kan konstatera, att det behövs välutbildade skyddsingenjörer för alla sektorer av näringsliv och förvaltning. Fördjupning av kunskaperna om branschspecifika problem är därför i regel en förutsättning för skyddsingenjörens praktiska verksamhet. Enligt utredningens uppfattning bör eventuell branschspecialisering i utbildningen emellertid ske först efter vidareutbildning till skyddsingenjör. Det skulle nämligen kräva stora

resurser att inrätta flera olika längre utbildningar för att täcka behoven i skilda branscher. Det skulle inte heller vara ändamålsenligt med tanke på att den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården i huvudsak kommer att ske i blandade centraler med många olika branscher representerade. Den vidareutbildning utredningen nu föreslår är därför generell och behandlar problem och metoder som är gemensamma i skyddsingenjörernas arbete. Däremot kan naturligtvis den praktiska tjänstgöringen och examensarbetena mycket väl ge branschprofil åt utbildningen i det individuella fallet, liksom tidigare grundutbildning och yrkeserfarenhet kan göra det. Branschinriktad utbildning får således i huvudsak ske som efterutbildning.

När det så gäller frågan om skyddsingenjörsutbildning för jordbruks- och trädgårdsnäringen kan utredningen konstatera att få av deltagarna i försökskurserna kommit från företagshälsovården. De flesta har varit lärare från gymnasieskolan. Lantbrukshälsan beräknar sitt rekryteringsbehov av skyddsingenjörer till motsvarande 1,5 tjänst per år den närmaste tiden.

Underlaget för en längre branschinriktad utbildning på området av det slag skogsmästarskolan föreslagit blir därför begränsat och skulle enligt utredningens mening knappast kunna motivera en särskild utbildning om man enbart ser till företagshälsovårdens behov.

Även den befintliga skogliga skyddsingenjörsutbildningen har ett vikande underlag. Kursstart sker numera endast var tredje termin. Under tioårsperioden fram t o m 1980 har 137 personer deltagit i kurserna. Av dessa var c 30 skyddsingenjörer inom företagshälsovården. Andra grupper var lärare från gymnasieskolan, yrkesinspektörer och anställda inom skogsvårdsstyrelsen. Vid de senaste kurserna är det få av deltagarna som kommit från företaghälsovården eller som fått anställning där efter genomgången utbildning.

Utredningen kan således konstatera, att både den lantbruksinriktade försöksutbildningen och den skogliga skyddsingenjörsutbildningen i huvudsak kommit att rekrytera lärare, arbetsledare och anställda inom myndigheter och organisationer. Behovet av utbildning i arbetsmiljö- och skyddsfrågor för dessa grupper är uppenbarligen stort och permanent.

Utredningen föreslår en generell skyddsingenjörsutbildning. Behov av branschinriktning skall tillgodoses genom efterutbildning. I de aktuella fallen kunde den omfatta två till tre veckor. Med hänsyn till speciella branschfrågor skulle efterutbildningen eller delar därav också kunna avse skyddstekniker och arbetsledare.

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera, att skogsmästarskolan har särskilda förutsättningar att klara efterutbildning för skyddsingenjörer inom skogsbruket och även inom lantbruket och trädgårdsnäringen, eventuellt i samarbete med annan lämplig utbildningsanordnare. Utredningen föreslår att Sveriges lantbruksuniversitet får i uppdrag att planera för efterutbildning av skyddsingenjörer inom lantbruket, skogsbruket och trädgårdsnäringen.

8.1.1.5.4 Genomförande

För att täcka det i kapitel 7 angivna behovet av personal för företagshälsovårdens utbyggnad skulle c 125 skyddsingenjörer behöva utbildas varje år

under den kommande tioårsperioden. För att erhålla en skyddsingenjörsutbildning med i genomsnitt åtminstone 125 utbildade per år under denna period måste man med hänsyn till den tid det tar att inrätta nya utbildningar under några år utbilda c 150 per år. För närvarande finns c 110 platser sammanlagt för skyddsingenjörsutbildning vid arbetarskyddsstyrelsen, högskolan i Jönköping och skogsmästarskolan. Utbyggnaden av företagshälsovården kräver således ytterligare utbildningsplatser.

Den av arbetarskyddsstyrelsen anordnade skyddsingenjörsutbildningen svarar för 75 av befintliga utbildningsplatser. För att den erforderliga utbyggnaden av företagshälsovården skall uppnås, är det angeläget att arbetarskyddsstyrelsen även i fortsättningen bibehåller åtminstone denna utbildningskapacitet. Efter modifiering med avseende på vad som ovan sagts om kraven på den framtida utbildningens inriktning, krav på teknisk grundkompetens m m bör arbetarskyddsstyrelsens skyddsingenjörsutbildning kunna motsvara utredningens krav på framtida vidareutbildning. Den del av arbetarskyddsstyrelsens utbildning som vänder sig till verksamma skyddsingenjörer och som omfattar 30 utbildningsplatser bör därvid successivt ersättas med utbildning för blivande skyddsingenjörer. Utredningen bedömer att antalet redan yrkesverksamma som behöver utbildas är sjunkande. I framtiden bör skyddsingenjörer som rekryteras till företagshälsovården ha genomgått skyddsingenjörsutbildning före anställning.

Skyddsingenjörsutbildningen vid högskolan i Jönköping har för närvarande 24 utbildningsplatser per år. Förutsättningarna för att denna utbildning, efter modifieringar, kunde svara mot här förordad vidareutbildning till skyddsingenjör bör närmare utredas. Det är särskilt konsekvenserna av ändrade tillträdesbestämmelser som behöver analyseras. Utredningen utgår dock från att denna utbildning fortsätter tills vidare och ger tillskott.

När det gäller skogsmästarskolans branschinriktade skyddsingenjörsutbildning som omfattar 18 platser med start var tredje termin räknar utredningen med ett mindre tillskott under en kortare övergångstid.

Utbyggnaden av företagshälsovården kommer att kräva åtminstone 25 nya årliga utbildningsplatser. Därvid förutsätts att utbildningen i Jönköping har 25 platser.

För att täcka det tillkommande behovet föreslår utredningen, att utbildning för skyddsingenjörer inrättas inom högskolan. Denna, d v s den föreslagna vidareutbildningen respektive specialinriktningen av teknisk linje inom högskolan, kan inrättas tidigast 1984/85. Detta innebär att färdigutbildade skyddsingenjörer från nyinrättad vidareutbildning kan finnas tidigast 1985 och från specialinriktningen tidigast 1988, eftersom den sannolikt kräver längre tid att etablera. Dessa skyddsingenjörsutbildningar förutsätter att resurser tillförs eller omfördelas inom högskolan. Högskoleorter som med hänsyn till befintliga lärartjänster torde ha förutsättningar att i framtiden kunna anordna den föreslagna skyddsingenjörsutbildningen är Lund, Stockholm samt Luleå och Umeå.

En praktisk väg för att utveckla de två utbildningsvarianterna kunde vara att man på ifrågavarande tekniska högskoleenhet först etablerar vidareutbildningen till skyddsingenjör och därefter, när tillräcklig erfarenhet vunnits av denna utbildning, också med lämplig anpassning infogar densamma som fjärde året av den grundläggande civilingenjörsutbildningen som specialinriktning.

De nämnda behoven av utbildade skyddsingenjörer avser utbyggnadsfasen av företagshälsovården. I slutet av utbyggnaden kan antalet utbildningsplatser reduceras till att i huvudsak täcka avgången från företagshälsovården. I vilken takt neddragningen bör ske i ett läge då företagshälsovården är fullt utbyggd får bedömas när utfallet av de föreslagna nya utbildningarna kan överblickas. Då bör också fördelningen mellan olika utbildningsalternativ och utbildningsanordnare bedömas. Detta förutsätter en kontinuerlig uppföljning av rekryteringsbehoven liksom utvärdering av utbildningarna med hänsyn till deras resultat.

Utredningen föreslår att arbetarskyddsstyrelsen

- modifierar skyddsingenjörsutbildningen enligt utredningens förslag,
- bibehåller den nuvarande utbildningskapaciteten om 75 platser per år tills vidare samt inom denna ram successivt minskar antalet utbildningsplatser för verksamma skyddsingenjörer i takt med att antalet utbildningsplatser för blivande skyddsingenjörer ökar.

Utredningen föreslår vidare att UHÄ

- verkar för att en påbyggnadslinje för skyddsingenjörsutbildning (vidareutbildning till skyddsingenjör) inrättas i högskolan med möjlighet att ge utbildningen i Lund, Stockholm eller Luleå och Umeå,
- närmare utreder förutsättningarna för att skyddsingenjörsutbildningen vid högskolan i Jönköping som för närvarande är en lokal linje modifieras enligt ovan,
- prövar förutsättningarna för att inom högskolan bygga upp skyddsingenjörsutbildning som en specialinriktning av civilingenjörsutbildningen och därvid bl a utnyttjar möjligheterna till samplanering med vidareutbildningen,
- verkar för att arbetarskyddsstyrelsens skyddsingenjörsutbildning med avseende på meritvärde m m jämställs med motsvarande vidareutbildning anordnad av högskolan.

8.1.1.6 Yrkeshygienikerutbildning

Arbetarskyddsstyrelsen anordnar under 1982 och 1983 en försöksutbildning till yrkeshygieniker. Försöksutbildningen inriktas mot behoven vid i första hand de yrkesmedicinska klinikerna. Utbildningen sträcker sig över två år och omfattar sammanlagt 27 veckors teori samt ett projektarbete. 20 personer deltar i utbildningen i sin helhet. Därtill kommer c 30 personer som genomgår delar av kursen.

Utredningen har efter samråd med arbetarskyddsstyrelsen och UHÄ föreslagit, att en yrkeshygienikerutbildning bör anordnas som 60 poängs påbyggnadsutbildning till grundläggande högskoleutbildning. Målgruppen skall vara blivande yrkeshygieniker vid yrkesmedicinska kliniker, i företagshälsovården, industrin m fl områden.

Utbildningen skall ge grundläggande kunskaper och färdigheter i att

- identifiera kemiska, biologiska och fysikaliska riskfaktorer på arbetsplatser,
- göra utredningar om exponering för riskfaktorer och av samband mellan ohälsa och exponering,

- ta fram underlag för och medverka vid val, utformning och uppföljning av tekniska och organisatoriska åtgärder gällande såväl produktion som produkter.

Utbildningen skall vidare ge grundläggande kunskaper om lagar, förordningar och föreskrifter samt gällande avtal och försäkringsregler till de anställdas skydd. Utbildningen skall ge de studerande orientering i frågor som rör kontakt med myndigheter och organisationer m m.

Ett detaljerat förslag till innehåll och uppläggning av utbildningen har på utredningens begäran framtagits av arbetarskyddsstyrelsen och UHÄ. (Utbildning till yrkeshygieniker – ett utredningsförslag. Arbetarskyddsstyrelsens utbildningsrapport 1981:14, UHÄ-rapport 1981:32).

För tillträde till utbildningen skall krävas genomgången kemitekniklinje eller kemistlinje eller motsvarande på annat sätt inhämtade kunskaper. Linjen bör utformas så att redan verksamma yrkeshygieniker och andra befattningshavare på arbetsmiljöområdet, t ex skyddsingenjörer, kan rekryteras till utbildningen.

Utredningens förslag till yrkeshygienikerutbildning lämnades i maj 1982 till arbetsmarknadsdepartementet. UHÄ har därefter i anslagsframställningen för 1983/84 begärt medel för utbildningen, som enligt budgetpropositionen (prop 1982/83:100 bilaga 10) och sedermera riksdagsbeslut kan komma igång läsåret 1983/84. I enlighet med utredningens förslag kommer utbildningen att förläggas till universitetet i Lund. Erfarenheterna från arbetarskyddsstyrelsens försöksutbildning av yrkeshygieniker förutsätts tas tillvara av utbildningsanordnarna. Utbildningen föreslås första året få 25 utbildningsplatser.

8.1.1.7 Skyddsteknikerutbildning

Utbildning av skyddstekniker anordnas för närvarande av ALI-RATI, omfattande 5 kursveckor som genomförs under ett halvår. Tidigare har högskolan i Jönköping på försök genomfört en arbetsmarknadsutbildning till mättekniker omfattande totalt 24 veckor.

Skyddsteknikern skall ha assisterande uppgifter. Arbetsuppgifterna för skyddsteknikern kan i princip omfatta hela det tekniska arbetsfältet inom företagshälsovården men tyngdpunkten bör ligga på mättekniska och skyddstekniska frågor.

Den blivande skyddsteknikern kan enligt utredningens uppfattning med fördel rekryteras internt i företaget. Såväl en person med kortare teknisk eller yrkesteknisk utbildning och arbetslivserfarenhet som en person med lång erfarenhet av arbetarskyddsfrågor, t ex skyddsombud, kan komma i fråga. På det sättet kan företagshälsovården tillföras kunskaper om lokala produktionstekniska förhållanden. En förutsättning är därvid att vederbörande får vidareutbildning. Givetvis skall vid behov skyddstekniker med genomgången vidareutbildning också kunna rekryteras externt.

Vidareutbildningen för skyddstekniker bör omfatta åtta kursveckor. Den skall syfta till att ge

- grundläggande kunskaper i yrkeshygien och ergonomi,
- kunskaper om olycksfallsförebyggande verksamhet,
- färdigheter i de vanligaste yrkeshygieniska mätmetoderna,

- kännedom om lagar och avtal på arbetsmiljöns område och om företagshälsovårdens organisation och arbetssätt.

Vidareutbildningen bör vara upplagd så att yrkesverksamma kan delta. Ett sätt kan t ex vara att dela upp den i 3–4 kursavsnitt mellan vilka den studerande är verksam i sitt ordinarie arbete.

Förkunskapskraven bör vara tvåårig teknisk linje inom gymnasieskolan alternativt tvåårig yrkesinriktad teknisk linje, t ex verkstadsteknisk linje, drift- och underhållsteknisk linje och processteknisk linje eller annan motsvarande utbildning eller erfarenhet. Omfattande yrkeserfarenhet bör också krävas. Erfarenhet av arbete med skyddstekniska frågor som skyddsombud eller arbetsledare bör vara särskilt meriterande vid antagningen. Genomgången skyddsteknikerutbildning och yrkesverksamhet som skyddstekniker bör kunna tillgodoräknas för antagning till skyddsingenjörsutbildning.

Vissa högskoleinstitutioner, eventuellt i samarbete med gymnasieskolan, ALI-RATI, Projekt Lindholmen AB (PLAB) i Göteborg m fl bör kunna medverka till att lämpliga kurser kommer fram. Större företag och branschhälsoorganisationer bör i egen regi kunna anordna utbildning av skyddstekniker.

Utredningen har tagit kontakt med Projekt Lindholmen AB som uttryckt intresse för att anordna en skyddsteknikerutbildning i samarbete med yrkesmedicinska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset och yrkesinspektionen i Göteborg. PLAB kan bedömas ha goda förutsättningar att genomföra den föreslagna utbildningen. PLAB, som ägs av Göteborgs kommun, förfogar över utbildningslokaler och särskilt anpassade verkstadslokaler för forskning och utveckling samt laboratorium. En forskningsfunktion inom företaget har kompetens inom bl a områdena ergonomi, akustik, hörselvård, ventilation och mätteknik.

Skolstyrelsen i Göteborg har medgivit att den skisserade skyddsteknikerutbildningen genomförs inom ramen för den kommunala vuxenutbildningen förlagd till PLAB. En första kurs beräknas kunna starta hösten 1983.

8.1.1.8 Utbildning för beteendevetare m fl

Utredningen har i kapitel 7 redovisat sin principiella syn på behovet av beteendevetare i företagshälsovården. Denna syn innebär viss avvaktan med att mera generellt rekrytera beteendevetare till företagshälsovårdsenheterna. Utredningen menar å andra sidan att behovet kan variera beroende på vilken typ av arbetsplatser enheten betjänar och de resurser och andra förutsättningar som där finns att göra insatser som avser psykiska och sociala effekter av arbetsmiljön.

De psykologiska och sociala arbetsuppgifterna kommer att klargöras alltmer efterhand som arbetsmarknadens parter i samarbete med företagshälsovårdens personal preciserar målen för de psykologiska och sociala insatserna och finner vägar att nå dem. Därvid blir avgränsningen av företagshälsovårdens arbetsfält särskilt viktig i förhållande till personalsociala och andra insatser på arbetsplatserna. Trots denna osäkerhet om arbetsfältet i stort är det emellertid angeläget att försöka fastställa utbildningsväg för de beteendevetare som kan behövas vid sidan av

medicinsk och teknisk personal inom företagshälsovården. Företagshälsovårdsutredningen föreslår därför, att UHÄ får i uppdrag att i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och i nära samverkan med företagshälsovårdsdelegationen utreda behovet av och förutsättningarna för att anordna utbildning med beteendevetenskaplig inriktning för arbete i företagshälsovården. Därvid bör man utreda om vissa beteendevetenskapliga grundutbildningar bör profileras mot företagshälsovård eller på annat sätt förstärkas med inslag som rör företagshälsovård.

Det är svårt att nu ange, vilken grundläggande utbildning eller vilken vidareutbildning som bäst lämpar sig för beteendevetare i företagshälsovården. I avvaktan på att de psykologiska och sociala arbetsuppgifterna i företagshälsovården preciseras bör man emellertid överväga på vilket sätt t ex psykologutbildningen och påbyggnader på socionomutbildningen kan få ett innehåll som direkt tillgodoser krav som ställs på beteendevetare i företagshälsovården.

Psykologutbildningen har nyligen moderniserats. Den nya utbildningsplanen för den femåriga (200 poäng) psykologutbildningen anger att de studerande efter utbildningen skall

- behärska metoder och tekniker för utredning av psykologiska frågeställningar avseende såväl individer som grupper, organisationer och den fysiska miljön,
- behärska psykologiska metoder för åtgärder och behandling avseende individer och under handledning kunna medverka i psykoterapeutiska arbetsuppgifter,
- kunna planera och genomföra utvecklings- och förändringsarbete som gäller grupper, organisationer och miljö,
- kunna planera och genomföra personalutbildning och handledning,
- kunna planera och genomföra förebyggande arbete med inriktning på individer, grupper, organisationer och miljö,
- på vetenskaplig grund kunna utvärdera och utveckla behandlingsarbete och åtgärdsprogram inom psykologernas verksamhetsområden,
- kunna dokumentera sina insatser i vetenskapliga rapporter och kritiskt granska sådana rapporter.

Enligt utredningens uppfattning bör det finnas förutsättningar att inom denna utbildningslinje beakta också företagshälsovårdens behov av beteendevetare.

Även socionomutbildningen med inriktning på personaladministration och näraliggande utbildning med beteendevetenskaplig inriktning är under förändring. En utbildningslinje för personal- och arbetslivsfrågor om 140 poäng kan väntas bli inrättad i högskolan med planerad utbildningsstart hösten 1983. Linjen planeras få fem alternativa inriktningar, nämligen

- allmänt personalarbete
- personalarbete med utbildningsplanering
- sociologiskt utredningsarbete
- organisation
- arbetsrätt.

Utredningen räknar med att UHÄ och arbetarskyddsstyrelsen också prövar om den nya utbildningslinjen, eventuellt med vidareutbildning, kan förbereda för arbete i företagshälsovården.

Även om man i befintliga eller planerade utbildningslinjer för beteendevetare (motsv) kan profilera sig mot företagshälsovården som framtida arbetsfält kan det finnas behov av vidareutbildning för de specifikt arbetsmiljöinriktade uppgifterna i företagshälsovården. På samma sätt finns behov av sådan vidareutbildning för personer som redan har beteendevetenskaplig grundutbildning och som efter kortare eller längre yrkeserfarenhet inom andra arbetsfält vill söka sig till företagshälsovården. Utredningen föreslår, att UHÄ och arbetarskyddsstyrelsen i sin utredning särskilt beaktar de behoven och redovisar förslag till innehåll m m i sådan utbildning.

Ytterligare en aspekt avser utbildning för beteendevetare som redan är verksamma i företagshälsovården. De har i allmänhet rekryterats till företagshälsovården utan att ha utbildning som förbereder för arbetsmiljöinriktad och förebyggande verksamhet enligt intentionerna för företagshälsovården. Initiativ börjar nu tas till denna typ av utbildning. Så har t ex Statshälsan internt utarbetat och påbörjat ett utbildningsprogram för sina konsulenter. Arbetarskyddsstyrelsen anordnar på försök en utbildning om fem veckor för beteendevetare verksamma inom företagshälsovården med start hösten 1981. Målet för styrelsens utbildning är att ge deltagarna

- kunskaper om förutsättningarna för företagshälsovården; samhälle, arbetsmarknadsparter, företag, lagstiftning och avtal m m.
- fördjupade kunskaper om företagshälsovårdens målsättning, organisation och funktion. Särskild uppmärksamhet skall därvid ägnas åt beteendevetares insatser i praktiskt företagshälsovårdsarbete. Vidare behandlas former för lagarbete med medicinsk och teknisk expertis.
- kunskaper om arbetsmiljöfaktorer av olika slag (fysikaliska, organisatoriska, administrativa och deras psykiska och sociala konsekvenser). Tonvikten läggs vid beteendevetarens förebyggande arbete.
- orientering om aktuell beteendevetenskaplig forskning och utveckling inom arbetsmiljöområdet.

Företagshälsovårdsutredningen föreslår, att UHÄ och arbetarskyddsstyrelsen vid sina överväganden om utbildning i företagshälsovård för beteendevetare också uppmärksammar behovet av utbildning för beteendevetare som redan arbetar i företagshälsovården utan vidareutbildning för detta. Arbetarskyddsstyrelsens försöksutbildning och Statshälsans utbildning förutsätts kunna ge erfarenheter om vad sådan utbildning bör innehålla och hur den skall läggas upp för att passa redan yrkesverksamma. Erfarenheterna borde också vara väsentliga för planering av utbildning för beteendevetare som är yrkesverksamma inom andra områden men som vill meritera sig för kommande verksamhet i företagshälsovården. Utredningen vill här markera sin principiella inställning att till företagshälsovården endast bör rekryteras personal som redan fått specialutbildning för verksamhetsområdet före anställning i företagshälsovården. Utredningen är väl medveten om att denna målsättning kan vara för hög under de allra närmaste åren men förutsätter att rekryteringsansvariga och utbildningsanordnare medverkar

till att den går att fylla snarast möjligt.

I avsnitt 7.2.5 har utredningen framhållit att psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem så långt det är möjligt skall vara en uppgift för medicinsk och teknisk personal i företagshälsovården. Utredningen föreslår därför, att psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön uppmärksammas särskilt i vidareutbildningen (motsv) som förbereder medicinsk och teknisk personal för arbete i företagshälsovården. Utredningen föreslår också, att företagshälsovårdsdelegationen verkar för att efterutbildning inom detta område kommer fram snarast för företagssköterskor, skyddsingenjörer, företagsläkare och företagssjukgymnaster. En sådan utbildning skall syfta till att göra de nämnda personalgrupperna beredda att i sin ordinarie yrkesfunktion arbeta med psykiska och sociala arbetsmiljöproblem. Avsikten med utbildningen kan sålunda inte vara att de nämnda grupperna skall bli beteendevetenskapliga specialister.

I bilaga 2 skisseras tänkbart innehåll i och uppläggning av efterutbildning. Bilagan innehåller också en rad synpunkter och förslag som rör utbildning för beteendevetare som är verksamma eller planeras bli verksamma i företagshälsovården.

8.1.1.9 Utbildning för sekreterare, assistenter och andra administratörer

Inom företagshälsovården har av tradition anställts sekreterare/assistenter med läkarsekreterarutbildning. Efterhand som verksamheten byggts ut har även sekreterare med mera allmän kontorsutbildning rekryterats. Utredningen konstaterade redan i betänkandet om yrkesmedicinen att sekreterare vid yrkesmedicinska kliniker och företagshälsovårdsenheter har bredare och mer kvalificerade administrativa uppgifter än de som läkarsekreterarutbildningen förbereder för. Utredningen har därför tagit kontakt med skolöverstyrelsen (SÖ) för att påverka där pågående översyn av bl a läkarsekreterarnas utbildning.

Översynen syftar till att modernisera sekreterarutbildningen som i princip varit under utredning de senaste tio åren. Översynen har bedrivits i en arbetsgrupp med referensgrupp. Företagshälsovårdsutredningen har fått representation i båda och har sålunda kunnat bevaka sina intressen hos SÖ. I skrivelse till regeringen 1982-10-29 har SÖ föreslagit, att fr o m hösten 1983 skall införas en ny sekreterarutbildning. Den nya utbildningen föreslås bli en ettårig specialkurs för sekreterare/assistenter som bygger på genomgången tvåårig gymnasielinje. Utbildningen skall avse sekreterare i hälso- och sjukvården, socialvården, företagshälsovården och vid försäkringskassorna. Den föreslagna utbildningen ger en avsevärt bättre plattform för företagshälsovårdens intressen, eftersom utbildningen "höjs" till att bygga på gymnasial utbildning. Företagshälsovårdens och yrkesmedicinens speciella arbetsuppgifter på det administrativa området kan beaktas i den nya utbildningen.

Företagshälsovårdsutredningen har således fått gehör för att i sekreterarutbildningen också skall beaktas företagshälsovårdens och yrkesmedicinens behov av sekreterare/assistenter med ofta relativt självständiga administrativa uppgifter. Förslaget att sekreterarutbildningen skall genomföras som

ettårig specialkurs i gymnasieskolan med tillträdeskravet tvåårig gymnasial utbildning stöds av företagshälsovårdsutredningen. Utredningen ser också positivt på att specialkursen är avsedd för blivande sekreterare/assistenter i hälso- och sjukvården, socialvården, företagshälsovården samt vid försäkringskassorna. Den föreslagna specialkursen kommer att på försök starta höstterminen 1983 på åtta orter i landet. Företagshälsovårdsutredningen förutsätter att den nya utbildningen också skall erbjudas inom den kommunala vuxenutbildningen både som hel utbildning och i delar. I det senare fallet kan utbildningen fungera som efterutbildningskurser för redan verksamma sekreterare/assistenter.

Företagshälsovårdsutredningen föreslår, att SÖ verkar för att utbildningen även etableras som kommunal vuxenutbildning.

Behovet av administrativ utbildning för annan personal i företagshälsovården än sekreterare/assistenter bör i första hand tillgodoses regionalt och med hänsyn till de speciella behov som kan finnas inom olika företagshälsovårdsenheter. Därvid bör befintlig administrativ utbildning, inom t ex högskolan, utnyttjas, eventuellt modifierad med hänsyn till företagshälsovårdens behov. Enligt utredningens mening bör företagshälsovårdsdelegationen framöver uppmärksamma detta utbildningsbehov och ta erforderliga initiativ.

8.1.2 Efterutbildning

Efterutbildning för företagshälsovårdens personal anordnas av arbetarskyddsstyrelsen, SAF m fl arbetsmarknadsorganisationer, vissa yrkesmedicinska kliniker och intresseföreningar m fl. Efterutbildningen ges oftast i form av avgiftsbelagda konferenser och kurser av varierande längd.

Efterutbildningen skall möjliggöra fördjupning, komplettering och aktualisering av tidigare inhämtade kunskaper. Eftersom den framtida grund- och vidareutbildningen i företagshälsovård i högre grad än för närvarande kommer att vara generell med avseende på förhållandena inom arbetsmarknaden, kommer behovet av branschinriktad efterutbildning att öka. Kunskapsutvecklingen inom bl a de medicinska, tekniska, beteendevetenskapliga och administrativa områdena, liksom regelsystemens förändring, förutsätter en kontinuerlig och relativt omfattande efterutbildning. Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns ett stort behov av efterutbildningskurser för företagshälsovårdens personal.

Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmedicinska kontaktdagar utgör en särskild form av efterutbildning, som anordnats årligen sedan 1974 för personal inom företagshälsovården och yrkesinspektionen m fl. Det är enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning angeläget att arbetarskyddsstyrelsen fortsätter att ordna dessa kontaktdagar och ger dem ett rejält utbildningsinnehåll. Det vore vidare önskvärt att styrelsen breddar innehållet till att också innehålla inslag av betydelse för t ex företagshälsovårdens administration.

Socialstyrelsen ansvarar för att teoretiska kurser i anslutning till läkarnas vidareutbildning arrangeras. Kurskostnaden bestrids med statsmedel. Dessa kurser är förbehållna läkare under vidareutbildning. Socialstyrelsen och landstingen ansvarar gemensamt för att efterutbildning erbjuds läkarna. Kostnaderna bärs i huvudsak av landstingen. Många av de kurser som ges i

dessa båda sammanhang skulle med fördel kunna fungera som efterutbildning för företagsläkare i syfte att hålla dem à jour med den medicinska utvecklingen. De nämnda kurserna står i dag inte öppna för företagsläkare av formella och ekonomiska skäl. Landstingen svarar även för sådana kurser för annan medicinsk personal än läkarna. Inte heller här finns möjligheter för företagshälsovårdens personal att delta.

Enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning är det viktigt att företagshälsovårdens medicinska personal har möjlighet att i efterutbildning följa den allmänmedicinska utvecklingen som har betydelse också för arbetet i företagshälsovården. Utredningen anser därför, att det vore en stor fördel om socialstyrelsens och landstingens kurser kunde dimensioneras så att även medicinsk personal i företagshälsovården kunde använda dem som efterutbildningskurser. Eftersom ett ökat antal platser skulle medföra kostnader som i första hand bör bäras av företagshälsovården föreslår utredningen, att socialstyrelsen får i uppgift att i samråd med landstingsförbundet och företagshälsovårdsdelegationen se närmare på förslaget och de praktiska möjligheterna att genomföra det.

Ytterligare en aspekt på det föreslagna arrangemanget är att det kan bidra till ökad samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och företagshälsovårdens personal.

Den branschinriktade efterutbildningen har till syfte att fördjupa kunskaperna om branschspecifika frågor. Utredningen har i avsnitt 8.1.1.5.3 särskilt behandlat skyddsingenjörernas behov av sådan efterutbildning. Motsvarande behov finns även för skyddstekniker och i någon mån för yrkeshygieniker. Också i efterutbildning av andra personalkategorier inom företagshälsovården kan behövas inslag av branschfrågor. Enligt utredningens mening bör särskilt högskolan och olika branschforskningsinstitut kunna medverka till att sådan utbildning kommer till stånd.

I avsnitt 8.1.1.8 har utredningen berört det speciella behov av efterutbildning om psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön som finns för medicinsk och teknisk personal i företagshälsovården.

Efterutbildningen för företagshälsovårdens personal bör, liksom idag, anordnas på olika håll inom landet och engagera olika utbildningsanordnare (arbetarskyddsstyrelsen, högskolan, socialstyrelsen, partsorganisationer, intresseföreningar m fl). En del efterutbildningskurser bör med fördel kunna vara gemensamma för två eller flera av personalkategorierna inom företagshälsovården.

Utredningen föreslår, att företagshälsovårdsdelegationen verkar för ett tillräckligt stort och differentierat utbud av efterutbildning för företagshälsovårdens personal.

8.2 Resurser, organisation och samordning

8.2.1 Nuläget

Såsom framgått av det föregående svarar arbetarskyddsstyrelsen för den övervägande delen av den nuvarande specialutbildningen i företagshälsovård. Arbetarskyddsstyrelsens roll som arrangör av en omfattande special-

utbildning i företagshälsovård har som utgångspunkter inrättandet av arbetsmedicinska institutet, den nuvarande forskningsavdelningen vid arbetarskyddsstyrelsen, med forskning och utbildning som huvuduppgifter samt riksdagsbeslutet 1971 om företagshälsovårdsutbildningens anordnande, innehåll, uppläggning och dimensionering. De förhållanden och överväganden som är bakgrunden till dessa beslut och den fortsatta satsning som statsmakterna gjort ifråga om arbetarskyddsstyrelsens företagshälsovårdsutbildning under de senaste tio åren kan beskrivas på följande sätt.

När det gäller det arbetsvetenskapliga kunskapsstoffet finns vid arbetarskyddsstyrelsens forskningsavdelning en bredd som avser medicinska, fysiologiska, toxikologiska, beteendevetenskapliga, kemiska och tekniska aspekter. Det för avdelningen karakteristiska tvärvetenskapliga arbetssättet är en väsentlig utgångspunkt för undervisning inriktad på praktiska problem och samspel mellan olika miljöfaktorer. Vid avdelningen, som för närvarande sysselsätter c 330 personer, finns 26 professors- och laboratorstjänster, varav fyra i Umeå. Tillsynsavdelningen, administrativa avdelningen och yrkesinspektionen erbjuder kompletterande lärarresurser i det viktiga avseendet, att man i undervisningen kan föra varje praktiskt problem vidare från faktaunderlaget till uppföljningen vad avser tillsynsfrågor och legala aspekter.

Vid arbetarskyddsstyrelsens utbildningssektion, som svarar för administrationen av styrelsens utbildningsverksamhet, har byggts upp betydande resurser för utbildningsplanering och administration, pedagogiskt utvecklingsarbete samt AV-teknik m m. För närvarande är c 30 personer anställda vid sektionen, varav c 20 är engagerade i styrelsens företagshälsovårdsutbildning.

1979 färdigställdes undervisningslokaler i Stockholm om sammanlagt c 2 000 m^2, vari ingår lektionssalar, grupparbetsrum, hörsal och undervisningslaboratorier. Till arbetarskyddsstyrelsens utbildningsresurser i Stockholm hör också landets största bibliotek inom det arbetsvetenskapliga och arbetsmedicinska området.

Styrelsen har många arbetskontakter med andra myndigheter, företagshälsovården, företag, partsorganisationer och yrkesmedicinska kliniker m fl. Detta ger goda förutsättningar att komplettera de egna lärarresurserna med externa lärarinsatser. Dessa kan gälla många områden, t ex arbetarskyddets och företagshälsovårdens organisation, sambandet mellan yttre och inre miljöproblem, försäkrings- och skadeståndsfrågor samt kopplingen mellan arbetarskydd och sysselsättning, bl a vad gäller handikapp- och åldrandeproblem.

För arbetarskyddsstyrelsens företagsläkar-, företagssköterske- och skyddsingenjörsutbildningar finns s k permanenta referensgrupper för kontakt och informationsutbyte i frågor med anknytning till dessa utbildningar. I de tre referensgrupperna, som sammanträder en gång per halvår, ingår kursledning och representanter för arbetsmarknadens parter samt yrkesföreträdare m fl. Vid behov adjungeras ytterligare personer till referensgrupperna, t ex representanter för deltagarna i pågående kurser. I referensgrupperna diskuteras tillträdesbestämmelser till utbildningen, utbildningens målsättning, innehåll och uppläggning, examinationsformer och behovet av efterutbildning m m.

Ett i praktiken viktigt skäl till att arbetarskyddsstyrelsen undan för undan ålagts och påtagit sig en alltmer omfattande utbildning av företagshälsovårdens funktionärer m fl är att det varit angeläget att snabbt komma igång med en sådan utbildning.

Efter hand har också inom högskolan byggts upp resurser för forskning och utbildning inom arbetsmiljöområdet. På företagshälsovårdsutredningens begäran gjorde UHÄ i början av 1982 en kartläggning av högskolans resurser för arbetsvetenskaplig utbildning och forskning. Resultatet av kartläggningen, som är mest uttömmande då det gäller det tekniska området, har sammanställts i rapporten Arbetsvetenskap i högskolan (UHÄ-rapport 1982:11).

8.2.2 Framtiden

I nuläget, då arbetarskyddsstyrelsen nästan helt svarar för företagshalsovårdsutbildningen, kan de olika utbildningarna enkelt samordnas vad gäller utbildningarnas inriktning och innehåll, uppläggning, genomförande och dimensionering samt lärar- och andra resursfrågor. Den av företagshälsovårdsutredningen eftersträvade integreringen av utbildningen i företagshälsovård med den för respektive kategori vanliga modellen för grund- eller vidareutbildning kan ifråga om flera av utbildningarna komma att innebära att de i framtiden anordnas inom högskolan respektive av socialstyrelsen inom "NLV-systemet". Detta, liksom önskvärdheten att sprida utbildningarna till flera orter i landet, ändrar förutsättningarna för samordning av utbildningarna.

Även om det är angeläget att sprida utbildningen till nya orter måste detta ske med beaktande av att platsantalet totalt per år inte medger alltför stor uppsplittring. En annan begränsande faktor är tillgång på kvalificerade lärare. Till detta kan också läggas strikt ekonomiska argument. Man bör istället eftersträva att koncentrera företagshälsovårdsutbildningen till vissa orter i landet. På dessa orter bör vidareutbildning anordnas för två eller fler personalkategorier inom företagshälsovården. Med sådan koncentrering skapas möjligheter till visst gemensamt resursutnyttjande och samordning av utbildningarna. Lärarfrågan torde också bli lättare att lösa på detta sätt.

Under de närmaste åren kommer huvudansvaret för att genomföra företagshälsovårdsutbildningen fortfarande att åvila arbetarskyddsstyrelsen, men därefter kommer ansvaret alltmer att delas mellan arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen och högskoleorganisationen. Det är därför enligt företagshälsovårdsutredningens uppfattning angeläget att ett närmare samarbete snarast etableras mellan dessa tre utbildningsanordnare för planering och genomförande av den kommande utbildningen i företagshälsovård.

Den företagshälsovårdsutbildning som anordnas av arbetarskyddsstyrelsen är i alla avseenden jämförbar med högskoleutbildning respektive NLV-utbildningens teoretiska del. Utredningen anser det viktigt att de studerande, oavsett var de genomgår företagshälsovårdsutbildningen, gör det utifrån samma mål och krav för utbildningen samt får den likvärdigt bedömd både på arbetsmarknaden och vid tillträde till annan utbildning. Praktiska arrangemang för att få in all företagshälsovårdsutbildning i det planeringssystem m m som gäller för högskolan respektive NLV-utbildning-

en skulle därför behöva vidtas. Detta gäller t ex fastställande av utbildningsplan, beslut om dimensionering, lokalisering och meritvärdering samt eventuell samordning vid utannonsering av och antagning till utbildningen.

Den till arbetarskyddsstyrelsen knutna företagshälsovårdsdelegationen, vars uppgifter närmare berörs i kapitel 6, bör främja samverkan mellan arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen och högskoleorganisationen i frågor rörande utbildningen i företagshälsovård. Som exempel på uppgifter som kan komma ifråga kan följande nämnas.

- Företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad och därmed sammanhängande dimensionering av utbildningen i företagshälsovård behöver följas upp. Företagshälsovårdsdelegationen är ett lämpligt organ för sådan uppföljning. Ifråga om företagshälsovårdsutbildningens dimensionering skulle delegationen kunna vara förslagsställare till UHÄ, som i sina dimensioneringförslag avseende allmänna utbildningslinjer och påbyggnadslinjer också kunde väga in och redovisa behoven som rör företagshälsovården. Beslut om dimensionering fattas sedan av riksdagen.
- I företagshälsovårdsdelegationen bör också kunna beredas förslag om var i landet företagshälsovårdsutbildning skall vara lokaliserad respektive hur resurser inom olika delar av samhället bäst kan utnyttjas och samordnas för företagshälsovårdsutbildning. Förslag om lokalisering bör redovisas i UHÄ:s anslagsframställning tillsammans med förslag om dimensionering.
- Beslut om utbildningsplaner i företagshälsovård (utbildningens innehåll m m borde fortsättningsvis kunna fattas av *en* instans i landet. Med hänsyn till att det är önskvärt att samma mål och krav gäller för arbetarskyddsstyrelsens företagshälsovårdsutbildning som för högskoleutbildningen skulle denna instans lämpligen vara UHÄ. Detta strider mot företagshälsovårdsutredningens direktiv, som säger att företagshälsovårdsutbildningens innehåll och uppläggning även i framtiden bör fastställas av arbetarskyddsstyrelsen efter samråd med arbetsmarknaden parter. Under förutsättning att arbetarskyddsstyrelsen och företagshälsovårdsdelegationen får ett reellt inflytande på utbildningsplanerna i företagshälsovård, borde den föreslagna ordningen emellertid kunna tillgodose de intressen som arbetarskyddsstyrelen och arbetsmarknadens parter kan ha. Enligt utredningens uppfattning skulle UHÄ således i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och efter hörande av företagshälsovårdsdelegationen kunna fastställa utbildningsplanerna för den företagshälsovårdsutbildning som kan rubriceras som högskoleutbildning.

Innehållet i den systematiska undervisningen i den framtida företagsläkarutbildningen bör beslutas i samråd mellan socialstyrelsen och arbetarskyddsstyrelsen.

Företagshälsovårdsdelegationens roll ifråga om efterutbildningen i företagshälsovård har behandlats i avsnitt 8.1.2.

Företagshälsovårdsutredningen föreslår, att regeringen uppdrar åt UHÄ, arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen att överväga på vilket sätt samverkan och samordning rörande företagshälsovårdsutbildningen bäst kan uppnås.

8.3 Kostnader och finansiering av utbildningen

8.3.1 Arbetarskyddsstyrelsens utbildning

De operativa medel, d v s omkostnadsdel, exklusive arbetarskyddsstyrelsens personalkostnader, som styrelsen årligen behöver för att anordna specialutbildningen i företagshälsovård för företagsläkare, företagssköterskor, företagssjukgymnaster och skyddsingenjörer uppgår för närvarande till c 1 500 000 kronor. Dessa medel erhålls från statsmakterna genom arbetarskyddsstyrelsens budget.

Styrelsens personalkostnader för utbildningen, d v s lönekostnader för interna lärare, kursledning och administration, utgör en del av styrelsens totala lönekostnader.

De kostnader som är förbundna med deltagarnas resor och övernattningar täcks till en del genom särskilda medel som regeringen för detta ändamål årligen reserverar hos arbetarskyddsfonden. Deltagaren erhåller således hela kostnaden för resan mellan bostaden och kursorten samt 55 kronor per dygn som bidrag till övernattningskostnader. För närvarande är dessa kostnader totalt c 1 500 000 kronor årligen.

Den största utgiftsposten för arbetarskyddsstyrelsens företagshälsovårdsutbildning, liksom vid all vuxenutbildning, är förlorad arbetsförtjänst, som blir en kostnad för deltagarna eller deras arbetsgivare. För de kursdeltagare som vid utbildningens början redan har anställning inom företagshälsovården förutsätts deltagarnas arbetsgivare stå för lönen under kurstiden. Så sker också utom i några få undantagsfall. Till de kursdeltagare som vid utbildningens början inte har anställning inom företagshälsovården utbetalas ett särskilt, skattepliktigt utbildningsbidrag. Detta bidrag är, fr o m den 1 juli 1983, 490 kronor per dag för läkare, 220 kronor per dag för sjuksköterska och 270 kronor per dag för ingenjör.

Regeringen reserverar årligen medel till utbildningsbidragen hos arbetarskyddsfonden. För närvarande är kostnaderna för dessa utbildningsbidrag c 4 500 000 kronor årligen.

Arbetarskyddsstyrelsen erhåller inga budgetmedel för efterutbildningskurser i företagshälsovård. De finansieras istället genom kursavgifter.

8.3.2 Finansiering av högskoleutbildning

Den grundläggande högskoleutbildningen är indelas i fem yrkesutbildningssektorer. För den statliga delen av högskolan finns ett reervationsansag för varje sektor. Dessa är uppdelade i anslagsposter som motsvarar högskoleenheterna. Medel för en högskoleenhets verksamhet, d v s utbildningslinjer inom en viss yrkesutbildningssektor, anvisas därför direkt men samlat för alla utbildningar inom sektorn under särskilda anslagsposter. De medel som erhålls på detta sätt skall täcka omkostnader för utbildningen och lönekostnader för lärare, kursledning och administration.

Studiefinansieringen kan ske genom studiemedel. Dessa är för närvarande 14 procent av basbeloppet (17 800 kronor i december 1982) för helt år (9 månader) samt ett tillägg på c 400 kronor per år. Beloppet är således c 2 850 kronor per månad, varav c 242 kronor per månad är bidrag och resten lån.

Studerande med barn får dessutom barntillägg med c 500 kronor per månad (lån).

Studieprestationen skall i princip vara 20 poäng per termin för att man skall erhålla studiemedel. Centrala studiestödsnämnden (CSN) brukar dock acceptera c 15 poäng per termin.

För den kommunala delen av högskolan gäller att staten ger bidrag till utbildningarna. Huvudmannen (i de flesta fall landstingskommuner) står dock för uppskattningsvis 50 procent eller mer av kostnaden för utbildningen. Statens bidrag och huvudmännens del täcker omkostnader för utbildningen, lönekostnader för lärare, kursledning och administration samt delvis även deltagarnas rese- och logikostnader. Studiefinansieringen sker på sätt som redovisats ovan.

8.3.3 Vidareutbildningskurser för läkare

Socialstyrelsen disponerar under innevarande budgetår 20 700 000 kronor för NLV-kurser. Dessa medel beräknas räcka till c 270 veckokurser om 23–24 deltagare. Cirka två tredjedelar av dessa kostnader avser "rena kurskostnader", d v s kostnader för lärare, kursledning och administration samt expenser. Återstående tredjedel av kostnaderna avser kursdeltagarnas resor och traktamenten.

Därtill kommer vissa kostnader för central och regional administration av vidareutbildningen. För den centrala administrationen utgörs dessa kostnader av vissa personallöner på socialstyrelsen samt 100 000 kronor för omkostnader under innevarande budgetår. För den regionala administrationen utgörs kostnaderna av vissa personallöner på landstingen för vilka staten bidrar med sammanlagt 700 000 kronor.

8.3.4 Framtida kostnader och finansiering

I den mån de av utredningen föreslagna utbildningarna i företagshälsovård anordnas i högskolan föreslår utredningen att finansieringen skall tillgå på för högskolan sedvanligt sätt, vilket innebär att alla kostnader för utbildningen belastar högskolans budgetmedel och deltagarnas kostnader finansieras med studiemedel. Företagsläkarutbildningen förutsätts bli finansierad på samma sätt som annan vidareutbildning av läkare, d v s utbildningstjänster tillhandahålls av landstingen och företagshälsovården och kostnaderna för den systematiska undervisningen (kursveckorna) belastar socialstyrelsens anslag enligt gängse normer för NLV-utbildning.

Utredningens förslag till framtida företagshälsovårdsutbildning inom högskola torde i något fall kunna genomföras utan några väsentliga tillskott av nya tjänster. I andra fall torde sådana behövas. Anslagen för utbildning får antingen höjas eller får omfördelning ske till förmån för företagshälsovårdsutbildningen.

Den nuvarande finansieringen av arbetarskyddsstyrelsens utbildning i företagshälsovård bör fortsätta att tillämpas tills företagshälsovården är fullt utbyggd, d v s i ytterligare cirka tio år. Därefter bör åtminstone deltagarnas kostnader finansieras på ett enhetligt sätt, oberoende av var utbildningen anordnas, nämligen med studiemedel. Undantag är företagsläkarutbildning-

en. Även då företagshälsovården är fullt utbyggd bör den finansieras på samma sätt som annan specialistutbildning för läkare.

Eventuell uppdragsutbildning av t ex företagssköterskor bör finansieras på samma sätt som den företagshälsovårdsutbildning som anordnas av arbetarskyddsstyrelsen.

De kostnadsmässiga konsekvenserna av utredningens förslag om överförande av företagshälsovårdsutbildning till NLV-systemet respektive högskolan illustreras i följande sammanställning. I sammanställningen redovisas kostnaderna för arbetarskyddsstyrelsens utbildning samt kostnader för jämförbara utbildningar i högskolan. De i sammanställningen upptagna kostnaderna avser omkostnader, d v s arvoden och reseersättningar till externa lärare, AV-material, visst skriftligt utbildningsmaterial m m och interna lönekostnader, d v s löner till egen lärarpersonal och utbildningsadministrativ personal. De angivna kostnaderna innefattar inte kostnader för kurslitteratur, lokaler och studiemedel.

Sammanställning av kostnader vid arbetarskyddsstyrelsens företagshälsovårdsutbildning och kostnader vid motsvarande utbildning i högskolan eller inom "NLV-systemet"

1) Arbetarskyddsstyrelsens företagsläkarutbildning (1982/83). 60 180 kr per kursvecka och grupp om 45.	NLV-kurser (1982/83). 55 000–60 000 kr per kursvecka och grupp om 25.
2) Arbetarskyddsstyrelsens utbildning till företagssköterska (1981/82). 11 040 kr per deltagare och 20 poängskurs.	Vidareutbildning av sjuksköterskor inom kommunala högskolan (1981/82). 12 000 kr per deltagare och 20 poängskurs.
3) Arbetarskyddsstyrelsens företagssjukgymnastutbildning (1981/82). 10 800 kr per deltagare och 10 poängskurs.	Utbildning på sjukgymnastlinjen i högskolan (1981/82). 22 420 kr per deltagare och 40 poängskurs. Jämförelsen är inte helt relevant, eftersom företagssjukgymnastutbildningen är en vidareutbildning och utbildningen på sjukgymnastlinjen är grundutbildning.
4) Arbetarskyddsstyrelsens utbildning till skyddsingenjör (1981/82). 22 020 kr per deltagare och 40 poängskurs.	Fjärde året av civilingenjörsutbildningen i högskolan (1981/82). Cirka 30 000 kr per deltagare och 40 poängskurs.

Den praktiska tjänstgöring som ingår i arbetarskyddsstyrelsens utbildningar till företagssköterska respektive skyddsingenjör förorsakar vissa kostnader, som ingår i de ovan angivna kostnaderna (punkterna 2 och 4). De företag och företagshälsovårdsenheter som tar emot "praktikant" erhåller emellertid ingen ekonomisk ersättning för detta.

I ovan redovisade kostnader för högskoleutbildningen har inte inräknats eventuella kostnader för planering i samband med etablering av företagshälsovårdsutbildningen i högskolan.

De personella och andra resurser som kommer att frigöras vid arbetarskyddsstyrelsen i takt med att vidareutbildningen i företagshälsovård i ökad

utsträckning kommer att anordnas av högskolan bör, enligt utredningens uppfattning, användas för en utökning av arbetarskyddsstyrelsens efterutbildningsprogram i företagshälsovård eller andra ändamål inom arbetarskyddet.

8.4 Arbetsmiljöinnehåll i grundutbildningen

Avslutningsvis vill utredningen beröra en principiellt viktig fråga. Enligt utredningens uppfattning är det angeläget att redan i grundutbildningar, bl a sådana som föregår vidareutbildning i företagshälsovård, öka inslagen som rör arbetsmiljö, företagshälsovård och yrkesmedicin. Åtgärden skall ha två syften. Dels gäller det att göra företagshälsovård och yrkesmedicin "synliga" som framtida arbetsfält, dels gäller det att göra företagshälsovårdspersonalens framtida samarbetspartners (ingenjörer, distriktssköterskor, distriktsläkare m fl) bättre skickade att uppmärksamma arbetsmiljöfrågor och att samarbeta med personalen i företagshälsovården.

Utredningen har under sitt arbete haft överläggningar med UHÄ och SÖ för att i konkreta fall bevaka att i nya utbildningsplaner för grundutbildning hänsyn tas till de nämnda aspekterna. Sålunda har i den sedan hösten 1982 tillämpade utbildningsplanen för blivande sjuksköterskor hänsyn tagits till företagshälsovårdsutredningens förslag om ökade inslag av arbetsmedicin. På samma sätt har utredningen påverkat utbildningsplanen för rehabiliteringslinjen, den nya utbildningslinjen för bl a sjukgymnaster. Under UHÄ:s arbete med ny utbildningsplan för läkarlinjen har utredningen haft överläggningar med UHÄ om förstärkning av arbetsmedicinen i linjen. Överläggningarna har följts upp med en hösten 1982 av UHÄ och företagshälsovårdsutredningen gemensamt anordnad konferens, där företrädare för linjenämnderna för läkarutbildningen och yrkesmedicinare och företagsläkare diskuterat och planerat för ökade inslag av arbetsmedicin i den grundläggande läkarutbildningen.

Som exempel på insatser för att öka arbetsmiljökunnandet hos konstruktörer och produktionstekniker kan nämnas en av UHÄ föreslagen arbetsmiljölinje inom civilingenjörsutbildningen vid högskolan i Luleå. Utbildningen har som syfte att ge fördjupade kunskaper i arbetsmiljöns utformning med utgångspunkt i material- och produktionsteknik. Linjen är särskilt inriktad mot den mekaniska industrin. UHÄ:s förslag är under beredning i regeringskansliet.

Utredningen förutsätter, att UHÄ och SÖ mera systematiskt i samband med översyn av utbildningar inom sitt område bevakar att arbetsmiljö, företagshälsovård och yrkesmedicin bereds utrymme inom utbildningar som förbereder för vidareutbildning i företagshälsovård respektive för verksamhet där samverkan med företagshälsovård och yrkesmedicin är aktuell.

9 Kostnads- och finansieringsfrågor

9.1 Nuvarande kostnader och finansiering

Sedan länge är det en accepterad princip att kostnaderna för det lokala arbetarskyddet skall bäras av produktionen. Företagshälsovården som utgör en del av arbetarskyddet bekostas därför till större delen av arbetsgivarna, även om viss ersättning för sjukvård lämnas av försäkringskassan.

Företagens direkta kostnader för företagshälsovården kan variera högst avsevärt beroende på företagshälsovårdens uppbyggnad och inriktning. Enligt SAF:s sammanställning över företagshälsovårdscentraler 1982 uppgår nettokostnaden 1981 efter reduktion för ersättningen från försäkringskassan till i genomsnitt drygt 420 kr per anställd och år. Uppräknad till 1983 års nivå kan denna kostnad beräknas vara något över 500 kr per anställd och år. Enligt uppgift från Statshälsan kommer genomsnittskostnaden för de närmare hundratalet centraler, som Statshälsan samarbetar med, att ligga på 550 kr budgetåret 1983/84. För de egna centralerna räknar Statshälsan med 50 kr ytterligare i nettokostnad per person och år. Bygghälsans nettokostnader 1983 uppgår till 540 kr per person. I såväl Statshälsans som Bygghälsans kostnader ingår kostnader för viss verksamhet som för blandade centraler fullgörs på annat sätt och sålunda inte belastar centralerna. Statshälsans högre nettokostnad får tillskrivas den lägre andelen ersättningsberättigad sjukvård jämfört med många andra centralers. När det gäller de totala kostnaderna måste också ersättningen från försäkringskassan räknas med. Den var enligt riksförsäkringsverkets uppgifter i genomsnitt 142 kr per ansluten person 1980, motsvarande närmare 180 kr i 1983 års nivå. Den totala ersättningen från försäkringskassan uppgick till 289 000 000 kr 1980.

Finansiering av utbildning av företagshälsovårdens personal har tidigare beskrivits i avsnitt 8.3. I korthet innebär den nuvarande ordningen att finansieringen av arbetarskyddsstyrelsens specialutbildningar för företagsläkare, företagssjukgymnaster, företagssköterskor samt skyddsingenjörer sker via budgetmedel. De direkta kostnaderna exklusive styrelsens egna personalkostnader uppgår till 1 500 000 kr. Den största utgiftsposten för företagshälsovårdsutbildningen är emellertid förlorad arbetsförtjänst. När kursdeltagaren är anställd inom företagshälsovården står arbetsgivaren i regel för lön under utbildningstiden. Till kursdeltagare som inte har anställning inom företagshälsovården ges särskilda utbildningsbidrag. Regeringen avsätter årligen medel för dessa hos arbetarskyddsfonden. För närvarande är kostnaderna för utbildningsbidrag c 4 500 000 kr årligen.

9.2 Kostnader och finansiering i framtiden

I företagshälsovårdsutredningens direktiv fastslås:

> Målet för utbyggnaden av företagshälsovården bör vara att alla löntagare skall ha tillgång till företagshälsovård. Det ankommer på arbetsmarknadens parter att bestämma i vilken takt detta mål skall förverkligas. Därvid måste utbyggnadstakten anpassas till vilka resurser som kan ställas till förfogande. Detta gäller såväl direkta resurser avsatta genom avtal mellan parterna som tillgången till personal etc. Jag vill här understryka att såväl nu gällande arbetarskyddslagstiftning som den föreslagna arbetsmiljölagen utgår från att arbetsgivarna skall tillhandahålla de resurser som behövs för de anställda från säkerhets- och hälsosynpunkt. Häri ingår företagshälsovården som en viktig del.

Företagshälsovårdsutredningen anser inte att det finns skäl att frångå principen att kostnaderna för företagshälsovården skall tas ur produktionen. Det innebär att de former för finansiering av företagshälsovården som i dag finns i huvudsak bör behållas. Den befintliga liksom den företagshälsovård som kommer att etableras under den tioåriga utbyggnadsperiod som utredningen nu föreslår måste således finansieras av arbetsgivaren antingen direkt i verksamheten som i fallet inbyggd företagshälsovård eller genom avgifter till företagshälsovårdscentral.

Enligt utredningens mening bör dock samhället även i fortsättningen lämna ersättning för viss del av kostnaderna. Ersättningen kan nämligen med lämplig utformning utgöra ett betydelsefullt instrument för att stimulera utbyggnaden och för att uppnå företagshälsovård som uppfyller de kriterier som parterna på arbetsmarknaden är överens om. Utredningen har i avsnitt 6.6.7 gett sina synpunkter på hur ett sådant ersättningssystem bör utformas.

Företagshälsovårdsutredningen fick i likhet med samtliga övriga kommittéer och särskilda utredare tilläggsdirektiv angående finansiering av reformer 1978, Dir 1978:40, respektive 1980, Dir 1980:29. Direktiven tillhåller kommittéerna att bl a överväga hur eventuella kostnadskrävande förslag skall kunna finansieras genom omprövning av pågående verksamhet och omfördelning av befintliga resurser inom det område kommitténs förslag avser. Företagshälsovårdsutredningen har enligt sina direktiv i uppdrag att lämna förslag till hur heltäckande företagshälsovård skall kunna uppnås. Enligt utredningens mening kan en utbyggnad, så att alla anställda inom rimlig tid får tillgång till företagshälsovård, inte åstadkommas utan att den medför ökade kostnader för samhället på kort sikt. Det är befogat att samhället åtar sig vissa kostnader i anslutning till utbyggnaden samt verkar för att de resurser bl a vad gäller utbildad personal som behövs kommer fram. Detta kan ses som ett fullföljande av intentionerna bakom arbetsmiljölagen som förutsatte en snabb utbyggnad av företagshälsovården. Kommer sådana insatser inte till stånd riskerar utbyggnaden att bli avsevärt försenad, vilket är allvarligt med tanke på att de företag som nu saknar företagshälsovård inte kan sägas ha mindre behov av sådan service än de som redan fått tillgång till den.

Mot de redovisade kostnaderna för företagshälsovården står ett antal vinster som kan förväntas. Det står klart att företagshälsovården är en

förutsättning för en effektiv förebyggande verksamhet i syfte att uppnå goda arbetsmiljöförhållanden i företagen. En sund och säker arbetsmiljö innebär flera fördelar för företagen som minskad sjukfrånvaro, lägre personalomsättning och i många fall ökad produktivitet. För samhället minskar kostnaderna för sjukvård, rehabilitering och försäkringar. För den enskilde är sunda och säkra arbetsförhållanden självfallet av största betydelse liksom den trivsel och arbetstillfredsställelse som en god arbetsmiljö kan ge. Utredningen har belyst dessa aspekter i kapitel 2.

Företagshälsovården har byggts upp på initiativ av parterna på arbetsmarknaden. Man har varit överens om dess utformning, innehåll och bemanning. Några ekonomiska hinder för utbyggnaden har hittills inte anförts utan företagshälsovården får i sin nuvarande utformning anses vara väl avpassad till de ekonomiska förutsättningarna. Utredningens förslag innebär inga ökade kostnader för befintlig företagshälsovård utformad enligt avtalen. Tvärtom pekar utredningen på möjligheten till omprioriteringar vad gäller personalen, t ex vidgade uppgifter för företagssköterskor, vilket också kan ge kostnadsmässiga fördelar. Utredningen har också understrukit vikten av att i framtiden i större utsträckning differentiera företagshälsovården med hänsyn till skilda behov. Vidare räknar utredningen med att ett fördjupat samarbete mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård kan ge effektivitetsvinster. Ett ökat samarbete vid t ex rehabilitering kan vara en förutsättning för att såväl företagshälsovårdens som primärvårdens insatser skall bli effektiva.

Den återstående utbyggnaden av företagshälsovården kommer till stor del att omfatta småföretag. Även här måste principen att verksamheten skall finansieras ur produktionen gälla. Enligt utredningens mening kan den kostnad som företagshälsovården kommer att betinga för dessa företag inte bedömas utgöra hinder för utbyggnaden. Genom företagshälsovården får småföretagen tillgång till en service som i annan form sannolikt skulle bli väsentligen dyrare. Genom den förebyggande inriktningen hjälper företagshälsovården företagen att undvika kostsamma misstag. Förutsättningarna att skapa en god arbetsmiljö med de fördelar den innebär för anställda och företag blir väsentligen bättre.

Enligt utredningens mening kan således en utbyggd företagshälsovård också för de små företagen vara en mycket god investering. Utredningens förslag vad gäller de små företagen går inte utöver det som redan finns fastlagt i avtal mellan parterna på arbetsmarknaden. Utredningen pekar däremot på skilda vägar att rationellt och kostnadseffektivt organisera företagshälsovården för småföretag.

Enligt utredningens uppfattning bör samhället på sikt stå för de direkta kostnaderna för utbildningen av företagshälsovårdens personal, vilket endast delvis är fallet i dag då bidrag för sådan utbildning även utgår ur arbetarskyddsfonden. Överväganden som rör utbildningens framtida bedrivande och finansiering har utförligare behandlats i kapitel 8. Utredningen räknar inte med att utbyggnaden kommer att kräva stora tillskott av utbildningsplatser. En viss övergångsvis utökning av antalet platser för utbildning av skyddsingenjörer och företagssköterskor torde dock bli nödvändig samt en permanent utökning av antalet platser för utbildning av företagssjukgymnaster. Därtill kommer den redan beslutade yrkeshygieni-

kerutbildningen som dock endast till mindre del avser företagshälsovårdens behov. Vad gäller skyddsingenjörsutbildningen föreslår utredningen en omfördelning mellan teori och praktik som kan medföra vissa ytterligare kostnader. Men utredningens förslag kan i vissa delar även innebära relativa resursbesparingar. Sålunda medför den föreslagna specialistutbildningen för företagsläkare en direktväg som förkortar utbildningen jämfört med nuvarande ordning som bygger på fullgjord allmänläkarutbildning eller annan specialistutbildning. Systemet förutsätter att utbildningstjänster inrättas och bekostas av sjukvårdshuvudmännen respektive huvudmännen för företagshälsovården. Företagssköterskorna föreslås på sikt få en vidareutbildning direkt för området. Detta medför att företagssköterskorna, på samma sätt som föreslås gälla för företagsläkarna, inte först skall vidareutbilda sig för annat område än företagshälsovården. Därigenom görs vissa resursbesparingar såväl för företagssköterskeutbildningen som för företagsläkarutbildningen.

Utredningens förslag innebär också att personalen skall vara utbildad före anställning. Därigenom behöver företagshälsovården inte bära kostnader i samband med utbildning. Studiefinansieringen för den enskilde skall på sikt ske på det sätt som är det vanliga vid utbildning för motsvarande personalkategorier, d v s via studiemedel eller i de särskilda former som gäller för läkare under vidareutbildning. Utredningen anser dock att nuvarande system med utbildningsbidrag till kursdeltagare i arbetarskyddsstyrelsens specialutbildningar bör bibehållas under utbyggnadsperioden.

Den återstående utbyggnaden av företagshälsovården som i hög grad berör småföretagen kan komma att ställa betydligt större krav på samverkan mellan skilda intressenter än vad som hittills varit fallet. Med hänsyn till den betydelse som en utbyggd företagshälsovård måste tillmätas också från samhällets synpunkt är det enligt utredningens uppfattning rimligt att stat och kommun medverkar med skilda åtgärder som underlättar utbyggnaden. Utredningen utgår därvid ifrån att företagshälsovårdsdelegationen och yrkesinspektionsnämnderna får vissa resurstillskott för att kunna bistå parterna i den fortsatta utbyggnaden.

Med den av parterna redovisade inställningen får man förutsätta att parterna också är beredda att avsätta erforderliga resurser för den planering för utbyggnaden som erfordras inom avtalsområdena.

Utredningen har enligt tilläggsdirektiv (Dir 1980:20) också att noga beakta de kommunalekonomiska konsekvenserna av lämnade förslag. Utredningen anser, att här lagda förslag inte kommer att åsamka de kommunala huvudmännen nämnvärda kostnader, som inte inryms inom deras nuvarande lagstadgade ansvar.

Utredningens förslag innebär övergångsvis viss ökning av antalet platser för utbildning av företagssköterskor och att utbildningen på sikt kan bli vidareutbildning inom den kommunala högskolan. För närvarande står staten och landstingen vardera för ungefär hälften av kostnaderna för den kommunala högskolan. Utredningen har föreslagit att arbetarskyddsstyrelsen, UHÄ och Landstingsförbundet belyser förutsättningarna att anordna företagssköterskeutbildning som reguljär högskoleutbildning. Därvid förutsätts även kostnadsaspekterna bli belysta ytterligare.

Som tidigare nämnts kommer den föreslagna utbildningen som "direkt-

väg" för företagsläkare respektive företagssköterskor att medföra vissa kostnadsminskningar inom landstingen.

Också primärkommunerna kan väntas medverka till att andra än kommunernas anställda får tillgång till företagshälsovård. Vissa insatser kan därför,som utredningen närmare utvecklat i kapitel 6, bli aktuella för primärkommunerna som näringslivsfrämjare. Insatserna kan inte väntas öka kostnaderna för primärkommunerna annat än i vissa fall och då mycket marginellt.

Stöd från arbetarskyddsfonden bör kunna påräknas för utbyggnaden. Budgetåret 1983/84 har fonden avsatt 3 500 000 kr för projekt avseende företagshälsovård och lokalt skyddsarbete. Därtill kommer medel avsatta för särskilda ändamål, 15 000 000 kr, vilka delvis avses gå till företagshälsovårdsprojekt. Utredningen anser det vara av stor vikt att fonden i sin fortsatta verksamhet initierar och ger bidrag till utvecklingsprojekt inom företagshälsovården.

Reservation

Reservation av ledamöterna *Danielson, Kjellstrand, Wilander* och *Östrand*

Vi anser, att arbetstagarnas rätt till företagshälsovård skall vara lagfäst. Därför anser vi, att texten i avsnitt 6.6.8 skall ha följande lydelse:

6.6.8 Lagfäst rätt till företagshälsovård

Det finns i vårt land ingen författningsreglerad skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård och således heller ingen motsvarande rätt för arbetstagare att få tillgång till sådan service. Däremot har arbetsmarknadens parter, som närmare utvecklats i kapitel 4, slutit arbetsmiljöavtal med överenskommelser om att företagshälsovård skall tillhandahållas de anställda via arbetsgivaren. Som beskrivits i kapitel 4 omfattas närmare 90 procent av arbetstagarna av avtal som ger dem rätt att få tillgång till företagshälsovård. Ungefär 65 procent av arbetstagarna som omfattas av arbetsmiljöavtalen, inklusive hängavtalen, har i dagsläget tillgång till företagshälsovård. C 1 200 000 personer med arbetsmiljöavtal saknar företagshälsovård i avtalens bemärkelse. Av dessa kan c 400 000 beräknas arbeta inom den offentliga sektorn medan c 800 000 finns inom den privata.

Närmare 400 000 arbetstagare finns på arbetsplatser som inte omfattas av arbetsmiljöavtal. I stort sett alla dessa arbetsplatser är privata företag. Dessa företag är små, ofta mycket små. Arbetstagare på arbetsplatser utan arbetsmiljöavtal har endast i undantagsfall tillgång till företagshälsovård.

Företagshälsovårdsutredningen har ingående övervägt möjligheterna att med nuvarande styrmedel uppnå heltäckande företagshälsovård inom rimlig tid för landets arbetstagare.

Enligt utredningens bedömning kan man inte räkna med att utsträckning av arbetsmiljöavtalen kommer att ske i någon större grad till de arbetsplatser som i dag saknar arbetsmiljöavtal. Utredningen har heller inte funnit belägg för att företagshälsovården kommer att byggas ut, annat än marginellt och i långsam takt, inom den delen av arbetsmarknaden, om inte särskilda åtgärder vidtas. Det faktum att arbetsgivare och arbetstagare på de berörda arbetsplatserna ställt sig utanför gängse organisationer och avtal på arbetsmarknaden inger heller inte förhoppning om att t ex intensifierade informationsinsatser till företagen skulle resultera i önskvärd anslutning till företagshälsovården. Erfarenheterna från ett antal olika försöksprojekt visar

också på betydande svårigheter när det gäller att motivera småföretag att ansluta sig till företagshälsovård.

Även inom den avtalsreglerade sektorn kan finnas svårigheter att övertyga enskilda företag om nödvändigheten att ansluta sig till företagshälsovården. Detta kan medföra problem när det gäller att på ett framgångsrikt sätt fullborda utbyggnaden. Det går inte att bortse från att det finns arbetsgivare som inte är beredda att stå för de kostnader som en anslutning till företagshälsovård medför eller av annan orsak ställer sig tveksamma. Det kan därför även inom denna sektor finnas behov av ytterligare stöd för den fortsatta utbyggnaden utöver det som avtalen ger.

Inom ramen för ett modernt arbetarskydd måste det anses vara en grundläggande rättighet för varje anställd att omfattas av företagshälsovård. Det kan då inte vara tillfredsställande att den anställde under vissa omständigheter skall vara hänvisad till arbetsgivarens gottfinnande för att få tillgång till sådan. Därför bör i likhet med en del andra grundläggande rättigheter på arbetsmiljöområdet rätten till företagshälsovård vara lagfäst.

Mot den bakgrund som redovisats anser utredningen att arbetsgivarens skyldighet att anordna eller på annat sätt tillhandahålla företagshälsovård för sina anställda bör regleras i författning. Därmed skapas också bättre instrument att planera och bygga ut företagshälsovården under beaktande av de olika krav på kvalitet och inriktning, som kan och bör uppställas. Samtidigt skapas tillförlitligare underlag för den nyetablering som krävs för att heltäckning skall nås. Utredningen har här pekat på nödvändigheten av att sjukvårdshuvudmännen medverkar med sikte särskilt på småföretagen.

Utredningen vill, mot bakgrund av de diskussioner som sedan länge förts i denna fråga, framhålla att en författningsreglering kan ske utan att avsteg görs från den hävdvunna ordningen att företagshälsovård är något som det ligger på arbetsmarknadens parter att ansvara för och råda över. Samtidigt kan konstateras att ett lagfästande av företagshälsovården på detta sätt väl ansluter till traditioner på arbetarskyddsområdet, innebärande att företeelser som utvecklats i parternas hägn så småningom fastställs i lag för att ge fullare och effektivare genomslag åt strävanden varom enighet mellan parterna principiellt råder. I det aktuella fallet skulle lagstiftningen syfta till att hela arbetsmarknaden, inte bara de delar som arbetsmiljöavtalen gäller, skulle omfattas av företagshälsovård.

Arbetsmiljölagen innehåller för närvarande – i 6 kap 9 § – en bestämmelse om att frågor om företagshälsovård skall behandlas i skyddskommittéerna. Företagshälsovårdsutredningen föreslår nu, att arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård skrivs in i arbetsmiljölagen. Bestämmelsen föreslås bli så utformad att man på de avtalsområden där arbetsgivare och arbetstagare slutit arbetsmiljöavtal som avser företagshälsovård får möjlighet att, liksom hittills varit fallet, komma överens om hur företagshälsovården skall anordnas. Det kan gälla fråga om organisation, inriktning och omfattning och liknande som traditionellt reglerats genom avtal på arbetsmarknaden. Det bör också ges en viss övergångstid innan den lagfästa skyldigheten träder i tillämpning. Utredningen föreslår att tidpunkten för ikraftträdandet sätts till den 1 januari 1988. Detta ger goda möjligheter för

parterna på arbetsmarknaden och andra att helt på frivillig väg lösa hithörande frågor. I den mån man inte lyckats med detta före 1988 kommer lagregleringen att träda in för att komma till rätta med vad som återstår. Tiden fram till dess behövs också för att planera och organisera resurserna för en service som tar sikte på heltäckande företagshälsovård.

Tillsynen över att bestämmelserna efterlevs kommer liksom när det gäller arbetsmiljölagstiftningen i övrigt att utövas av yrkesinspektionen under överinseende av arbetarskyddsstyrelsen. I den mån en arbetsgivare inte frivilligt följer lagens krav och ansluter sig till företagshälsovård har yrkesinspektionen på samma sätt som i övrigt gäller vid brott mot lagen möjlighet att utfärda föreläggande mot denne. Ett sådant föreläggande kan förenas med vite. Däremot bör underlåtenhet att följa bestämmelsen inte kunna leda till förbud att fortsätta verksamheten såsom fallet är vid vissa farosituationer. Ej heller skall någon straffsanktion mot arbetsgivaren kunna förekomma förrän denne underlåter att följa ett föreläggande från yrkesinspektionen i det individuella fallet.

Verksamheten i såväl arbetarskyddsstyrelsen som yrkesinspektionen leds av partssammansatta organ. För styrelsens del kommer därtill den till styrelsen knutna företagshälsovårdsdelegationen. Det bör vara en naturlig uppgift för yrkesinspektionen att verka för att företagshälsovård kommer till stånd på frivillig väg. Genom den överblick som inspektionen förfogar över och de kontakter den har i sin dagliga verksamhet bör den med framgång kunna stötta parterna i deras strävanden att utveckla företagshälsovården. Principiella frågor och samverkansfrågor kan med fördel avhandlas inom den partssammansatta yrkesinspektionsnämnden. Frågan om tvångsingripande i form av föreläggande för enskild arbetsgivare att ansluta sig till företagshälsovård kommer också att behandlas av nämnden. Därvid finns möjligheter att anpassa kraven efter de föreliggande möjligheterna att bereda företagshälsovård med hänsyn till etablerade resurser. Man kan också bedöma önskvärdheten av prioritering av utbyggnaden med hänsyn till föreliggande behov. Där det föreligger avtal mellan parterna regleras företagshälsovårdens innehåll, utbyggnadstakt m m genom innehållet i avtalen. I den mån det inte finns avtalsreglering bör det ankomma på arbetarskyddsstyrelsen att utfärda närmare föreskrifter.

Mot bakgrunden av vad som sagts föreslår utredningen att i 3 kap 2 § arbetsmiljölagen införs en bestämmelse som ålägger arbetsgivaren att tillse att den verksamhet han bedriver omfattas av företagshälsovård. För att markera parternas rådighet över företagshälsovårdens innehåll, organisation m m krävs ett särskilt stadgande. Detta föreslås få innehållet att arbetsgivare och arbetstagare i kollektivavtal som har slutits eller godkänts av central arbetstagarorganisation skall kunna träffa överenskommelse om hur företagshälsovård skall anordnas. Därtill fogas en bestämmelse att det skall ankomma på arbetarskyddsstyrelsen att utfärda föreskrifter att gälla i den mån avtalsreglering saknas. Självklart skall sådana föreskrifter syfta till att nå största möjliga likhet med förhållandena på det avtalsreglerade området. En enkel lösning kan vara att föreskriva att arbetsgivare skall ansluta sig till företagshälsovård som bedrivs av parterna eller av sjukvårdshuvudman.

Utredningen är medveten om att det av olika skäl kan föreligga svårigheter i vissa fall för arbetsgivarna att få tillgång till företagshälsovård. Det kan

exempelvis finnas svårigheter lokalt med hänsyn till hur långt utbyggnaden hunnit. Detta gäller särskilt i ett inledningsskede. Brist på personal kan också tänkas innebära problem lokalt när det gäller att ge en fullgod service åt alla. Geografiska särförhållanden eller speciella omständigheter i övrigt, bl a verksamhetens natur, eller flera sådana skäl i förening kan motivera avsteg från huvudprincipen. Mot denna bakgrund föreslår utredningen, att arbetarskyddsstyrelsen i den mån så påkallas av organisatoriska eller andra skäl skall kunna föreskriva om undantag när det gäller arbetsgivares skyldighet att anordna företagshälsovård. Därvid bör styrelsen kunna föreskriva särskilda villkor, exempelvis omsorger om de anställda eller miljön i andra former.

Som utredningen närmare utvecklar i avsnitt 6.6.9.6 blir det en viktig uppgift för företagshälsovårdsdelegationen att fortlöpande följa utbyggnaden av företagshälsovården och fungera som rådgivande organ till arbetarskyddsstyrelsen och därmed också yrkesinspektionen.

Utredningen föreslår sålunda lag om ändring i arbetsmiljölagen enligt följande.

Förslag till Lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160)

Härigenom föreskrivs att 3 kap 2 § arbetsmiljölagen (1977:1160) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Arbetsgivare skall vidtaga alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagare utsättes för ohälsa eller olycksfall. Han skall ägna uppmärksamhet åt att arbetet planlägges och anordnas så, att en tillfredsställande arbetsmiljö skapas. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

Föreslagen lydelse

Arbetsgivare skall vidtaga alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagare utsättes för ohälsa eller olycksfall. Han skall ägna uppmärksamhet åt att arbetet planlägges och anordnas så, att en tillfredsställande arbetsmiljö skapas. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

Arbetsgivare är skyldig att anordna företagshälsovård som behövs för att förebygga att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Arbetarskyddsstyrelsen kan i den mån det påkallas av organisatoriska eller andra särskilda skäl föreskriva om undantag från vad nu sagts. Styrelsen kan därvid föreskriva villkor.

Arbetsgivare och arbetstagare kan i kollektivavtal som har slutits eller godkänts av en central arbetsta-

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	garorganisation träffa överenskommelse om hur företagshälsovård skall anordnas. Arbetarskyddsstyrelsen meddelar föreskrifter om företagshälsovård i den mån verksamheten inte regleras genom sådant kollektivavtal.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1988.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av ledamöterna *Breidensjö* och *Hessleborn* med instämmande av experterna *Carlsson, Kvarnström* och *Ydreborg*

Företagshälsovården har byggts ut på frivillig väg genom samarbete mellan arbetsmarknadens parter. Detta har lett till att majoriteten av de anställda idag omfattas av företagshälsovård.

Utredningen har diskuterat lagstiftning som ett medel att styra den fortsatta utbyggnaden till heltäckning men stannat för en fortsatt utbyggnad genom avtal. Vi delar denna uppfattning men vill med anledning av utredningens skrivningar ytterligare utveckla skälen för detta ställningstagande.

Det är mycket angeläget att företagshälsovården uppfattas som en positiv resurs för arbetsmiljöarbetet och att parterna kan ha förtroende för dess verksamhet. Inflytande över verksamheten är också en central fråga. Det finns enligt vår mening risk för att båda dessa förutsättningar för verksamheten rubbas om lagstiftningsmodellen väljs. Personalen i företagshälsovården kommer troligen att få svårt att göra meningsfulla insatser i företag där varken anställda eller arbetsgivare är organiserade. Företagshälsovården kommer där troligen att uppfattas som en kontrollinstans. För att utveckla en behovsanpassad företagshälsovård i småföretagen krävs i stället riktade informationsinsatser om företagshälsovårdens roll och möjligheter som stöd för ett lokalt samarbete om arbetsmiljöfrågorna.

Det är också svårt att förutskicka hur parternas inflytande över företagshälsovården skulle komma att utvecklas om en lag om företagshälsovård infördes. Enligt vår mening kan utredningens skrivningar om att parterna ska avgöra företagshälsovårdens innehåll och inriktning inte förenas med en lag och föreskrift om företagshälsovård eftersom det föreligger risk att en sådan föreskrift kommer att bli normerande. Det finns också delvis olika inriktning av företagshälsovården mellan avtalsområdena. Med hänsyn till utredningens skrivningar om den psykosociala funktionen finns det också anledning fråga sig vad denna skulle kunna få för stöd i en eventuell lag och föreskrift.

De resursmässiga konsekvenserna av en eventuell lagstiftning är inte heller klarlagda. En omprioritering av resurserna inom tillsynsmyndigheten skulle krävas för att administrera och kontrollera att lagen efterlevs. Utredningen

har inte behandlat frågan om vilka konsekvenser en sådan omprioritering skulle få för tillsynsverksamheten.

Avtal om arbetsmiljö och företagshälsovård finns mellan arbetsmarknadens parter inom de olika sektorerna. Hindren för utbyggnad har främst varit bristen på viss personal samt svårigheten att organisera mycket små företag. Vad gäller personalbristen ska det enligt utredningens beräkningar och förslag inte råda någon sådan fortsättningsvis. Vad gäller småföretagen planerar parterna på den privata sektorn särskilda åtgärder främst på regionalt plan för att förverkliga en heltäckande utbyggnad.

Mot bakgrund av ovanstående anser vi att det ej är rimligt att nu fatta beslut om lagstiftning som ska träda i kraft i slutet av 80-talet oavsett hur utvecklingen blir under de kommande åren. Parterna har i utredningen bedömt att företagshälsovården genom de lagda förslagen och parternas särskilda insatser ska kunna vara fullt utbyggd inom en tioårsperiod. Om utvecklingen likväl inte skulle gå i den riktningen anser vi att lagstiftningsfrågan på nytt måste aktualiseras.

Särskilt yttrande av ledamöterna *Breidensjö* och *Hessleborn*

I direktiven till utredningen sägs följande om den psykosociala funktionen i företagshälsovården:

"När det gäller företagshälsovårdens innehåll i övrigt vill jag framhålla även de psykiska och sociala aspekterna. Detta synsätt har kommit till uttryck inte minst i de förslag som arbetsmiljöutredningen nyligen avlämnat. En fortsatt utveckling i riktning mot att en psykosocial funktion blir en särskild del av företagshälsovården kan därför aktualiseras. De sakkunniga bör belysa denna fråga närmare."

Detta skrevs 1976. Utvecklingen har därefter inneburit att de psykiska och sociala konsekvenserna av arbetsmiljön fått allt större uppmärksamhet i det lokala arbetsmiljöarbetet inte minst i samband med de snabba tekniska förändringar som äger rum i arbetslivet. Forskningen har också i allt högre grad kunnat belägga orsakssamband mellan arbetsmiljö och arbetsupplevelser, sjukfrånvaro och medicinska symptom.

Utredningens arbete med den psykosociala funktionen har i väsentlig grad påverkats genom att ordföranden genom särskilt beslut knutit en expert på dessa frågor till utredningsarbetet. Via denne har utredningen försetts med ett omfattande material. Detta har så småningom sammanfattats i en bilaga till vilken utredningen inte kunnat ta ställning.

I betänkandet har gjorts en arbetsfältsbeskrivning av området vilken visar på de omfattande arbetsuppgifter som företagshälsovården har att gripa sig an. Efter att ha motiverat arbetsuppgifternas innehåll och betydelse samt behovet av dem framstår utredningens slutsats, att medicinsk och teknisk personal med en kortare efterutbildning skall klara uppgifterna, i en underlig dager. Det måste också betecknas som inkonsekvent att på detta sätt ta ställning i personalfrågan för just den psykosociala funktionen när man i utredningen i övrigt hävdat att parterna skall avgöra innehållet i företagshälsovården med hänsyn till behoven och förutsättningarna inom de till

respektive central anslutna arbetsplatserna.

I kapitel 7 slår utredningen fast följande beträffande personal med beteendevetenskaplig kompetens:

"De psykologiska och sociala frågornas tyngd och karaktär kan variera från arbetsplats till arbetsplats och därmed även behovet av kompetens för dessa uppgifter. Enligt utredningens uppfattning bör man så långt det är möjligt integrera de nya uppgifterna i den medicinska och tekniska personalens arbetsuppgifter."

Det är inte enbart de psykologiska och sociala frågornas tyngd som varierar från arbetsplats till arbetsplats. Det gäller alla arbetsmiljöfrågor. Ett motsvarande resonemang förs dock inte om andra delar av företagshälsovårdsarbetet.

De olikheter som finns beträffande utbyggnaden av den psykosociala funktionen inom företagshälsovården är inte i huvudsak att hänföra till de variationer i behoven som kan finnas utan snarare till att parterna inom olika avtalsområden utvecklat olika syn på hur frågorna ska behandlas inom företagshälsovården. Så har man t ex inom Statshälsan en policy som innebär att man bygger ut den psykosociala funktionen med beteendevetenskapligt utbildad personal. Det finns ingen orsak för utredningen att ta ställning mot en sådan utveckling.

Med anledning av den breda arbetsfältsbeskrivningen och kopplingen av arbetsuppgifterna inom det psykosociala området till den medicinska och tekniska funktionen kan man få den uppfattningen, att det på många företagshälsovårdsenheter skulle finnas ledig kapacitet inom olika personalgrupper, vilka väntar på att få ta sig an dessa arbetsuppgifter. Det torde inte vara fallet.

Den psykosociala funktionen har genomgått en avsevärd utveckling under den tid utredningen arbetat. Kunskapsnivån har stigit och ändamålsenliga arbetsformer är under utveckling. Av utredningens ställningstaganden till utvecklingen av den psykosociala funktionen framgår att man lägger sig på en lägre nivå än vad som redan accepterats på många håll inom företagshälsovården. Vi beklagar detta.

Vi vill kraftigt understryka att utredningens förslag inte ger företagshälsovården realistiska möjligheter att arbeta förebyggande och systematiskt med de psykiska och sociala konsekvenserna av arbetsmiljön.

Särskilt yttrande av ledamöterna *Hessleborn* och *Rydén*

I kapitel 8 "Utbildning för företagshälsovårdens personal" har utredningen beträffande den framtida utbildningen för skyddsingenjörer föreslagit att denna skall kunna ske på två sätt.

Dels genom en ettårig (40 poäng) vidareutbildning efter tidigare teknisk grundutbildning inom högskolan (civilingenjörsutbildning) alternativt efter viss annan teknisk utbildning som kompletterad med yrkesverksamhet kan bedömas ge erforderlig teknisk grundkompetens.

Dels i form av specialinriktning inom teknisk linje (civilingenjörsutbild-

ning) omfattande 40 poäng av linjens totalt 160 poäng.

I det första fallet förutses tillträdeskraven vara civilingenjörsexamen (motsvarande) och minst ett års yrkeserfarenhet. Dessutom bör sökande med fyraårig teknisk gymnasieutbildning och minst fyra års relevant yrkesverksamhet kunna antas.

Enligt vårt förmenande är det av utredningen föreslagna första sättet helt tillfyllest för att säkerställa företagshälsovårdens efterfrågan på erforderlig teknisk kompetens hos skyddsingenjörskåren. Samtidigt är även rekryteringsmöjligheterna till utbildningen sådana att en önskvärd bredd kan anses föreligga.

Det andra sättet, som utredningen nu föreslår att UHÄ prövar förutsättningarna för att bygga upp inom högskolan, innebär en specialinriktning av civilingenjörsutbildningen. Om en sådan utbildning skulle tillskapas skulle den tekniska kompetensen (endast tre år av civilingenjörsutbildningens fyra år genomgångna) försvagas och därmed kompetensen som skyddsingenjör totalt bli sämre.

Under utredningens arbete har klart kunnat fastläggas, att skyddsingenjörens arbete förutsätter ett gediget tekniskt kunnande. Skyddsingenjören måste överblicka ett brett tekniskt område och kunna knyta samman det med kunskaper om produktionens effekter på arbetsmiljö och människa. Av avgörande betydelse är att skyddsingenjören kan föra in kunskaper om arbetsmiljön i företagens planerings- och beslutsprocess.

Skyddsingenjörens gedigna tekniska kunnande måste till viss del vara inhämtat genom arbete med produktionsteknik och konstruktion. Denna viktiga del kommer enligt vårt förmenande inte till uttryck i utredningens "andra sätt" att bygga upp skyddsingenjörsutbildningen.

Utredningen har i annat sammanhang lagt fast, att medarbetarna i företagshälsovårdsteamet skall ha en högskolemässig grundutbildning samt en vidareutbildning som i framtiden kommer att vara relaterad till högskolan och grundutbildningen. För vår del kan vi inte inse att några bärande skäl framförts vare sig för utbildningsalternativet eller för en utredning om detsamma.

Vi kan alltså inte ställa oss bakom utredningens förslag "att UHÄ prövar förutsättningarna för att inom högskolan bygga upp skyddsingenjörsutbildning som en specialinriktning av civilingenjörsutbildningen".

Särskilt yttrande av ledamoten *Lindström* med instämmande av experterna *Gerhardsson* och *Yllner*

Till förtydligande av mitt ställningstagande såvitt gäller frågan om sättet för den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården vill jag framhålla följande.

Enighet råder om målet heltäckande företagshälsovård. Frågan är på vilket sätt man skall söka nå detta mål. Man kan här välja mellan två vägar, lagstiftning eller utbyggnad på frivillig väg ("frivilliglinjen"). Betänkandet är uppenbarligen skrivet med tanke på att frågan skulle lösas genom lagstiftning. De negativa sidorna i dagens arbetsmiljö och i den nuvarande företagshälsovården samt fördelarna med en lagstiftning är utförligt behand-

lade, medan nackdelarna med en lagstiftning liksom frivilliglinjens fördelar förbigås. Strävanden från olika ledamöters och experters sida att få en mera balanserad framställning i stort har ej varit framgångsrika. Vid utredningens sista sammanträde (bortsett från ett justeringssammanträde) framlade majoriteten den text som nu utgör avsnitt 6.6.8. Majoritetens ställningstagande i lagstiftningsfrågan kan mot bakgrund av betänkandets utformning i övrigt te sig överraskande och svårförståeligt. Det har emellertid givetvis ej varit möjligt för enskilda ledamöter att skriva ett "parallellbetänkande". Det är ej heller med hänsyn till den tid som stått till förfogande möjligt att nu ta upp de olika avsnitt där det skulle varit angeläget med en mera balanserad skrivning såsom bakgrund till ställningstagandet i lagstiftningsfrågan. Jag nödgas därför inskränka mig till några allmänna synpunkter.

Företagshälsovården har i Sverige, såsom också framhålles i avsnitt 6.6.8, alltid varit ett område som parterna förfogat över. Såväl den ursprungliga uppbyggnaden i modern form som den vidare utbyggnaden har skett på deras initiativ utan statlig inblandning. Inom både den privata och den offentliga sektorn har parterna här nedlagt ett mycket betydande och engagerat arbete. Någon avmattning i utbyggnadstakten inom det område Svenska Arbetsgivareföreningen företräder har ej märkts. De kvarstående problemen gäller enligt betänkandet vissa delar av den privata sektorn. Vad som här fordras för att få företagshälsovård vid återstående – delvis svårövertalade – företag är enligt min mening ett ökat engagemang från parternas sida på central, regional och lokal nivå. Detta har också ställts i utsikt från de berörda parterna och här kan bl a hänvisas till de nu slutförda överläggningarna mellan SAF, LO och PTK. Det behövs emellertid också en flexibilitet i handlandet och en öppenhet att pröva olika lösningar under stimulerande och utnyttjande av det regionala och lokala intresset å ömse sidor. Utredningen utgår huvudsakligen från nuvarande arbetsmiljöförhållanden och är knappast framåtblickande. Man har emellertid anledning förmoda att de närmaste årtiondena kommer att medföra stora förändringar i arbetsmiljön. Detta gör behovet av flexibilitet och anpassningsförmåga särskilt stort. Det gäller bland annat att bibehålla företagshälsovårdens höga kvalitet.

De nu nämnda kraven låter sig ej väl förena med en lösning, som innebär att företagshälsovård från att vara parternas sak skulle bli en genom arbetsmiljölagen statligt reglerad angelägenhet. Detta förhållande rubbas ej av att lagen i denna del skulle bli i viss mån dispositiv. En jämförelse med lagstiftningen rörande det traditionella arbetarskyddet är ej bärande om man ser det i ett historiskt perspektiv. Risken är påtaglig att parternas intresse och engagemang skulle avta och att man skulle överlåta ansvaret på myndigheterna. Ingripanden från myndigheterna (Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen) kan ej uteslutas när det gäller planering av utbyggnaden, inplacering av företag i centraler och på sikt kanske även personaluppsättning och innehåll. Betänkandets mycket detaljrika och delvis diskutabla utläggningar i dessa frågor inger här farhågor.

Genom en fortsatt frivillighet kan en betydande vidareutbyggnad av företagshälsovården till att omfatta ytterligare ett avsevärt antal arbetstagare ske. Särskilt gäller detta naturligtvis genom anslutning till centraler av företag som är medlemmar i någon större arbetsgivarorganisation. (Att fortsatt utbyggnad sker inom den offentliga sektorn har ej ifrågasatts.) Det

skall ej fördöljas att svårlösta problem kvarstår, särskilt när det gäller företag, där varken arbetsgivare eller arbetstagare är organiserade. I viss mån gäller det också företag som ej är med i en arbetsgivarorganisation men som har hängavtal. I det senare fallet har dock den fackliga sidan möjligheter att påverka utvecklingen.

Frågan är emellertid om ett förverkligande av målet heltäckande företagshälsovård skulle gå så mycket snabbare och bättre genom lagstiftning och om ett eventuellt något bättre resultat för de senast nämnda kategorierna skulle uppväga nackdelarna med en lagstiftning.

Risken för att en lagstiftning skulle ha ett dämpande inflytande på parternas aktivitet och skapa en stelhet i systemet har redan berörts. Det måste också vara en dålig start om företagshälsovård ordnas mot arbetsgivarnas vilja. Härtill kommer att det framstår som oklart hur en lagstiftning skulle genomföras. På resurssidan krävs att någon är i sista hand ansvarig för att resurser i form av centraler eller i annan form ställs till förfogande för de företag som ej kan ordna företagshälsovård på annat sätt. Närmast till hands såsom ansvariga ligger landstingen. Dessa har uttryckt sin positiva inställning till aktiv medverkan men förklarat sig icke vara beredda att åtaga sig en laglig förpliktelse att i sista hand svara för att resurser ställs till förfogande. Här kommer naturligtvis bl a ekonomiska faktorer in i bilden. En väsentlig förutsättning för att lösa utbyggnadsfrågan genom lagstiftning saknas sålunda. Dessutom är det ovisst om resurser i övrigt för en heltäckande företagshälsovård kommer att finnas om tio år.

Det är vidare oklart vad för någon företagshälsovård företagen skulle vara skyldiga att bereda de anställda. En definition på den företagshälsovård man skulle framtvinga genom lagstiftning saknas med andra ord. Förpliktelsen blir därigenom mycket vag. Efter en precisering, förmodligen från Arbetarskyddsstyrelsen, kvarstår frågan vilken statlig myndighet som har kompetens att utöva kontrollen över att kraven är uppfyllda i det enskilda fallet och hur detta rent praktiskt skall ske. Ej heller framgår hur en lagstadgad skyldighet att ordna företagshälsovård skulle sättas i verket. Skulle det ske efter beslut av Arbetarskyddsstyrelsen eller en Yrkesinspektion, skulle det ske branschvis, regionvis, företagsvis (t ex först de med minst 50 arbetstagare) eller helt slumpvis allt eftersom det skulle finnas praktiska möjligheter att ordna företagshälsovård?

En i betänkandet ej berörd väg som skulle lösa en stor del av arbetsmiljöproblemen vid små företag skulle vara en ökad aktivitet från Yrkesinspektionens sida i form av inspektion och rådgivning vid tätare besök. Genom insatser som sannolikt ej skulle vara mycket större än de som skulle åtgå för att administrera företagshälsovården enligt lag, skulle man kunna nå avsevärda resultat främst på den tekniska sidan där problemen ofta är svårast. Även om vissa ytterligare personalförstärkningar skulle erfordras torde här vara en väg som är väl värd att pröva. Det är för övrigt endast vad som ingår i Yrkesinspektionens uppgifter.

Sammanfattningsvis synes så betydande nackdelar utan motsvarande fördelar vara förbundna med en lagstiftning att denna väg ej bör följas.

Särskilt yttrande av ledamöterna *Ronne-Björkqvist* och *Bengtsson*

Utbildning på högskolenivå

Utredningens majoritet anser att den utbildning på högskolenivå, som idag bedrivs inom Arbetarskyddsstyrelsen, på sikt bör överföras till den reguljära högskolan. Trots stora ansträngningar från flera ledamöters och experters sida har dessa synpunkter ej beaktats vid utformningen av textavsnitten förrän i utredningens slutskede och under stor tidsnöd. En tillfredsställande detaljgranskning av betänkandets text med anledning av majoritetens ståndpunkt har därför inte varit möjlig.

Avsnittet 8.2.1 "Nuläget" ger exempel på den bristande balans i skrivningen som genom det ovan anförda kan ha blivit följden. Arbetarskyddsstyrelsens resurser blir där föremål för en omfattande redogörelse, medan det hänvisas till högskolans forskning och utbildning inom arbetsmiljöområdet på några få rader. I avsnitten 8.1.1.2.3 (företagssköterskeutbildning) och 8.1.1.5 (skyddsingenjörsutbildning) anges att det är angeläget att Arbetarskyddsstyrelsen i fortsättningen får behålla aktuell utbildningskapacitet. Eftersom konsekvensändringar i texten med anledning av majoritetens syn på utbildning på högskolenivå ej fullföljts vill vi förtydliga vår ståndpunkt.

Utbildning på högskolenivå, som idag bedrivs inom Arbetarskyddsstyrelsen, bör överföras till den reguljära högskolan så snabbt detta är möjligt. I samma takt bör Arbetarskyddsstyrelsens motsvarande utbildning trappas ned. För att utbildningen skall bli så lättillgänglig som möjligt är det väsentligt att den sprids geografiskt. Detaljplanering av lämplig förläggning bör överlåtas åt UHÄ, som torde vara bäst insatt i var de lämpligaste forskar-, utbildnings- och lokalresurserna finns.

Risker med lagreglerad företagshälsovård

När människor kan påverka sin egen tillvaro utvecklas de bästa egenskaperna - fantasi, arbetslust, medmänsklighet. Företagshälsovården, liksom många andra områden i vårt samhälle, måste därför skyddas från all onödig frihetsbegränsande reglering. En påtvingad, lagreglerad företagshälsovård bäddar för en förlamande byråkrati och innebär ett uppenbart hot mot de anställdas möjlighet till inflytande på utformningen av företagshälsovården inom den egna enheten.

Om företagshälsovård skall dikteras genom tvång måste ett minimikrav anges. Risken är stor att denna miniminivå blir normgivande inte bara för arbetsgivarnas satsning på företagshälsovård utan också för de samhällsresurser, som ställs till förfogande. En lagreglering kan sålunda innebära att utveckling och nyskapande hämmas.

Avsnitten om arbetsmiljön i småföretag 6.4.1 och bilaga 3 kan förefalla något tendentiöst skrivna – möjligen för att motivera en lagstiftning. De torde, vid en snabb genomläsning, ge en orimligt negativ bild av miljön i småföretag, medan väl dokumenterade positiva faktorer kommit i skymundan. Småföretagen präglas ofta av närhet till beslutsprocessen, omväxlande

arbetsuppgifter, omvårdnad och gemenskap och detta avspeglar sig i den genomsnittligt lägre sjukfrånvaron, lägre arbetsskadefrekvensen, lägre personalomsättningen och den större trivseln. Den positiva, nyskapande livssyn, som präglar den s k "småföretagarandan" är en oumbärlig tillgång för vårt samhälle. Förutsättningar och restriktioner måste därför utformas så att det blir en positiv upplevelse att skapa en väl fungerande företagshälsovård.

I utredningen har en ingående inventering gjorts av faktorer, som kan tänkas hämma en utbyggnad till heltäckande företagshälsovård. En analys av vilka förutsättningar, som bidragit till lyckade frivilliga satsningar på företagshälsovård i många småföretag i t ex Värmland, Småland och Västerbotten hade varit värdefull.

Av stor vikt är en större öppenhet för att pröva alternativa lösningar. Detta gäller både tillskapandet av resurser genom fria marknadskrafter och en omfattande satsning på differentierad företagshälsovård anpassad efter reella behov. Det måste med skärpa klargöras att företagshälsovård för alla inte betyder *lika* företagshälsovård för alla utan en produkt skräddarsydd för det enskilda företagets behov. Det kan bli en positiv och inspirerande uppgift för bland annat yrkesinspektionsnämnderna i stället för nya, betungande övervakningsuppgifter som en lagreglering skulle medföra.

Särskilt yttrande av ledamoten *Rydén*

Sverige måste först och främst sträva efter att avveckla underskotten i bytesbalansen, den statliga budgeten och inom den offentliga sektorn. Detta måste vara den centrala och avgörande uppgiften under 1980-talet. Det går inte i längden att basera vår välfärd på resurser som andra länder har skapat eller kommande generationer förväntas skapa.

För närvarande finns därför inga ekonomiska förutsättningar att genom lagstiftning om företagshälsovård lägga ytterligare bördor på den offentliga sektorn.

Den del av arbetsmarknaden som saknar företagshälsovård är den som är ur organisatorisk synpunkt svårast att förse med företagshälsovård. Samtidigt är det troligt att arbetsmiljön fortsätter att förbättras. Företagshälsovården måste därför utvecklas i takt med tillgången på resurser och de ändrade förutsättningarna i samhället.

Den flexibilitet och anpassning av företagshälsovården, som behövs för att målsättningen om heltäckande företagshälsovård om 10 år skall kunna uppfyllas, kan bäst åstadkommas genom en frivillig utbyggnad under medverkan av arbetsmarknadens parter, Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen.

Särskilt yttrande av experten *Bolinder*

Utredningen betonar starkt den förebyggande delen av företagshälsovårdens medicinska verksamhet, vilket i sin tur medför att de delar av denna verksamhet som gäller sjukvård gentemot arbetsrelaterade frågeställningar,

företagsanpassad rehabiliteringsverksamhet o s v tenderar att komma i bakgrunden.

För mig är det angeläget att understryka även dessa viktiga delar av verksamheten.

I kapitel 7 diskuterar utredningen frågor som hänger samman med önskemål att mer generellt beskriva vidgade uppgifter som i första hand företagssköterskan bör kunna få, inte som person utan i sin befattning, beroende på de speciella förutsättningar arbetet i företagshälsovården ger.

Man säger där "att en viktig utgångspunkt för överväganden om arbetsfördelning inom företagshälsovårdens medicinska område är att åtgärderna i stor utsträckning ska inriktas på arbetsmiljön och inte på medicinsk behandling som t ex i allmänmedicinen."

Jag kan alltså inte dela den uppfattning som här antytts, att det medicinska ansvaret skulle vara mindre påtagligt inom företagshälsovården än inom annan hälso- och sjukvård.

Jag delar i princip utredningens synpunkter att företagssköterskor ska arbeta med självständiga arbetsuppgifter inom företagshälsovårdens program, men jag vill understryka kravet på att företagsläkaren måste axla huvudansvaret för verksamheten.

Utredningen tar i kapitel 6 upp synpunkter på företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling.

Man har tidigare konstaterat att huvuddelen av den del av arbetslivet som idag saknar företagshälsovård består av små företag, varav en avsevärd del tillhör branscher av icke industriell karaktär.

I kapitel 6 konstateras att behoven när det gäller företagshälsovård varierar avsevärt bland dessa små företag och att man måste möta dessa behov med företagshälsovårdsprogram av varierande slag och av annan typ än den mer enhetliga programtyp som vi har idag och som har utvecklat sig inom den industriella sektorn av arbetslivet.

Utredningen framhåller nödvändigheten av att få fram sådan behovsanpassad företagshälsovård och man talar om differentierade former av företagshälsovård.

Det finns anledning att understryka behovet av att pröva sådana differentierade former av företagshälsovård. Det gäller här såväl program som organisatoriska modeller.

Först när vi på detta sätt kan erbjuda program som vi vet kan motsvara behov som företag av olika storlek och typ kan ha anledning att ställa, kan vi påräkna att dessa företag av egen vilja och kraft söker sig till företagshälsovård.

Det är viktigt att denna process får utvecklas inom ramen för ett aktivt engagemang i samverkan mellan parterna på arbetsmarknaden. Företagshälsovårdens meningsfullhet bygger på att den har en positiv mottagarapparat i ett företag där de lokala parterna känner behov av dess tjänster.

En företagshälsovård som upplevs som påtvingad är ej särskilt meningsfull.

Eftersom det alltså behövs tid för utprövning av lämpliga modeller för s k differentierad företagshälsovård är det lämpligt att denna utveckling sker i samverkan mellan parterna inom ramen för arbetsmiljöavtal.

Det är dock en förutsättning att man för att nå dessa syften sätter in avsevärda resurser såväl centralt som regionalt mellan parterna för att nå heltäckningsmålet.

Det förefaller rimligt att en sådan ambition i samverkan mellan parterna ska ge avkastning på vägen mot heltäckning av företagshälsovård inom en begränsad tidsperiod. Denna period får dock inte vara för knappt tilltagen.

Jag ansluter mig till den reservation som framlagts av ledamöterna Danielson, Kjellstrand, Wilander och Östrand och som förordar en lagstiftning som träder i kraft 1988. Med hänsyn till ovanstående synpunkter på tillräckligt tidsutrymme för frivillig utbyggnad vill jag dock sätta ifråga om inte ett lämpligare årtal för en sådan lagstiftnings ikraftträdande borde vara 1990.

Särskilt yttrande av experten *Claeson*

Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter

I sin beskrivning av företagshälsovårdens arbetsområden har utredningen behandlat de psykologiska och sociala (psykosociala) områdena. Utredningen har därvid framhållit betydelsen av att företagshälsovården engagerar sig också i dessa arbetsområden, vilket i en del fall kommer att innebära en breddning av företagshälsovårdens arbetsfält. I denna bedömning vill jag instämma helt.

I frågor som gäller personal och utbildning för arbetet med de psykosociala områdena har utredningen emellertid intagit ståndpunkter som jag inte kan dela.

Utredningen har i dessa frågor enligt min mening i alltför hög grad utgått från förhållandena inom de delar av företagshälsovården, där det psykosociala området hittills rönt ringa uppmärksamhet.

När det gäller frågor om personal för uppgifterna har utredningen intagit den ståndpunkten, att uppgifterna "så långt det är möjligt" bör integreras i den medicinska och tekniska personalens arbetsuppgifter. Som "komplettering till medicinsk och teknisk personal med viss kompetens inom området kan det", enligt utredningen, "i somliga företagshälsovårdsenheter bli aktuellt med personal som har sin yrkesprofil inom det beteendevetenskapliga området". I sina reella förslag ger alltså utredningen de psykosociala frågorna en låg prioritet.

I avsnittet om utbildning för beteendevetare inom företagshälsovården har utredningen markerat liknande ståndpunkter.

Inom det statliga avtalsområdet, som jag som expert i utredningen företrätt, är de psykosociala frågornas tyngd sådan, att en särskild psykosocial funktion inrättats vid sidan av den medicinska och tekniska vid samtliga hälsocentraler. Vid ett flertal företagshälsovårdscentraler inom Statshälsan – som är en föregångare på detta område – är de psykosociala arbetsuppgifterna så omfattande, att den psykosociala funktionen behövt förstärkas personalmässigt. Genom ett internt utvecklingsarbete har uppgifterna vidare preciserats och en särskild utbildning, omfattande 7 veckor,

införts. Erfarenheterna visar att det psykosociala arbetet kan ges det praktiska innehåll som är en förutsättning för ett väl fungerande företagshälsovårdsarbete.

Mot bakgrund av utvecklingen inom det psykosociala området och erfarenheterna inom Statshälsan finns det enligt min mening anledning att anta – till skillnad mot vad utredningen gör – att särskilda psykosociala funktioner kommer att finnas på de flesta företagshälsovårdscentraler i framtiden. Detta kommer bl a att ställa krav på utveckling av kvalificerad utbildning för beteendevetare med en omfattning som motsvarar andra yrkesgruppers.

Hur de psykosociala arbetsuppgifterna skall omhändertas personalmässigt bör vara en fråga för de olika avtalsområdena att själva avgöra. Mot den bakgrunden är enligt min mening utredningens principiella ställningstagande att uppgifterna så långt det är möjligt bör integreras i den medicinska och tekniska personalens arbetsuppgifter inte acceptabel.

Särskilt yttrande av experten *Gerhardsson*

De invändningar som föranleder mitt särskilda yttrande avser företagshälsovårdens möjligheter att utgöra en ändamålsenlig resurs under samhällets fortsatta omstrukturering. Förändringshastigheten är i själva verket så stor att tiden i vissa stycken flyktat ifrån utredningen. Därför finner jag det önskvärt att besluten om den framtida företagshälsovården fäster större vikt vid de utvecklingsbetingade förändringarna än vad företagshälsovårdsutredningen gjort.

Eftersom utredningen hela tiden varit hårt inriktad på heltäckande, lagstadgad företagshälsovård domineras det presenterade materialet av exempel på arbetsuppgifter som på olika sätt kan normeras. Normeringstänkandet ger slagsida åt alla aspekter: organisation, arbetsuppgifter, utbildning. Därmed överbetonas arbetsuppgifter som är vikande samtidigt som nya och kommande skyms. I ett framtidsperspektiv öppnas uppgifter inom företagshälsovården som gäller insamling, bearbetning och tillämpning av ny kunskap, som idag inte kan normeras, i beslutsprocesser, projekteringsarbete, bedömningar av mångfacetterade hälsoproblem.

Utredningsdirektiven är delvis en efterklang av en tillväxtfilosofi som inte längre är realistisk. Följden har blivit att de miljöproblem som kan åtgärdas med hjälp av redan existerande regelsystem inte klart avgränsats från företagshälsovårdens specifika uppgifter som i vissa avseenden visserligen är ett komplement till dem, men i viktiga andra även har ett självständigt ansvar, nämligen att bevaka och tolka vad som inryms under begreppen vetenskap och beprövad erfarenhet inom området. I detta hänseende har företagshälsovården en unik och svårersättbar uppgift: i den ligger mycket av företagshälsovårdens egenart.

Den slutliga utredningsminoritetens huvudmotiv för lagstiftning är att ett betydande antal små, oorganiserade företag inte skulle ansluta sig frivilligt. Av utredningens material framgår att dessa småföretagare har ett ringa behov av företagshälsovård om de uppfyller nu gällande krav och rekommendationer från yrkesinspektionen. Enligt mitt förmenande vore det därför

mera rationellt att se över yrkesinspektionens möjligheter att nå dem än att lägga dem under obligatorisk företagshälsovård som sannolikt skulle möta större motstånd. Det övervägande flertalet småföretagare har själva arbetat som anställda, ofta under många år, och det kan därför inte utan vidare förutsättas att de skulle vara mera likgiltiga för hälsobevarande åtgärder än de som hittills anslutit sig till företagshälsovård. Motståndet – där det finns – torde därför i första hand bero på att de inte finner företagshälsovården tillräckligt ändamålsenlig utifrån deras behov. Även om utredningen anser att företagshälsovården skall anpassas till behoven i ett obligatorium torde tillkomsten av ett sådant för de små företag, som redan anser sig betungade av alltför många regler, inte kunna bli den verksamma kraft som skulle svara mot ansträngningar och kostnader för genomförandet.

På det medicinska området omstruktureras och tillkommer resurser som utgår från en helhetssyn på människan. I projektet hälso- och sjukvård inför 90-talet (SOU 1981:1 m fl) betonas att hälso- och sjukvården numera svarar för betydande delar av samhällsekonomin. Olika hälsoeffekter visar sig bero av många orsaksfaktorer, varav på sikt en minskande andel kan relateras till arbetet och ett ökande antal till förhållanden utanför. De resurser som finns och planeras inom miljömedicinen är därför en viktig utgångspunkt för bedömningen av företagshälsovårdens framtida uppgifter. Så har sjukvårdshuvudmännen 1981 övertagit länsläkarorganisationens ansvar för epidemiologi, omgivningshygien, smittskydd av vilket följer en nödvändig medicinsk kompetensuppbyggnad inom dessa områden.

Utan att närmare gå in på det omfattande HS 90-arbetet noterar jag att den arbetande människan i framtiden tillförsäkras medicinska, psykologiska och sociologiska resurser som den tidigare företagshälsovården inte kunde överföra till andra.

Företagshälsovårdens tekniska del har ett nyckelansvar i det framtida arbetet, dock inte på de premisser utredningen lagt huvudvikten vid. Preventiv teknik och preventiv medicin är i och för sig två jämbördiga aktiviteter. Den preventiva tekniken har emellertid det större ansvaret när det gäller framåtblick och framförhållning.

Många av de exempel på mer eller mindre standardiserade och normerade uppgifter som utredningen utförligt uppehållit sig vid är av avtagande betydelse för företagshälsovården och av ökande betydelse för företagens linjefunktioner. Mycket kommer att överföras till ordinarie driftkontroll.

Dit hör allehanda mätningar. Av tilltagande betydelse blir däremot de kvalitetsaspekter som utredningen endast antyder: på produktsidan från design och produktion till transport, förvaring och kvittblivning; på humansidan de många aspekter som inryms i begreppet livskvalitet.

Dynamiken i den tekniska företagshälsovårdens framtida arbetsuppgifter – som även har betydelse för rekrytering och utbildning – skulle ha framstått klarare om utredningen dragit konsekvenserna av ett antal andra utredningar som framkommit under företagshälsovårdsutredningens livstid. Från Industridepartementet, Arbetsmarknadsdepartementet, Energikommissionen m fl har stora utredningar presenterats som aktualiserar ett nytänkande inom arbetsmiljöområdet. Exempel är Energikommissionens rapporter (Ds I 1978:15 m fl) som talar om miljöeffekter, risker och riskbedömningar, Dataeffektutredningen (SOU 1981:10 och följande) som beskriver nya yrken

och arbetsuppgifter. Samhällsekonomiska synsätt, bl a välfärdsekonomiska samhällsanalyser, behandlas i andra, (t ex Ds A 1981:12).

En rad rapporter från Internationella Arbetsorganisationen, Världshälsoorganisationen, Trilaterala Kommissionen och andra lämnar bedömningar av utvecklingen under 1980- och 90-talen som fäster stor vikt vid den tekniska utformningen av framtida arbeten och arbetsplatser.

Sammanfattningsvis finner jag det, sett ur föränderlighetsperspektiv, mindre sannolikt att begreppet företagshälsovård i utredningens bredspåriga mening kommer att bestå på sikt. En legal formalisering inom alltför snäva ramar till den omfattning det här är fråga om skulle försvåra en smidig anpassning till de nya behoven; företagshälsovården skulle riskera att bli en alltför tungfotad stat i staten.

Om avgränsning och fördjupning blir vägledande för företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad kommer mycket av det som utredningen kallat heltäckande företagshälsovård att vara överfört till andra organ vid 1980-talets slut utan att alltför komplicerade revirproblem uppstår. Det betyder inte att anställda skulle stå utanför de resurser inom området de är betjänta av: dessa ställs till förfogande på annat sätt. Det räcker med att påminna om de anpassade och användarvänliga datainformationssystemens snabba utbyggnad.

Inom avtalsområdet borde parternas utvecklingsavtal och avtal om arbetsmiljö och företagshälsovård möjliggöra en anpassning till behoven under kontinuerlig omprövning av företaghälsovårdens – eller dess efterföljares – innehåll. Parterna har också möjligheter att formulera kompetenskrav för företagshälsovårdens befattningshavare och kriterier för företagshälsovårdens kvalitetskontroll. Ur rekryteringssynpunkt – och för en ändamålsenlig kompetensuppbyggnad – är det emellertid viktigt att det ekonomiska stöd till utbildningen Arbetarskyddsstyrelsen nu förfogar över även används för att möjliggöra en snabb överföring till högskolorna. De nuvarande kursplaner utredningen återger måste i väsentliga stycken förnyas. Högskolorna kan förmedla både baskunskaper och olika tillämpningar. Forskningen kommer att vitaliseras. Jag anser det viktigt för utvecklingen att de modulsystem högskolorna kan tillämpa för att anpassa utbildningen till olika behov snarast kommer företagshälsovården till godo. I UHÄ-rapporten 1982:10 ges ett exempel på en tänkbar arbetsmiljöutbildning som inte gäller skyddsingenjörer men som kännetecknas av en betydande flexibilitet. Det är viktigt att skyddsingenjörerna ges en kvalificerad högskoleutbildning men den teoretiska specialiseringen får inte bli så snäv och tidsbunden att den omöjliggör andra karriärmöjligheter.

Särskilt yttrande av experten *Kvarnström*

Ett så omfattande och delvis detaljrikt arbete som det föreliggande måste vara en produkt av kompromisser. På följande punkter vill undertecknad anföra synpunkter.

Vikten av att begränsa sjukvården inom företagshälsovården betonas starkt i betänkandet. Företagshälsovårdens särskilda kompetens att sköta arbetsrelaterad sjukvård borde ha ägnats större uppmärksamhet, då detta är

en stor och mycket viktig del av den medicinska företagshälsovårdens arbetsfält. Likaså borde ha uppmärksammats vikten av sjukvård inom företagshälsovårdens ram under rehabiliterings- och omplaceringsarbete. Detta arbete är ofta utsträckt i tiden och komplicerat och måste ske intimt integrerat med sjukvården av individen. Det är därför synnerligen värdefullt om både rehabiliterings- och omplaceringsarbete och sjukvård kan skötas av samma personer (läkare, sköterska, sjukgymnast).

Representanter för företagshälsovården deltar i skyddskommitté, arbetsmiljökommitté eller motsvarande gruppers sammanträden för att ge synpunkter på ärenden som behandlas. Detta sker som adjungerade medlemmar. På samma sätt borde representanter för den medicinska och tekniska företagshälsovården adjungeras till både Företagshälsovårdsdelegationen och Yrkesinspektionsnämnderna.

Systemet för utbildning av framtida företagsläkare förutsätter att landsting och arbetsgivare ställer en stor mängd utbildningsplatser till förfogande. Denna målsättning är hög. Som alternativ väg att nå specialitet i företagshälsovård borde ha nämnts att en allmänläkare, som kompletterar sin utbildning till samma innehåll som företagshälsovårdens block ger, även bör kunna få specialitet i företagshälsovård.

Utredningen har i alltför stor utsträckning sett hindret för den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården som ett "småföretagsproblem". Man har ej tillräckligt uppmärksammat den stora grupp företag som har relativt sett blygsamma arbetsmiljöproblem och där man av denna anledning är omotiverade för anslutning. Dessa företag måste erbjudas en företagshälsovård som icke blott till innehåll och organisation utan även till omfattning och kostnader skiljer sig från den traditionella.

Särskilt yttrande av experten *Näslund*

Enligt direktiven för företagshälsovårdsutredningen bör utbyggnaden av företagshälsovården även i fortsättningen ske på frivillighetens grund. Dock skulle utredningen överväga alternativa vägar för de områden som inte omfattas av avtal om företagshälsovård. Utredningens majoritet har härvid anvisat vissa vägar för att uppnå utbyggnadsmålet, men avvisat tanken om en lagstadgad skyldighet för arbetsgivare att tillhandahålla företagshälsovård för sina anställda, bl a för att en lagstiftning skulle kunna få en nivellerande effekt även för det avtalsreglerade området som ej skulle omfattas av lagstiftningen.

I och för sig instämmer jag i uppfattningen att det föreligger en viss risk för nivellerande effekter vid lagstiftning. Samtidigt torde det vara klart, att en heltäckande företagshälsovård för alla anställda inte kan uppnås enbart på de vägar majoriteten anvisat. Bl a erfarenheterna från det s k FÖLA-projektet pekar i den riktningen. De åtaganden på företagshälsovårdsområdet som kan bli aktuella för sjukvårdshuvudmännen och kommunerna förutsätter också att det finns rimligt underlag för en tillfredsställande planering. Sammantaget innebär detta enligt min uppfattning, att en "mjuk" lagstiftning är att föredra.

I huvudsak ansluter jag mig därför till minoritetens reservation beträffan-

de avsnitt 6.6.8, dock att en eventuell lagstiftning bör ifrågakomma först vid en senare tidpunkt och då tidigast 1990 för att tillräckliga resurser ska hinna tillskapas för en heltäckande företagshälsovård.

Utredningen har relativt ingående behandlat frågorna om vilka personalgrupper som kan finnas vid företagshälsovården, deras arbetsuppgifter, utbildnings- och kompetensfrågor m m. I stort är jag ense med utredningen i dessa frågor även om jag anser detaljeringsgraden vara för stor. Jag vill särskilt understryka behovet av en flexibel organisation som utgår från de olika förutsättningar som ändå finns inom olika områden och verksamheter. Därvid är det angeläget att betona, att en stor del av de beskrivningar som gäller personalgrupper och arbetsuppgifter i mycket måste ses som exempel. Inte minst gäller detta administrativ personal och personal med beteendevetenskaplig kompetens, där kommunerna genom sin varierande uppbyggnad och organisation samt avtalsmässiga förutsättningar i varje fall delvis måste välja andra lösningar än de av utredningen angivna, också för att få ett rationellt samutnyttjande av exempelvis administrativ personal.

Särskilt yttrande av experten *Ulfvarson*

Arbetarskyddsstyrelsens utbildning av företagshälsovårdens personalgrupper är för närvarande stommen i landets utbildning inom området. För detta sakförhållande finns goda skäl. Det viktigaste är tillgången till lärarresurser. Landets centrala resurs för forskning inom arbetsmiljöområdet är forskningsavdelningen vid arbetarskyddsstyrelsen med nära 30 universitetsanknutna professorer och laboratorer och en sedan länge väl fungerande utbildningsadministration. Det finns också nackdelar med en centralisering av utbildningen till Stockholm och Umeå. Utredningen betonar behovet av geografisk spridning, men drar olika slutsatser för olika grupper. För företagsläkarna föreslår utredningen att de teoretiska kurserna finns kvar vid arbetarskyddsstyrelsen, som en del av en systematisk specialistutbildning. För företagssköterskor anser utredningen att arbetarskyddsstyrelsen även i fortsättningen bör anordna utbildningen, men sträva efter att sprida den till nya orter och att företagssköterskeutbildning på sikt också bör anordnas som reguljär högskoleutbildning.

När det gäller skyddsingenjörsutbildningen uttrycker sig utredningen mindre klart om arbetarskyddsstyrelsens framtida roll som utbildningsanordnare. Förslaget är att arbetarskyddsstyrelsen bibehåller den nuvarande utbildningskapaciteten tills vidare och att universitets- och högskoleämbetet verkar för bl a att en påbyggnadslinje för skyddsingenjörer inrättas i högskolan.

Utredningen har funnit skäl för att arbetarskyddsstyrelsen även i fortsättningen bör bedriva utbildning av företagshälsovårdens personalgrupper jämsides med universitet och högskolor. Skyddsingenjörsutbildningen bör inte ges någon särställning i detta hänseende. Enhetlighet i utbildningen kan uppnås genom de praktiska arrangemang, som utredningen antyder, för att få in all företagshälsovårdsutbildning i det planeringssystem som gäller för högskolan och NLV-utbildningen för läkare. Sådana praktiska arrangemang förbättrar också förutsättningarna för en framtida direkt samverkan mellan

arbetarskyddsstyrelsen och universitet och högskolor vid anordnandet av utbildningen.

Särskilt yttrande av experten *Yllner*

Betydelsen av sjukvård inom företagshälsovården

Att företagshälsovården alltjämt har en betydande andel sjukvård ser företagshälsovårdsutredningen huvudsakligen som en konsekvens av den bristfälliga utbyggnaden av samhällets primärvårdsorganisation. När primärvården blir fullt utbyggd bör den ta över större delen av den sjukvård som idag bedrivs inom företagshälsovården anser utredningen. En "arbetsrelaterad" sjukvård skall fortfarande finnas kvar men utgöra en relativt blygsam del av den medicinska verksamheten. I allt väsentligt skall den medicinska personalen syssla med rent förebyggande åtgärder.

Jag delar utredningens uppfattning att företagshälsovård skall ha en förebyggande karaktär och medverka till att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar. Utredningen har dock, enligt min uppfattning, underskattat och ofullständigt beskrivit betydelsen av sjukvård för denna målsättning.

Utredningen medger att det är svårt att definiera vad som menas med "arbetsrelaterad" sjukvård. Det torde i själva verket ofta vara omöjligt att på förhand avgöra om ett sjukdomsfall helt eller delvis har orsakats av faktorer i arbetsmiljön. Vanligt förekommande sjukdomar som besvär från rygg, leder och muskler, kan utlösas av felaktiga belastningar eller arbetsställningar. Sjukdomar i mag-tarm-kanalen och i hjärt-kärl-systemet kan orsakas eller påverkas av psykiska förhållanden i arbetet etc. Först när läkare eller sjuksköterska fått möjlighet att undersöka fallet, främst i anamnesiskt avseende, kan sådan bedömning göras och eventuella sjukdomsalstrande faktorer i arbetsmiljön identifieras. Redan av den anledningen är det önskvärt att inträffade sjukdomsfall primärt omhändertas av företagshälsovården. Självfallet måste företagshälsovården för fortsatt utredning och behandling ofta hänvisa patienten till andra vårdinstanser. När det gäller enklare åtgärder är det dock i flertalet fall både onödigt och opraktiskt att remittera patienten till samhällets primärvård. Företagshälsovårdens egna resurser borde vara helt tillräckliga.

Sjukvården är sålunda ofta till stor hjälp åt företagshälsovården i dess arbete att spåra skadliga faktorer i arbetsmiljön. Detta gäller inte bara den rent medicinska utredningen av sjukdomarnas orsaker. De personliga relationer som genom sjukvården byggs upp mellan de anställda och företagsläkaren eller företagssköterskan har också stor betydelse. Genom förtroliga samtal under sedvanlig sekretess får företagshälsovårdens pesonal god information om problem på arbetsplatsen, inte minst om sådana av psyko-social karaktär. Sjukvården är därför en av företagshälsovårdens bästa källor till kunskap om förhållanden i arbetsmiljön.

Även för den förebyggande medicinska verksamheten har sjukvården stor betydelse. För att företagsläkaren och företagssköterskan ska kunna upprätthålla sitt professionella kunnande, inte minst den diagnostiska

förmågan, krävs fortlöpande träning genom sjukvård. Om inte kommer även förmågan att bedöma resultat av hälsoundersökningar att successivt försämras. Detta gäller inte minst förmågan att bedöma vilka åtgärder patologiska fynd vid hälsoundersökningar kan föranleda.

Även om samhällets primärvård blir fullt utbyggd blir den inte i sjukvårdshänseende ett bra alternativ till företagshälsovården. Det övervägande antalet primärvårdsläkare kommer inte att ha utbildning i företagshälsovård och har av naturliga skäl ringa kontakt med arbetsplatserna. De kommer därför inte heller att vara lämpade att bedöma arbetsmiljöns betydelse för patienternas besvär. Dessutom kommer en stor del av primärvårdens befattningar att vara utbildningstjänster. Primärvården kan därför inte heller erbjuda den kontinuitet som utmärker företagshälsovården, där läkartjänsterna är sluttjänster. Det faktum att företagsläkaren under lång tid kan observera sjukdomspanoramat i ett företag har stor betydelse för möjligheten att spåra missförhållanden på arbetsplatsen. Dessutom medför kontinuiteten i vården ofta kortare behandlingstider.

Jag anser därför att sjukvården är en omistlig del av företagshälsovården. Dessvärre förekommer situationer, där företagshälsovården av praktiska skäl knappast kan bedriva någon sjukvård, t ex på grund av stora geografiska avstånd till företag i glesbygd. Även inom vissa former av branschhälsovård kan det av praktiska skäl vara svårt att bedriva sjukvård. En begränsad målsättning för företagshälsovården blir där nödvändig.

I normalfallet bör dock sjukvården ha den omfattning som är lämplig med hänsyn till ovannämnda skäl och till gagn både för företag, anställda och samhälle. Kostnaden för sjukvård inom företagshälsovårdens ram torde inte vara större än för motsvarande inom samhällets primärvård, snarare tvärtom. Inte heller av kostnadsskäl finns det därför anledning att föra över sjukvården till primärvården.

Bilaga 1 Direktiv för 1976 års företagshälsovårdsutredning

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde 1976-02-26

Utredning om företagshälsovården och den yrkesmedicinska verksamheten.

Departementschefen, statsrådet *Bengtsson*, anför efter samråd med chefen för socialdepartementet.

Företagshälsovården är en viktig del av arbetarskyddet och har liksom arbetarskyddet i övrigt till syfte att anpassa arbetsmiljön till den enskilde. Företagshälsovårdens uppgifter är att i första hand vara tekniskt och medicinskt förebyggande, men även i viss utsträckning sjukvårdande och rehabiliterande. Viktigt är att det finns ett väl utvecklat samspel mellan företagshälsovården som en rådgivande funktion och övriga funktioner i företaget. Vissa frågor om företagshälsovård, främst utbyggnaden av läkarresurser och utbildningen av personal för företagshälsovård, har behandlats i prop. 1971: 23.

Företagshälsovården har under senare år byggts ut. Enligt gjorda undersökningar finns numera företagshälsovård i samtliga företag med över 1 000 anställda. Därutöver är ungefär 150 företagshälsovårdscentraler för små och medelstora företag i drift i dag. Företagshälsovård bedrivs också på många håll inom landstingskommunal och kommunal verksamhet samt inom den statliga sektorn.

Fortfarande har emellertid endast ca en tredjedel av landets arbetstagare tillgång till någon form av företagshälsovård. Den hittillsvarande utbyggnadstakten har bl. a. betingats av den begränsade tillgången på kvalificerad personal. En svårighet har också visat sig vara att finna lämpliga former för att tillgodose behovet av företagshälsovård inom små och geografiskt spridda arbetsplatser.

Frågan om företagshälsovård har tagits upp av arbetsmiljöutredningen i dess nyligen avlämnade betänkande (SOU 1976: 1) Arbetsmiljölag. Utredningen har därvid pekat på företagshälsovårdens stora betydelse som en del av den lokala arbetarskyddsorganisationen. Arbetsmiljöutredningen framhåller att det krävs att landets arbetsplatser på annat sätt än nu täcks av företagshälsovård med i olika avseenden specialiserad personal som kan spåra och värdera risker samt föreslå eller vidta förebyggande åtgärder. Den föreslagna arbetsmiljölagen utgår från tanken att företagshälsovården skall vara en utredande och rådgivande instans åt den lokala skyddsorganisationen. Betydelsen av att företagshälsovården i största möjliga utsträckning byggs in i den arbetsmiljöförbättrande verksamheten inom företagen blir härmed markerad.

För att företagshälsovården på ett allsidigt sätt skall kunna spela denna roll behövs enligt arbetsmiljöutredningen ytterligare undersökningar. Det gäller här bl. a. utbyggnadstakt, behov av personal av olika kategorier och kompetenskrav för dessa. I nära samband härmed står enligt utredningen det alltmer ökande behovet av samplanering mellan företagshälsovården och övrig hälso- och sjukvård samt frågan i vilken utsträckning företagshälsovården skall inrymma sjukvård. I detta sammanhang blir även frågan om ersättning för läkarvårdskostnaden i företagshälsovården från den allmänna försäkringen av betydelse. Andra viktiga områden som måste undersökas är enligt utredningen behovet av yrkeshygieniska mät- och analysresurser, frågan om att finna lämpliga former för företagshälsovård för små och geografiskt spridda företag, behovet av en snabb utbyggnad av de yrkesmedicinska sjukhusenheterna, m. m.

Jag finner det angeläget att frågan om företagshälsovården och den yrkesmedicinska verksamheten ses över. För detta ändamål bör särskilda sakkunniga tillkallas.

Målet för utbyggnaden av företagshälsovården bör vara att alla löntagare skall ha tillgång till företagshälsovård. Det ankommer på arbetsmarknadens parter att bestämma i vilken takt detta mål skall förverkligas. Därvid måste utbyggnadstakten anpassas till vilka resurser som kan ställas till förfogande. Detta gäller såväl direkta resurser avsatta genom avtal mellan parterna som tillgången till personal etc. Jag vill här understryka att såväl nu gällande arbetarskyddslagstiftning som den föreslagna arbetsmiljölagen utgår från att arbetsgivarna skall tillhandahålla de resurser som behövs för de anställda från säkerhets- och hälsosynpunkt. Häri ingår företagshälsovården som en viktig del.

De sakkunniga bör analysera de hinder som uppstått i anslutning till den hittillsvarande utbyggnaden av företagshälsovården. En trång sektor har varit tillgången på läkare. I denna fråga vill jag anföra följande.

När det gäller läkartjänsterna i företagshälsovården har socialdepartementets sjukvårdsdelegation i kontakt med den till arbetarskyddsstyrelsen knutna företagshälsovårdsdelegationen tagit upp frågan om en närmare anknytning av utbyggnaden av dessa till det läkarfördelningsprogram som det ankommer på sjukvårdsdelegationen att fastställa. Fördelningen av företagsläkartjänster är f. n. översiktligt beaktad i läkarfördelningsprogrammet men omfattas i övrigt inte av de regler som gäller för läkartjänster inrättade i den offentliga hälso-och sjukvården. De sakkunniga bör närmare pröva denna fråga i syfte att åstadkomma en ändamålsenlig fördelning och planering av läkarresurserna även inom företagshälsovården.

Företagshälsovården är till sin medicinska del en funktion av primärvården, även om den drivs i särskilda organisatoriska former och är riktad till en avgränsad grupp av medborgarna. Jag vill här betona att företagshälsovården i enlighet med den allmänna inriktningen av arbetarskyddet bör vara huvudsakligen förebyggande. I praktiken har dock sjukvårdsandelen inom företagshälsovården kommit att bli ganska dominerande. Jag vill därför understryka att när det gäller behovet av sjukvård bör det i största möjliga utsträckning tillgodoses inom den offentliga primärsjukvården. Det är således viktigt att samverkan mellan den allmänna hälso- och sjukvården samt arbetarskyddet kommer till stånd i dessa frågor.

Yrkesinspektionsnämnderna bör kunna ges viktiga samordningsuppgifter i

detta sammanhang. Vid behandlingen av dessa frågor bör de sakkunniga också beakta den ökade inriktning på förebyggande insatser som den offentliga primärvården avses få. Det är angeläget att söka klargöra vilka insatser av detta slag som kan göras inom ramen för företagshälsovården resp. den offentliga primärvården. Av stor betydelse är också att undersöka hur information från företagshälsovård och hälsokontroller i samhällets regi skall sammanföras och bearbetas. De sakkunniga bör beakta de överväganden som inom kort läggs fram av socialstyrelsens utredning om den förebyggande hälsovården. I sammanhanget bör också uppmärksammas dels att en utredning nyligen tillkallats med uppdrag att lägga fram förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården med utgångspunkt från en social helhetssyn på denna vård, dels att riksförsäkringsverket och socialstyrelsen har i uppdrag att se över den allmänna försäkringens ersättningsregler för sjukvården inom bl. a. företagshälsovården.

När det gäller företagshälsovårdens utbyggnad vill jag vidare anföra följande. För stora delar av arbetsmarknaden finns partsöverenskommelser om företagshälsovård. I dessa förbinder sig parterna att gemensamt verka för en utbyggnad av företagshälsovården till alla berörda arbetsplatser i landet. Sedan år 1967 finns en överenskommelse mellan LO och SAF om riktlinjer för företagshälsovård. Liknande överenskommelser om företagshälsovård på det privata området finns mellan andra avtalsparter. År 1975 har träffats ett nytt avtal om kommunal och landstingskommunal företagshälsovård. Under år 1974 har mellan LO/PTK och SAF upptagits förhandlingar om ett avtal om bl. a. företagshälsovård som skall ersätta 1967 års avtal. På det statliga området pågår också förhandlingar om företagshälsovård för den civila sektorn. Utredningsarbete pågår vidare om företagshälsovård inom försvaret.

Som framgår av det föregående sker utbyggnaden av företagshälsovården på frivillighetens väg. Frågor om företagshälsovårdens innehåll m. m. regleras genom avtal och överenskommelser mellan parterna. Detta bör enligt min mening gälla även i fortsättningen.

Delar av arbetsmarknaden omfattas inte av avtal om företagshälsovård. De sakkunniga bör undersöka i vilken utsträckning arbetstagare på dessa områden likväl erbjuds företagshälsovård samt bedöma den framtida utbyggnadstakten. I den mån de sakkunniga därvid finner att en utbyggnad här inte är att förutse bör de sakkunniga överväga alternativa vägar att uppnå detta mål.

En särskild fråga gäller den lämpliga organisationen av företagshälsovården i små och geografiskt spridda företag, där man haft svårt att finna lämpliga modeller för verksamheten. Flera landstingskommuner har genomfört planering för företagshälsovård för andra arbetstagargrupper än landstingens egna och på vissa håll har man också startat sådan verksamhet. Det är dock fortfarande oklart hur företagshälsovården vid dessa företag skall läggas upp. Med stöd av arbetarskyddsfonden och i samråd med berörda parter planeras viss försöksverksamhet, där de organisatoriska formerna för och inriktningen av sådan företagshälsovård kan prövas. Mot denna bakgrund bör de sakkunniga ta upp denna fråga till allmän bedömning.

Bidrag från det allmänna för att anordna företagshälsovård utgår inte. Allmän försäkringskassa ersätter dock arbetsgivares kostnader för läkarvård och annan sjukvård om den kan antas minska kassans utgifter för sjukförsäkringen. Hithörande frågor utreds, som förut nämnts, av socialstyrelsen och

riksförsäkringsverket.

En annan uppgift för de sakkunniga blir att ta upp frågor om företagshälsovårdens innehåll och vissa utbildningsfrågor i anslutning härtill.

Med den tekniska utvecklingen och de alltmer komplicerade kemiska och fysikaliska frågorna får den tekniska delen av företagshälsovården allt större tyngd. I stor utsträckning kommer det att krävas specialister på olika områden av yrkeshygien, mätteknik, ergonomi m. m. Här finns anledning att närmare utreda behovet av olika miljötekniker i arbetslivet.

En effektiv kontroll av arbetsmiljön med hjälp av hygieniska gränsvärden ställer krav på tillgång till resurser för mätning ute på arbetsplatserna samt för analys och utvärdering. En väsentlig tillgång i detta avseende är företagshälsovården, där arbetet inom den tekniska delen går ut på att i nära samverkan med den medicinska kartlägga och bevaka olika förhållanden i arbetsmiljön. Inom företagshälsovården sker redan i dag en omfattande mät- och analysverksamhet. När det gäller företag som förfogar över mät- och analysresurser som ett led i övervakningen av de egna produkterna bör undersökas i vad mån dessa kan nyttiggöras i bevakningen av arbetsmiljön. De sakkunniga bör undersöka förutsättningarna för att öka möjligheterna för mätning, provtagning, analys och utvärdering inom företagshälsovården.

Resurser för mätning och analys finns även på andra håll. Här kommer bl. a. den offentliga hälso- och sjukvården och då särskilt de yrkesmedicinska sjukhusenheterna in i bilden. Den sjukhusanknutna laboratoriemedicinska verksamheten har nyligen utretts genom socialstyrelsens försorg. Utgångspunkten har varit att tillgodose den allmänna hälso- och sjukvårdens behov av laboratorieservice. Behov i detta hänseende finns också inom företagshälsovården. En utbyggnad av systemet med hygieniska gränsvärden kommer att medföra en expansion av bl. a. analysverksamheten.

Mot denna bakgrund bör de sakkunniga närmare undersöka möjligheterna att nyttiggöra de laboratorieresurser som finns inom den offentliga hälso- och sjukvården för miljöutredningar och biologiska kontroller genom köp av tjänster som betalas av arbetsgivarna. I första hand gäller detta analysverksamheten och då särskilt sådan som till sin natur ligger nära den verksamhet som i dag bedrivs på sjukhuslaboratorierna. Utredningen bör emellertid också belysa möjligheterna att utvidga verksamheten till att omfatta även mätning och provtagning på arbetsplatserna. Sådan fältverksamhet är redan i dag ett naturligt inslag i de yrkesmedicinska sjukhusenheternas arbete både när det gäller diagnostisk verksamhet och konsultationer på det yrkesmedicinska området.

Vad gäller möjligheterna att utföra yrkeshygienisk mätning och analys i anslutning till officiell provning och kontroll bör de sakkunniga samråda med statens provningsanstalt.

När det gäller företagshälsovårdens innehåll i övrigt vill jag framhålla även de psykiska och sociala aspekterna. Detta synsätt har kommit till uttryck inte minst i de förslag som arbetsmiljöutredningen nyligen avlämnat. En fortsatt utveckling i riktning mot att en psykosocial funktion blir en särskild del av företagshälsovården kan därför aktualiseras. De sakkunniga bör belysa denna fråga närmare. De sakkunniga bör vidare uppmärksamma de strävanden från samhällets och arbetsmarknadsparternas sida som innebär att personer med arbetshandikapp av olika slag skall få eller behålla sysselsättning inom det ordinarie arbetslivet. Ett uttryck för dessa strävanden är anpassningsgruppernas

verksamhet. De sakkunniga bör undersöka lämpliga vägar att utforma företagshälsovården så att den kan medverka till att tillgodose anpassningsgruppernas behov av service.

Företagshälsovårdens kvalitet är beroende av tillgången på utbildad personal. De sakkunniga bör pröva vilka utbildningsvägar inom utbildningsväsendet som lämpar sig som bas för specialutbildning i företagshälsovård. Sådan specialutbildning ombesörjs av arbetarskyddsstyrelsen, som anordnar särskilda kurser för företagsläkare, skyddsingenjörer, sjuksköterskor i företagshälsovård och andra personalkategorier. De sakkunniga bör mot bakgrund av vad jag tidigare har anfört om företagshälsovårdens innehåll ägna stor uppmärksamhet åt utbildningens innehåll och uppläggning.

Nämnden för läkares vidareutbildning har ansvaret för specialist- och allmänläkarutbildningen efter läkarexamen medan arbetarskyddsstyrelsen svarar för specialutbildningen till företagsläkare. De sakkunniga bör överväga i vilken utsträckning företagsläkarutbildningen kan samordnas med den reguljära vidareutbildningen av läkare.

Utbildning av personal för företagshälsovården bedrivs i dag enbart vid arbetarskyddsstyrelsens arbetsmedicinska avdelning i Stockholm. De sakkunniga bör med utgångspunkt i en bedömning av företagshälsovårdens personalbehov ta upp frågan om utbildningens omfattning och därvid undersöka i vilken omfattning utbildning i företagshälsovård kan anordnas även på andra håll i landet. Även i framtiden bör utbildningens innehåll och uppläggning liksom nu fastställas av arbetarskyddsstyrelsen efter samråd med arbetsmarknadens parter.

Frågan om efterutbildning av personal för företagshälsovården är viktig. F. n. sker viss uppföljning av utbildningen av företagsläkare, skyddsingenjörer och sjuksköterskor i företagshälsovård i form av årligen anordnade arbetsmedicinska kontaktdagar. De sakkunniga bör se över behovet av efterutbildning av personal inom företagshälsovården mot bakgrund av den snabba utvecklingen inom arbetsmiljöområdet.

Författningsmässigt reglerade behörighetsvillkor tillämpas inte för den som vill inneha tjänst inom företagshälsovården. I den medicinska delen av verksamheten gäller givetvis kravet på läkarlegitimation resp. legitimation som sjuksköterska. Frågor om kompetensvillkor behandlas i den till arbetarskyddsstyrelsen knutna företagshälsovårdsdelegationen som har uttalat att inom företagshälsovården inte bör anställas personal som inte uppfyller de kompetenskrav som rekommenderas av delegationen. De sakkunniga bör belysa dessa frågor och därvid bedöma huruvida nu gällande ordning även skall gälla i framtiden.

De sakkunniga bör slutligen ta upp frågan om den yrkesmedicinska verksamheten. Yrkesmedicinska sjukhusenheter har hittills byggts upp vid karolinska sjukhuset och Södersjukhuset i Stockholm, vid Lunds lasarett och regionsjukhuset i Örebro. Vid Umeå lasarett är en sådan enhet beslutad i viss samordning med den filial till arbetarskyddsstyrelsens arbetsmedicinska avdelning som inrättats där. Likaså finns beslut om en enhet vid regionsjukhuset i Linköping. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har man valt en något annorlunda väg och inrättat ett yrkesmedicinskt centrum. Detta är en enhet för olika kliniker som samverkar inom det yrkesmedicinska och arbetshygieniska området.

Jag vill framhålla att erfarenheterna av de yrkesmedicinska sjukhusenheternas verksamhet är mycket goda och att de har stor betydelse för arbetslivet inom regionen. Där finns såväl yrkesmedicinsk som teknisk-hygienisk expertis som företagshälsovården kan utnyttja när det gäller mätningar, analyser av tagna prover, medicinska gruppundersökningar, utredningar av misstänkta yrkessjukdomsfall etc. Genom att en yrkesmedicinsk sjukhusenhet har tillgång till sjukhusets samlade expertis på olika områden finns också möjlighet att bredda utbudet i fråga om klinisk fysiologi, röntgendiagnostik, audiologi m. m.

Företagshälsovårdens behov av kvalificerad service i dessa avseenden är stort och kommer att öka ytterligare. I olika sammanhang har uttalats att utbyggnaden i första hand bör syfta till yrkesmedicinska kliniker vid samtliga regionsjukhus. Utbyggnaden av den yrkesmedicinska verksamheten är en angelägen uppgift som det ankommer på sjukvårdshuvudmännen att ta närmare ställning till. Planeringen måste ske med beaktande av bl. a. företagshälsovårdens behov av yrkesmedicinsk service. De sakkunniga bör därför i nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen ta fram ett vägledande underlag för planeringen av den fortsatta utbyggnaden.

Ett särskilt problem vid utbyggnaden av den yrkesmedicinska verksamheten har varit den knappa tillgången på läkare med yrkesmedicinsk inriktning. Sedan år 1975 är yrkesmedicinen uppförd som egen specialitet för läkare. De sakkunniga bör i samråd med socialstyrelsen ta upp frågan om dispensmöjligheter för läkare inom yrkesmedicinen för att under en övergångstid på denna väg få till stånd en snabbare utveckling av verksamheten.

Jag vill avslutningsvis betona vikten av att en samlad bedömning av såväl den medicinska som den tekniska delen av företagshälsovården kommer till stånd. En lämplig väg härvidlag kan vara att särskilda expertgrupper biträder de sakkunniga.

Bilaga 2 Företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter

Av *Henry Egidius*

1 Inledning

1.1 Begreppet "psykosocial"

Psykosocial var ett av 1970-talets modeord. Man ville med det ordet betona att det i arbetsmiljön finns inte endast tekniska och kroppsmedicinska problem utan också psykologiska och sociala. De två vanligaste betydelserna av ordet skulle kunna sammanfattas på följande sätt:

- att individen reagerar psykiskt på sin sociala situation och om denna är påfrestande kan detta inverka på produktionen av stresshormoner i kroppen, vilket i sin tur kan ge upphov till störningar av typen magkatarrer, magsår, förhöjt blodtryck och hjärt-kärlsjukdomar
- att individens psykiska hälsa och personliga utveckling är starkt beroende av sådana sociala faktorer som arbetsorganisation, arbetets meningsfullhet, kontrollen över den egna arbetsinsatsen, ansvar, medinflytande och sambandet mellan arbetet och individens samhällsroll i övrigt.

Man införde därför beteckningar som psykosociala frågor, psykosocial miljö och företagshälsovårdens psykosociala funktion. Detta ledde emellertid till oklarheter och förvirring främst beroende på att

- det finns psykologiska problem i arbetsmiljön som har med arbetets rent tekniska egenskaper och med miljöns fysiska och kemiska sidor att göra och därför inte i första hand kan uppfattas eller behandlas som sociala, följaktligen inte heller som psykosociala
- det inte är miljön som är psykosocial utan det är sambandet mellan social miljö och människors psykiska reaktioner på denna som är psykosocialt
- företagshälsovården har andra psykologiska och sociala uppgifter än de som ryms i begreppet psykosocial enligt ovan angivna betydelser.

Därför har man i arbetsmiljödiskussioner börjat undvika termen psykosocial. I stället kan man använda uttryck som "psykologiska och sociala frågor" eller klart ange om ett problem är rent psykologiskt, rent socialt eller bådadera.

Termerna *psykisk, psykologisk* och *social* används i denna bilaga i sin allmänna, vardagliga betydelse om psykiska och sociala fenomen, psykologiska och sociala omständigheter, aspekter, frågor och metoder.

Termerna *beteendevetenskaplig* och *sociologisk* har undvikits utom i de fall då frågorna ses ur beteende- och samhällsvetenskaplig synvinkel eller de berör personal eller experter med utbildning i ämnen som psykologi, pedagogik och sociologi i högskolan. *Beteendevetenskaplig* används därvid som en mera allmän term för psykologiska och sociala frågor, medan termen *sociologisk* gäller tillämpning av sociologisk teori eller metod för analys, undersökning eller utredning av sociala, socialpsykologiska eller organisatoriska problem.

Termerna psykisk och psykologisk kan i många fall användas om varandra utan betydelseskillnad som när man talar om psykologiska (psykiska) konsekvenser eller psykologiska (psykiska) reaktionsmönster. Däremot används regelmässigt termen psykologisk i uttryck som "ur psykologisk synpunkt", "psykologiska uppgifter", "psykologiska åtgärder", "psykologiska omständigheter". Med "psykiska problem" avses besvär eller bekymmer av psykiskt slag i motsats till kroppsliga besvär. Med "psykologiska problem" avses svårigheter av olika slag som har psykologiska orsaker eller konsekvenser. Socialt klimat på en arbetsplats kan sålunda ses ur psykologisk, social, teknisk eller arbetsorganisatorisk synvinkel.

När det i denna bilaga talas om psykologiska och sociala uppgifter eller metoder görs ingen skillnad på vilken typ av personal som är engagerad. Den kan vara beteendevetenskapligt eller sociologiskt utbildad men också sakna sådan specialutbildning.

1.2 Utgångspunkter i lagstiftning och avtal

Det är enligt arbetsmiljölagen en uppgift för arbetsmarknadens parter att via arbetsmiljöavtal, skyddskommittéer, företagshälsovårdsenheter etc se till att arbetet och arbetsförhållandena avpassas efter människors skiftande fysiska och psykiska förutsättningar (3 kap 3 §): "Det åligger arbetsgivare att taga hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika."

Att psykologiska och sociala frågor bör beaktas vid utformningen av arbetsmiljön och i företagshälsovårdens uppgifter framgår klart på flera ställen i proposition 1976/77:149 (Arbetsmiljölag): "Lika litet som någon får anlitas till ett arbete som är för tungt i rent fysiskt avseende, lika litet bör arbetstagaren åläggas ett ansvar som han inte har utbildning för och inte heller känner sig kapabel att klara. För stora sådana påfrestningar kan leda till psykiska störningar och även till psykosomatiska sjukdomar." (s 224) "Utformningen av den fysiska arbetsmiljön får som jag redan har berört återverkningar på samspelet mellan människor. Detsamma gäller i hög grad arbetsorganisationen som avser hur olika arbetstagares uppgifter utformas och hur dessa uppgifter läggs upp sinsemellan . . . I likhet med utredningen vill jag hänvisa till att den lokala skyddsorganisationen och företagshälsovården har viktiga uppgifter att fylla även på detta område." (s 226)

I mellan SAF, LO och PTK träffat arbetsmiljöavtal nämns psykologiska frågor i avsnittet om företagshälsovård i ett par viktiga sammanhang, t ex då det gäller att upprätta balans mellan fysiska och psykiska arbetskrav å ena sidan och de anställdas faktiska arbetskapacitet å den andra. I fråga om

hälsoundersökningar och kartläggning av arbetsmiljöförhållanden framhålls det att man måste ta hänsyn till såväl fysiska och kemiska som pyskiska risker. Vidare framhålls det att de erfarenheter som samlas hos företagshälsovården via skyddsorganisationen bör komma det allmänt förebyggande arbetet till godo.

Enligt stadgarna för Statshälsan skall verksamheten fördelas på en medicinsk, en teknisk och en psykosocial funktion. Företagshälsovårdens uppgifter skall fullgöras i nära samverkan mellan dessa funktioner.

I avtalet på det landstings- och primärkommunala området, Miljö 81, bilaga 4, finns samma grundtanke: "Tekniska, medicinska och sociala faktorer måste beaktas bl a då det gäller utformning av lokaler, utrustning, arbetsmetoder och arbetets organisation" – "Arbetsmiljöproblemen är ofta av sådan karaktär att de måste angripas utifrån en helhetssyn som kräver lösningar som förutsätter en kombination av medicinsk, teknisk och psykosocial kunskap och betraktelsesätt."

1.3 Psykologiska och sociala arbetsuppgifter insatta i ett större sammanhang

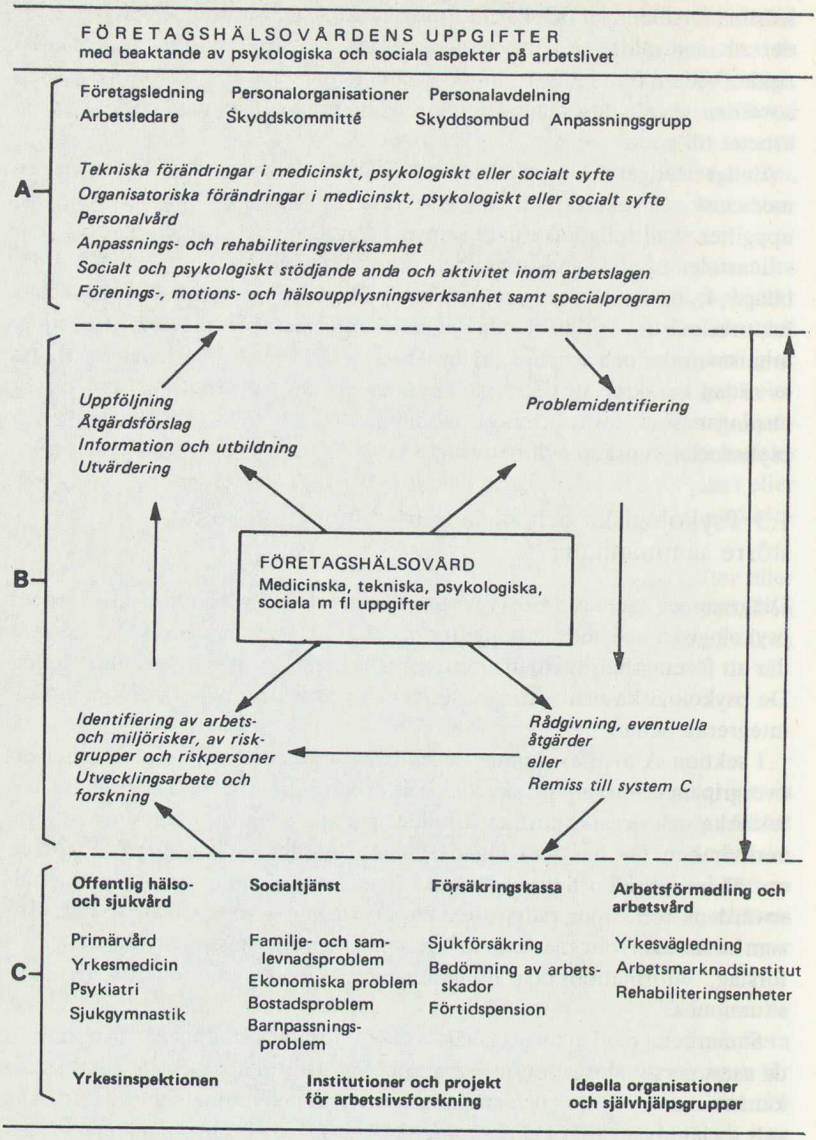
Diagrammet på nästa sida ger en samlad bild av företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter insatta i sitt sammanhang. Det framgår där att företagshälsovården är en av många resurser för arbetsmiljöarbetet. De psykologiska och sociala insatserna är aspekter av verksamheten som integrerad helhet.

I sektion A av diagrammet anges vilka organ och personer som har ett övergripande ansvar för skydds- och arbetsmiljöarbetet. De beslutar om tekniska och organisatoriska förändringar, personalvård och anpassningsverksamhet. De har som utgångspunkt åtgärdernas konsekvenser för de anställdas fysiska och psykiska hälsa. I sektion B konkretiseras företagshälsovårdens roll. Som rådgivande expertorgan (med skyddsorganisationen som huvudman) biträder den med problemidentifiering, rådgivning, åtgärdsförslag, information och utbildning samt med vissa åtgärder i akuta situationer.

Samarbetet mellan företagshälsovården, företagsledningen och de anställda samt personalorganisationerna bör vara utformat på sådant sätt att alla känner ansvar för vars och ens hälsa, säkerhet och möjligheter till personlig och social utveckling. De psykologiska och sociala problemen kan minst av alla lösas av särskilda experter. Företagshälsovården är i dessa avseenden endast en viktig resurs för kartläggning och identifiering av problem samt för hjälp och stöd i arbetet på att komma till rätta med dem. Huvudansvaret åvilar arbetsgivaren enligt lagar och avtal och det avgörande inflytande utövas av skydds- eller arbetsmiljökommittéerna.

Kontakterna med samhällsorganen i sektion C är mycket betydelsefulla. Företagshälsovården kan verksamt bidra till att samhällets resurser för hälso- och sjukvård, socialtjänst, sjuk- och socialförsäkring, arbetsförmedling och rehabilitering kommer till rätt användning för människor i arbetslivet.

De psykologiska och sociala frågorna utgör inte någon skarpt avgränsad typ av uppgifter. De bör därför behandlas i samband med tekniska, medicinska och organisatoriska problem.



1.4 Bilagans syfte och uppläggning

I betänkandets huvudtext finns en samlad redogörelse för företagshälsovårdens uppgifter. De psykologiska och sociala aspekterna av verksamheten har där knutits nära samman med de tekniska och medicinska. På så sätt markeras kravet på helhetssyn och strävan till samordning av olika insatser.

Att beakta de psykologiska och sociala sidorna av arbetsmiljön i företagshälsovårdens verksamhet innebär emellertid inom en stor sektor av arbetslivet "en vidgad syn". Utredningen har därför med hjälp av bl a denna

bilaga penetrerat vad denna vidgade syn kan betyda för företagshälsovårdens arbete. De som är speciellt intresserade av de psykologiska och sociala aspekterna kan här ta del av det material i dess helhet som tillkommit i samråd med utredningens tekniska och medicinska expertgrupper.

Syftet med bilagan är att klargöra vilka psykologiska och sociala insatser som tagit form på olika håll. Framställningen skulle på så sätt kunna utgöra underlag för arbete på att utveckla denna sida av företagshälsovården. Vad man skall lägga huvudvikten vid bör därvid variera med hänsyn till att skilda arbetsmiljöer har olika slags hälsorisker.

I bilagan ges uttryck för de skilda värderingar och ambitioner som kommit till uttryck vid behandlingen av den i expertgrupperna och vid utredningens sammanträden. Det har ansetts gagna den fortsatta utvecklingen av psykologiskt och socialt arbete inom företagshälsovården att låta dessa i vissa fall divergerande uppfattningar stå kvar sida vid sida hellre än att göra framställningen så intetsägande att den kan accepteras i sin helhet av personer med olika syn på de psykologiska och sociala frågornas natur och betydelse.

2 Arbetsmiljöinriktade förebyggande insatser

I detta avsnitt behandlas sådana psykologiska och sociala aspekter av arbetsmiljöproblem som förekommer på olika områden av arbetslivet. På vissa arbetsplatser måste man prioritera åtgärder som gäller de tekniska, fysiska och kemiska sidorna av miljön, på vissa andra står sociala och organisatoriska problem i förgrunden.

När det gäller fysiska, kemiska och tekniska miljöproblem är i många fall de psykologiska och sociala insatserna komplement till tekniska och medicinska åtgärder. Arbetsmiljöns organisatoriska sidor är visserligen inte renodlat psykologiska eller sociala men måste bedömas främst i det perspektivet.

Man får dock inte dra den slutsatsen att de organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågorna är avskilda från de övriga och oberoende av dem. Tvärtom gäller vad som framhölls i proposition 1976/77:149 (Arbetsmiljölag): "Den fysiska miljön ger ramen för den sociala och samtidigt påverkas den fysiska miljön av värderingar och anspråk hos dem som arbetar där. Gemensamt bildar alla dessa typer av faktorer det totala sammanhang i vilket arbetet bedrivs. Detta sammanhang ger för den arbetande effekter som kan sägas ha en fysiologisk och en psykologisk sida." (s 223)

Arbetsmiljöforskningen har under 1970-talet mera i detalj kunnat kartlägga sambanden mellan organisationsformer och olika slag av miljörisker. Flertalet undersökningar på området ger vid handen att de anställdas insatser för förbättring av arbetsmiljön varierar påtagligt med det ansvar och det självbestämmande som enskilda och grupper av arbetstagare har i en arbetsorganisation.

Organisationen av själva arbetsmiljöarbetet är också av stor betydelse. Man har sålunda funnit att det krävs en helhjärtad insats från arbetsgivaren, de fackliga organisationerna och de experter som är engagerade, t ex företagshälsovårdens personal, om arbetet på att förbättra såväl fysiska som

sociala sidor av miljön skall bli verkligt effektivt.

De olika sidorna av arbetsmiljön behandlas i detta avsnitt var för sig. I verkligheten rör det sig om en rad samverkande omständigheter eller faktorer som tillsammans har betydelse för de anställdas hälsa och säkerhet. I arbetsmiljöarbetet ingår de i ett enda funktionellt sammanhang. Arbetsorganisationen som helhet har följaktligen stor betydelse för deras inverkan på de anställdas fysiska och psykiska hälsa liksom för deras möjligheter att aktivt verka för en bättre arbetsmiljö.

2.1 Olycksfallsförebyggande verksamhet

Psykologisk utredning av inträffade olycksfall och tillbud kan ge uppslag till åtgärder som minskar eller upphäver konstaterad olycksfallsrisk. Sådana utredningar sker med hjälp av den kunskap som finns och som ständigt ökar genom forskningen om hur människor reagerar på olika arbetssituationer, där risker för olyckshändelser föreligger. Behovet av psykologiska insatser i detta sammanhang har särskilt tydligt visat sig i de fall då man inte lyckats förebygga olycksfall genom att göra signalanordningarna större eller tydligare. Det kan vara arbetets organisation som gör att de anställda frestas bryta mot säkerhetsföreskrifter och bortse från varningssignaler.

Upplevelsemätningar kan avslöja hur fysikalisk-kemisk påverkan eller psykiskt och socialt påfrestande arbetssituationer kan minska människors förmåga att bedöma hur riskfylld en viss handling faktiskt är. Vidare kan man mäta hur sådana miljöer kan minska förmågan att uppmärksamma faror eller att dra slutsatser av omständigheter i en situation där olycksfallsrisk föreligger. Systematiska undersökningar av de anställdas psykiska reaktioner, motoriska reaktionsförmåga och allmänna reaktionssätt i svåra situationer kan ge underlag för motåtgärder på den miljömässiga och mänskliga sidan.

Den speciellt psykologiska insatsen ligger i att liksom i trafikteknik och trafikpsykologi undersöka om arbetssituationer och arbetsuppgifter är av det slaget att de anställda genom feluppfattningar, felbedömningar och felhandlingar kan komma att utsätta sig själva eller andra för olycksfallsrisker.

Det kan också finnas samband mellan olycksfallsrisker och löneformer och arbetsorganisation. Företagshälsovården måste därför ägna uppmärksamhet åt sambandet mellan å ena sidan tillbud till olycksfall och å andra sidan förekomst av t ex skiftarbete, ackordslön, monotont ensamarbete, ansvarskrävande ensamarbete och prestationskrav som ligger över den enskildes förmåga.

De psykologiska och sociala uppgifterna består alltså i att kartlägga och bedöma faktorer i arbetsmiljön, arbetsinnehållet, arbetsvillkoren och hela arbetsorganisationen som gör att det ställs felaktiga eller för höga krav på de anställdas uppmärksamhet, bedömnings- och reaktionsförmåga.

2.1.1 Första hjälpen vid olycksfall och akut sjukdom

De psykologiska och sociala uppgifterna i samband med organisation av beredskap att ge första hjälpen vid olycksfall eller akut sjukdom är åtminstone av två slag.

Den ena typen av uppgifter består i att tillföra planeringen och utbildningen synpunkter som har att göra med människors sätt att reagera i kris- och katastrofsituationer. Frågor som blir aktuella i detta sammanhang gäller hur sjuka och skadade skall tas om hand utan att de utsätts för onödig ångest och oro, hur anhöriga och arbetskamrater bör informeras samt hur uppkomst av långvarig psykisk kris skall kunna förebyggas hos såväl skadade som eventuella inblandade eller vittnen till olyckan.

En annan typ av uppgifter är att medverka vid utformning av katastrof- och olycksfallsberedskap och delta i utbildningen av den personal som i första hand skall svara för första hjälpen.

2.2 Fysikalisk miljö

Människor påverkas inte endast kroppsligt utan också psykiskt av de delar av miljön som vi räknar till den fysikaliska. Den tekniska aspekten gäller bl a utrustningens utformning och samspelet mellan människa och teknik. Den medicinska aspekten gäller eventuella skador på den mänskliga organismen, t ex på syn- och hörselsinnena, på muskler och skelett samt på inre organ. De psykologiska och sociala aspekterna gäller upplevelser av obehag och påfrestning, av oro, ångest och trötthet, sänkt förmåga att klara jäkt och andra påfrestningar, svårigheter i samarbete och i sociala kontakter samt psykologiska orsaker till upplevda symtom.

Man får i detta sammanhang inte bortse från arbetsorganisationens betydelse. Det kan vara svårt eller omöjligt att komma till rätta med den fysikaliska miljön och dess negativa effekter på de anställda om man inte tillräckligt beaktar de psykologiska och sociala faktorer som har med arbetsorganisationen att göra. Det hänger samman med det redan nämnda förhållandet att alla måste känna att de har ansvar för arbetsmiljöns olika aspekter. I annat fall får expertinsatserna starkt begränsad effekt.

Vad företagshälsovården ur psykologisk och social synpunkt bör inrikta sig på är framför allt följande:

- analys av arbetsmiljöns fysiska struktur som helhet med hänsyn till ljud-, belysnings-, temperatur- och luftfuktighetsförhållanden och dessas inverkan på psykiskt välbefinnande
- analys av sambandet mellan människors anspråk och förväntningar å ena sidan och arbetsplatsens fysiska utformning å den andra med hänsyn till den "sociala och tekniska utvecklingen i samhället" (AML 2 kap 1 §)
- fastställande av möjligheter att på lämpligt sätt avpassa och utforma belysning, ljud, buller och vibrationer, temperatur och luftrörelser, teknisk utrustning, reglage, arbetstider m m
- informations- och utbildningsinsatser som gäller människors sätt att reagera på arbetsmiljön mot bakgrund av individuella förväntningar, attityder, värderingar och arbetsorganisationens utformning.

Här nedan ges exempel på frågor av psykologisk och social natur som företagshälsovårdens personal kan få anledning att ta ställning till i arbetet med fysikaliska arbetsmiljöfaktorer.

Personer utsatta för *buller* i arbetet kan visserligen en tid bevara sin koncentration och sin prestationsnivå men visar på längre sikt i många fall

ökad irritatibilitet, försämrade prestationer och andra tecken på stress, t ex spänningssymtom.

Den sociala isolering som buller och hörselskydd medför bör särskilt uppmärksammas.

Ljud och buller behöver inte ha särskilt hög intensitet för att vara besvärande ur psykologisk och social synpunkt. Ljudeffekter som uppstår av det egna arbetet kan vara lätta att tolerera eller till och med vara till hjälp vid styrning av arbetet men kan verka starkt irriterande på dem som har annat arbete i närheten.

Företagshälsovårdens personal har i dessa och liknande fall att fastställa vilka typer av irriterande ljud som förekommer på en arbetsplats och genom förslag till åtgärder sträva att motverka orsakerna till trötthet, huvudvärk och andra symtom på stress bl a med beaktande av det totala ljudklimatet i miljön.

Frågor beträffande *belysning och synintryck av olika slag* har liksom frågorna om ljud och buller en avgränsbar psykologisk och social sida. Symtomen på stress och påfrestning är ungefär desamma.

Även de psykologiska och sociala konsekvenserna av *klimatförhållandena* är i stort sett desamma som av påfrestande ljud-, ljus- och synintrycksförhållanden. Tekniska, fysiologiska och medicinska mätningar och bedömningar kan behöva kompletteras med psykologiska och sociologiska.

Klimatförhållanden kan ibland ge psykiska besvär i form av vantrivsel och oro utan att man fysiologiskt eller fysiskt kan finna något som ur hälsosynpunkt bör föranleda åtgärder. Psykologiska analyser kan då i vissa fall ge vid handen att det i själva verket är andra brister i arbetssituationen som ger upphov till klagomål på t ex drag, torr luft, hetta och kyla.

2.3 Kemiska arbetsmiljöfaktorer

Även när det gäller kemiska riskfaktorer kan man skilja mellan medicinska, tekniska och psykologiska aspekter. De medicinska gäller den skadliga inverkan som kemiska ämnen kan ha på kroppsliga organ, inklusive nervsystemet. De tekniska gäller vad man ur hälsosynpunkt kan göra för att eliminera kemiska riskfaktorer sedan man väl lyckats identifiera och mäta dem. Psykologiskt gäller det att fastställa om psykiska besvär av typen irritabilitet, trötthet, nedsatt prestationsförmåga, oro, nervositet och minnesstörningar kan bero på kemisk påverkan på nervsystemet eller på något annat som kan ha liknande effekter.

Inom den s k beteendetoxikologin (läran om kemiska ämnens inverkan på psykiska funktioner) har man utvecklat ett flertal metoder och sätt att lägga upp undersökningar av hur anställda i kemiska riskmiljöer påverkas akut och kroniskt av giftiga ämnen i arbetsmiljön.

Kemiska ämnen som påverkar nervsystemet har ett flertal effekter på såväl humör, stämningsläge och koncentrationsförmåga som prestationer. Man kan använda sådana metoder som utvecklats för reaktionsmätning när det gäller att fastställa om personal i en industri utsatts för och tagit skada av kemiska ämnen. Om man hos grupper som exponerats för kemiska ämnen kan konstatera försämrad förmåga att klara enkla prov på uppfattningsförmåga, reaktionsförmåga och precision i finger- och handrörelser, finns det

anledning att misstänka att de kemiska ämnena har en skadlig inverkan på nervsystemet. Man skall då vidta åtgärder för att förhindra fortsatt exposition.

Den beteendetoxikologiska forskningen ger oss kunskap om vilka de psykiska hälsoriskerna är vid viss exponering av kemiska ämnen. Företagshälsovårdens personal kan undersöka vilka de psykologiska och sociala för- och nackdelarna är med olika typer av skyddsanordningar och arbetsplatsutformningar som syftar till minskad eller eliminerad exposition av farliga ämnen. Det gäller också att se till att en intensifierad yrkeshygienisk verksamhet inte får till följd att otryggheten, oron och vantrivseln ökar.

2.4 Den tekniska utformningen av arbetsuppgifter

Utformningen av instrument och reglage bör ske på grundval av psykologisk kunskap om människors uppfattningsförmåga, uthållighet i fråga om uppmärksamhet och rörelsernas precision, inlärnings- och minneskapacitet, reaktionsförmåga och beslutsfattande i pressade situationer.

Olika kontroll- och styrsystem i automatiserad produktion och datoriserad informationsbehandling kan inverka på de anställdas hälsotillstånd och sociala situation i arbetet. Med viss utformning av utrustning och arbetsprocess kan den mänskliga insatsen bli mera omväxlande, kvalificerad och ansvarsfull. Krav på gruppsamverkan kan i många fall byggas in som en del av ett produktions- och kontrollsystem.

Arbetets organisation och arbetsuppgifternas sammansättning och kvalifikationsnivå blir därigenom av största intresse i arbetsmiljöarbetet och blir en angelägenhet av stor vikt för företagshälsovårdens personal. Se nästa avsnitt (2.5).

2.5 Arbetets organisation och innehåll

Arbetarskyddsstyrelsen har i sina allmänna råd om de psykiska och sociala aspekterna av arbetsmiljön (AFS 1980:14) sammanfattat arbetsmiljöforskningens resultat om arbetsorganisationens betydelse för de anställdas psykiska hälsa. Det har sålunda för arbetstillfredsställelsen visat sig fördelaktigt om arbetstagarna kan

- överblicka den egna insatsens bidrag till slutprodukten
- variera arbetsmetoder och arbetstakt
- påverka ordningsföljden mellan olika moment
- påverka mängden av arbete och när det skall utföras
- påverka kvaliteten på sitt arbete
- kontrollera resultaten av sitt arbete.

Arbetsorganisationen bör vidare ge ramar och möjligheter för arbetstagarna att utnyttja sina kunskaper och sin skicklighet och ge var och en tillfälle att fortlöpande utveckla sitt kunnande.

Vidare konstateras att de sociala kontakterna på arbetsplatsen har betydelse för om de anställda får stöd och uppskattning av varandra och av arbetsledningen för att på det sättet känna trygghet och tillfredsställelse i arbetet.

Den organisationsforskning som bedrivits årtiondena efter andra världskriget ger på olika sätt stöd för ovannämnda rekommendationer och allmänna konstateranden om arbetsorganisationens betydelse.

Att arbetsorganisationen är så viktig som den är för psykisk och fysisk hälsa kan förklaras på följande sätt. Människan är till sin natur starkt beroende av sociala kontakter och socialt samspel. Individernas självkänsla är så gott som helt beroende av de uppgifter som tilldelas dem, av de krav som andra ställer på dem och som de kan klara av.

Självkänslan är inte bara psykisk. Den är enligt nämnda resonemang i högsta grad socialt betingad. Det finns ett nära samband mellan social organisation, individens roll och den psykiska hälsan. Upplevelser och reaktioner i samband med sociala påfrestningar, utstötning eller socialt stöd yttrar sig även fysiologiskt. S k psykosomatiska störningar har psykiskt och socialt ursprung. Det kan röra sig om mag-tarmsjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, huvudvärk och muskelspänningar.

Genom att följa den organisationsforskning som pågår kan man från företagshälsovårdens sida bidra med att spåra och identifiera egenskaper i arbetsorganisationen som kan ha betydelse för såväl det psykiska och psykosomatiska hälsotillståndet på en arbetsplats som för effektiviteten i förebyggande verksamhet och förändringsarbete.

Organisationsforskningen och den forskning som bedrivs på gränsområdena mellan psykologi, sociologi och biologi leder till tämligen samstämmiga slutsatser om vad det är i arbetsorganisationen och människors upplevelse av sin roll som har betydelse för hälsa och arbetstillfredsställelse.

Behovet av omväxling som gör sig gällande hos de flesta människor ställer vissa grundläggande krav på arbetets innehåll. Behov av självständighet medför att stressen ökar med ökad styrning av enskildas och gruppers arbete. Behovet av att känna sig värdefull i gruppen gör att arbetets kvalifikationskrav får direkt inverkan på hälsa och välbefinnande. Behovet av stöd och uppskattning från andra gör att fysisk och psykisk arbetsbelastning får mindre vådliga följder för de anställdas hälsa om arbetsorganisationen är sådan att den stimulerar till samarbete och solidaritet. Slutligen har individen behov av att finna en relativt stabil plats i det större sammanhanget. Att kunna se sin plats i helheten och det egna arbetets betydelse för den produktion som man är involverad i har därför stor betydelse. Insikten härom har redan lett till stora organisatoriska förändringar i företagen, den offentliga förvaltningen, hälso- och sjukvården samt utbildningen.

Det bidrag som företagshälsovården kan ge i detta sammanhang är att kartlägga och belysa de psykologiska och sociala effekterna av olika organisationsformer, styr-, informations- och beslutssystem. Företagshälsovården kan ge förslag på t ex arbetsväxling och arbetsvidgning. Företagsledning och arbetstagare kan på det sättet få underlag för bedömning av hur planerade omorganisationer kan komma att inverka psykiskt och socialt.

Man bör därför inom företagshälsovården kontinuerligt beakta psykologiska och sociala aspekter av arbetsorganisatoriska förhållanden, så att man får en bred erfarenhets- och kunskapsbas att ställa till förfogande vid planering av förändringar.

Orsakerna till dåligt samarbetsklimat och överhuvud dåligt psykiskt klimat på en arbetsplats kan sökas i arbetsorganisationen, i förändringar i denna, i

väntade förändringar som man oroar sig för eller i förhållanden som gör att man inte längre kan känna engagemang i arbetsuppgifterna. De kan också sökas i det informella samspelet mellan individer i arbetsgrupper, mellan grupper och avdelningar samt mellan chefer och personal. Det krävs en betydande insats från företagshälsovårdens sida om den skall kunna kartlägga var svårigheterna egentligen finns.

Att arbetsorganisatoriska förhållanden har så stor betydelse beror på att de flesta människor är mycket känsliga för hur de uppfattas och bedöms i de grupper som de ingår i. Konflikter och motstridigheter i de arbetsuppgifter som de anställda skall klara av, oklarheter och förändringar i egna och andras uppgifter medför både enligt forskning och allmän erfarenhet risker för upplevelse av spänning, bristande arbetstillfredsställelse, känsla av meningslöshet och lågt självförtroende.

Den nervfysiologiska och endokrinologiska forskningen har visat att psykiska reaktioner som oro och ängslan, uppfattning av egen och andras roll och position inte enbart är subjektiva fenomen. Upplevelser, iakttagelser, uppmärksamhet, känslor och behov, bedömning av det egna arbetet som meningsfullt eller meningslöst har i många fall visat sig få konsekvenser för såväl psykisk som fysisk hälsa.

Allt detta gör att även till synes diffusa och svårtolkade fenomen som psykiska och sociala effekter av arbetsmiljön kan bli föremål för undersökningar i fysiologisk, psykologisk och sociologisk forskning och för åtgärdsprogram i arbetsmiljöarbetet.

2.6 Arbetstider

Arbetstidens förläggning, t ex i form av skiftarbete, oregelbundna arbetstider eller långa och fysiskt ansträngande eller psykiskt uppmärksamhetskrävande arbetspass, kan räknas som en form av arbetsvillkor som har påtagliga konsekvenser för den anställde, medicinskt, psykologiskt och socialt.

Det är sömnen som störs mest av oregelbundna skifttider. Somliga får magbesvär och en del drabbas av trötthet som kan bli långvarig. Konstant nattskift och roterande skift medurs ger upphov till besvär hos ett färre antal människor. Men många får ändå svårigheter att delta i fritids- och kursverksamhet eller i familje-, förenings- och umgängesliv. En del har också problem med att få ostörd, bullerfri sömn på dagtid efter nattskift.

Företagshälsovårdens uppgift, psykologiskt och socialt, är att i förebyggande syfte ge råd om utformning av skift och oregelbundna arbetstider.

Till problemet med arbetstider hör också frågan om pauser och raster. Det har visat sig att många och korta pauser (s k mikropauser) är nödvändiga för välbefinnande, säkerhet och precision speciellt i fysiskt tungt eller monotont arbete och i sysselsättningar som ställer stora krav på uppmärksamhet och snabba reaktioner.

Det är företagshälsovårdens uppgift att hjälpa företagsledning och anställda att vid organisation av arbetet beakta längden på arbetspassen, förekomsten av pauser, koncentrationsgrad som erfordras för olika typer av arbetsuppgifter samt inverkan av den stimulans som sociala kontakter ger respektive den ansträngning som det medför att under längre tid arbeta avskild från andra.

3 Individ- och gruppinriktade förebyggande åtgärder

I arbetsmiljölagen 3 kap 3 § föreskrivs följande: "Det åligger arbetsgivare att taga hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika."

Bestämmelsen motiveras av att den som saknar erforderliga psykiska och fysiska förutsättningar för en arbetsuppgift kan utsätta sig själv eller andra för hälso- och olycksrisker.

Innebörden i bestämmelsen klargörs i propositionen om arbetsmiljölagen ytterligare på följande sätt (Prop. 1976/77:149 s 224): "Anpassningen av arbetet till människans förutsättningar innebär vidare att hänsyn måste tas till den enskilde arbetstagarens förutsättningar bl a vid bestämmande av arbetsintensitet och pauser. Arbetsbördan måste ges rimliga proportioner. Här skall också beaktas den psykiska sidan av arbetssituationen. Lika litet som någon får anlitas till ett arbete som är för tungt i rent fysiskt avseende, lika litet bör arbetstagare åläggas ett ansvar som han inte har utbildning för och inte heller känner sig kapabel att klara. För stora sådana påfrestningar kan leda till psykiska störningar och även till psykosomatiska sjukdomar."

Tekniskt, medicinskt, organisatoriskt, psykologiskt och socialt gäller det att ta hänsyn till enskilda arbetstagares förutsättningar för ett givet arbete ur hälsosynpunkt. Företagshälsovården skall föreslå förändringar i teknologi och organisation i den mån sådana är motiverade medicinskt, psykologiskt och socialt.

3.1 Nyanställningsundersökningar

Arbetsmiljölagen ställer krav på arbetsgivaren att svara för att den enskilde anställde har uppgifter som svarar mot hans eller hennes fysiska och psykiska förutsättningar.

Företagshälsovårdens arbete med dessa frågor kan särskilt i vissa fall då det gäller anställning av personer med arbetshandikapp eller då det gäller anställning av personal för speciellt krävande eller riskfulla arbetsuppgifter utmynna i förslag till speciell typ av inskolning och utbildning, avpassning av arbetsinsatsen eller förändring av arbetsuppgifternas natur, t ex med hjälp av extra teknisk utrustning, efter den nyanställdes förutsättningar.

3.2 Riktade hälsoundersökningar

Riktade hälsoundersökningar är ett begrepp som används inom företagshälsovården för att beteckna undersökningar av anställda som i sitt arbete kan befaras bli utsatta för vissa kända eller förmodade risker.

Det finns många exempel på hälsoundersökningar riktade mot specifika arbetsrelaterade problem, där psykiska och sociala effekter av arbetet stått i centrum för uppmärksamheten. Lärarna utgör en sådan grupp som blivit föremål för psykologiska och sociologiska undersökningar ur hälsosynpunkt. Ytterligare grupper som varit föremål för riktade hälsoundersökningar är lokförare, apotekspersonal, vikariepersonal och korttidsanställda.

Det är här inte fråga om riskgrupper i samma mening som i avsnitt 3.3 utan om personal som tjänstgör i riskyrken, på riskområden eller har yrkesroller som medför hälsorisker. En allt större grupp av detta slag är de som befinner sig i en situation där man planerar att införa ny teknik eller överväger andra former av rationalisering. Det är en relativt ny och samtidigt mycket stor uppgift för psykologiskt och socialt inriktad företagshälsovård att finna förslag till åtgärder som kan minska riskerna för psykisk ohälsa och social missanpassning i sådana situationer.

3.3 Speciella riskgrupper

Ur psykologisk och social synpunkt består riskgrupper av anställda som på grund av ålder, sociala svårigheter i privatlivet, psykiska besvär eller handikapp av något slag har eller kan få problem i arbetet. Från företagshälsovårdens sida krävs kontinuerlig kontakt med sådana grupper av anställda.

En annan typ av riskgrupper utgöres av personer som till följd av högt blodtryck, magbesvär av psykosomatisk natur, tidigare hjärtinfarkter etc inte kan klara stress lika bra som andra och kanske bör avrådas från vissa typer av påfrestande arbetsuppgifter där det råder tidspress eller stora krav på ansvar, precision och konfliktlösning.

Som dessa exempel visar kommer ökande kunskap om personer som löper särskild risk ur psykologisk, social och psykosomatisk synpunkt att ställa krav på företagshälsovården att förebygga hälsorisker genom att identifiera och hjälpa personer som reagerar kraftigt psykosomatiskt på vissa typer av arbetssituationer. Flera undersökningar pekar tämligen entydigt på att kombinationen av jäkt, dvs höga krav på utfört arbete per tidsenhet, och bristande kontroll över den egna arbetssituationen är en social och psykologisk omständighet i arbetslivet som ofta är direkt hälsofarlig.

Vid bedömning av vilka arbetsuppgifter som personer med handikapp av något slag kan utföra kan psykologiska undersökningar i vissa fall spela stor roll. Det kan gälla personer med förståndshandikapp, personer som är ängsliga och skygga, lätt uttröttbara, synskadade, hörselskadade, rörelsehindrade m fl. Den psykologiska bedömningen har i huvudsak tre syften:

- att finna lämpliga arbetsuppgifter åt arbetshandikappade
- att utreda vilken träning och utbildning som kan komma att behövas
- att föreslå utformning av arbetsuppgifterna så att de blir avpassade efter den enskildes förutsättningar och behov.

3.4 Hälsoundersökningar påbjudna i lag och föreskrifter

Det finns lagstadgade krav på periodiska hälsokontroller av t ex trafikpersonal samt av personer som i sitt arbete utsätts för bly, kadmium, kvicksilver, bensen och damm av visst slag.

Den psykologiska aspekten i detta sammanhang gäller de effekter som ovannämnda ämnen har såväl psykiskt som socialt. Redan medvetandet om riskerna med farliga ämnen i arbetsmiljön kan medföra psykiska besvär hos de anställda. Ofta framträder effekterna av påverkan på kroppsliga organ först i form av psykiska symtom. Dessa kan med psykologiska metoder

härledas till den påverkan som de utsatta personerna drabbats av. Exempel på psykiska symtom av kemiska ämnen är minnessvårigheter, koncentrations- och uppmärksamhetsrubbningar, nedstämdhet, huvudvärk och sömnstörningar.

4 Åtgärder i akuta problemsituationer

Någon allmän psykisk hälsovård i betydelsen behandling av psykiska störningar och kristillstånd hör inte till företagshälsovårdens uppgifter. Behovet av psykiatrisk rådgivning och behandling bör tillgodoses via förstärkning av psykiatriska och psykoterapeutiska resurser inom den allmänna hälso- och sjukvården.

Företagshälsovårdens socialkurativa verksamhet bör begränsas till arbetsrelaterade problem och bör framför allt inriktas på intensifierad samverkan med personalavdelningar och anpassningsgrupper (motsv). För personal som upplever speciella påfrestningar i sitt arbete bör dock företagshälsovården avsätta resurser för stödsamtal och rådgivning. På det sättet kan också problem fångas upp för mera allmänna åtgärder av förebyggande karaktär.

4.1 Olycksfall och katastrofsituationer

I samband med allvarligare olycksfall och vid explosioner och bränder och andra större katastrofer drabbas människor inte endast av kroppsskada som så snabbt och riktigt som möjligt måste komma under sakkunnig behandling. De skadade, de som blivit vittne till annans skada, de för säkerheten ansvariga samt anhöriga till de drabbade utsätts för psykisk påfrestning som kan leda till psykiskt chocktillstånd och eventuellt till en långvarig psykisk kris. Man använder uttrycket "psykologiska olycksfall" om sådana psykiska skador som uppstår hos personer som utan att kunna inskrida bevittnat allvarliga olycksfall eller som formellt sett varit vållande men i realiteten inte kunnat göra något för att förhindra olyckshändelsen.

Från mitten av 1950-talet har det utvecklats ett antal speciella metoder för psykologiskt och socialt inskridande i sådana situationer. Företagshälsovården skall kunna medverka i rehabilitering och med anpassningsåtgärder vid "psykologiska olycksfall". Den skall också ha resurser att ge berörd personal information och utbildning om hur psykiskt chockade personer skall tas om hand.

4.2 Utredning av anpassningsproblem och medverkan i rehabilitering

Många arbetstagare kan till följd av sjukdom, ändrade arbetskrav, personliga och sociala problem eller liknande inte klara av tidigare fullgjorda arbetsuppgifter eller kan vid nyanställning vara svårplacerade. Eftersom psykiska och sociala handikapp ofta leder till utslagning eller risk för utslagning tillhör det företagshälsovårdens psykologiska och sociala uppgifter att föreslå åtgärder för rehabilitering och habilitering och att utvärdera deras effekter.

4.3 Arbetsskadeutredning

Psykologiska undersökningar och social utredning är i många fall nödvändiga komplement vid bedömning av om skadan kan ha uppkommit i arbetet. I de fall då arbetsskadan är av psykiskt slag har givetvis psykologiska undersökningar och social utredning en särskilt viktig funktion att fylla. Företagshälsovården bör bevaka att även psykiska besvär som uppkommit i arbetssituationen blir beaktade som arbetsskador och att de blir anmälda och noggrant utredda.

4.4 Åtgärder i samband med vissa psykiska och sociala störningar på arbetsplatsen

Psykologiska och sociala åtgärdsprogram skiljer sig från medicinsk behandling i företagshälsovården på det sättet att det huvudsakligen är fråga om information, utbildning och medhjälp till förändring. Det gäller att ge de anställda ökad insikt i problemen, så att de själva, eventuellt med hjälp av expertkunskapen, kan ta itu med svårigheterna och lösa dem enligt egna värderingar och mål.

Olika typer av relations- och konfliktbearbetning i smågrupp har i en del fall gett positiva resultat när svårigheterna i arbetet inte är att söka främst i arbetsuppgifter eller arbetsorganisation utan i dåligt samarbetsklimat.

Från företagshälsovårdens sida söker man stimulera de anställda till att själva formulera vad de anser nödvändigt att förändra. De måste också få bestämma takten i denna förändring. Vad de i regel behöver hjälp med är tolkning av sin situation och med förslag till förändringsalternativ.

Om nu arbetet måste utföras av de inblandade personerna själva kan man fråga sig om hjälp från företagshälsovården eller annan motsvarande expertis verkligen behövs. Svaret är att det är svårt, i regel omöjligt att skapa motiv och möjlighet för diskussion utan den förändring i situationen som expertmedverkan innebär. Det kan vara alltför svårt att tala om känslor och upplevelser utan att det legitimeras av den medverkan utifrån som man bestämt sig för att ha hjälp av. Det kan också vara svårt att komma förbi skenförklaringar och förutfattade meningar utan experthjälp.

5 Utvecklingsarbete och utbildningsuppgifter

Det utvecklingsarbete och den utbildningsverksamhet som bedrivs inom lokal företagshälsovård har sina speciella psykologiska och sociala aspekter.

Medicinskt och tekniskt utvecklingsarbete och utbildningsverksamhet på dessa områden har direkt anknytning till beteendevetenskapliga frågor och principer. Allt utvecklingsarbete är förändringsinriktat och all utbildning har psykologiska och sociala sidor. Organisationsforskningen har visat att just förändringsarbete kan medföra stora psykologiska och sociala svårigheter.

5.1 Utvecklingsarbetets olika syften

Ett systematiskt bedrivet utvecklingsarbete bör ha flera syften. För det första skall syftet vara att förbättra kartläggnings- och åtgärdsmetoder. För det andra skall utvecklingsarbetet syfta till förbättring av de förhållanden som man kartlägger och sedan får justerade med hjälp av åtgärder. För det tredje bör metoder utvecklas för utvärdering av det förändringsarbete som består i försök med nya arbetsvillkor, ny arbetsorganisation eller nya arbetsmetoder.

5.2 Inriktningen på psykologiskt och socialt utvecklingsarbete

För varje företagshälsovårdsenhet måste man på grundval av metoder och kunskaper som tagits fram inom psykologisk, sociologisk och social forskning utforma den egna verksamheten efter de speciella uppgifter och förhållanden som råder på den eller de arbetsplatser som enheten betjänar.

På många håll har försök gjorts att finna sådana former för förändringsarbetet att de anställda själva tar ansvar för utformning och genomförande av förändringar. Man har på det sättet kunnat öka förändringsberedskapen och minska ångest och oro inför nya arbetsförhållanden.

5.3 Informations- och utbildningsverksamhet

Det föreligger ett stort allmänt informations- och utbildningsbehov beträffande psykologiska och sociala frågor i arbetslivet. Utbildning och information skall med olika innehåll och omfattning rikta sig till följande grupper:

- skyddsombud och skydds- respektive arbetsmiljökommittéledamöter
- chefer, arbetsledare och andra personalansvariga
- kommunala förtroendemän
- samtliga eller vissa grupper av anställda
- studerande inom t ex vårdutbildningen
- företagshälsovårdspersonal under utbildning
- företagshälsovårdspersonal i samband med internutbildning
- personal i speciella befattningar, t ex inköpare, konstruktörer, produktions- och driftsledare, planerare, projekterare och utbildare.

Företagshälsovården svarar för sådan kunskap som kan ge de anställda och arbetsledning m fl ökad kunskap om miljöns betydelse för känsloreaktioner, stämningslägen, socialt klimat och psykosomatiska reaktioner. De som deltagit i utbildningen kan med denna ökade insikt själva ta initiativ till förändringar och till bearbetning av konfliker, innan störningarna hunnit inverka menligt på arbetsglädje och psykisk hälsa.

6 Organisations- och personalfrågor

Skydds- och arbetsmiljökommittéer skall ha ett avgörande inflytande på företagshälsovården. De skall bland annat ta ställning till hur arbetet med

psykologiska och sociala uppgifter skall inverka på personaluppsättning och personalutbildning. Dessa frågor belyses här nedan.

Ända fram till mitten av 1970-talet var företagshälsovården främst inriktad på medicinska och tekniska frågor. Organisatoriskt kom den därför att bestå av två huvudfunktioner, en medicinsk och en teknisk.

Bristande kunskap om de psykologiska och sociala problemens natur och om sambanden mellan arbetsförhållanden och psykisk hälsa gjorde att man ofta inte kunde identifiera negativa sociala och psykiska effekter av miljön, arbetsuppgifterna och arbetsorganisationen.

Följande uppgifter för företagshälsovården är av det slaget att de kräver någon form av beteende- och samhällsvetenskapligt kunnande:

- att kartlägga och analysera de psykiska och sociala konsekvenserna av
  - kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer
  - arbetsuppläggning och arbetsinnehåll
  - arbetsorganisation, såväl befintlig som planerad
  - samarbetsförhållanden

  samt att därvid beakta det tekniska systemet (produktionstekniken i vid mening)
- att initiera och medverka till åtgärder som syftar till att åstadkomma en för psykisk hälsa gynnsam arbetsmiljö
- att utifrån beteendevetenskaplig kunskap medverka i olycksfallsförebyggande verksamhet
- att medverka i rehabiliteringsverksamhet och att därvid samverka med anpassningsgrupper och med samhällsorgan som har till uppgift att sörja för att arbetshandikappade bereds anställning
- att medverka i företagens personal- och organisationsutveckling
- att ta initiativ till och medverka i information och utbildning som gäller arbetsmiljöns psykologiska och sociala aspekter
- att medverka vid planering och genomförande av arbetsmiljöprojekt och i anslutning härtill bedriva utvecklingsarbete med psykologisk och social inriktning
- att bevaka aktuell beteende- och samhällsvetenskaplig arbetsmiljöforskning

I företagshälsovården står man numera inför uppgiften att pesonellt och organisatoriskt inlemma psykologiska och sociala arbetsuppgifter i verksamheten.

Inom det statliga avtalsområdet är man överens om att företagshälsovården skall ha en medicinsk, en teknisk och en psykosocial funktion. Inom det kommunala och landstingskommunala området anger Miljö 81 att företagshälsovården skall svara för medicinska, tekniska och psykosociala arbetsuppgifter men det sägs ingenting om hur detta skall ordnas organisatoriskt eller personellt. Inom SAF-, LO-, PTK-området har nyligen föreskrifter utformats om de psykologiska och sociala sidorna av företagshälsovårdens verksamhet.

Riskerna för psykisk ohälsa och sociala problem är större på vissa arbetsplatser än på andra liksom möjligheterna på många håll är mindre att skapa förutsättningar för välbefinnande, engagemang och personlig utveckling i arbetet. Beroende på de psykologiska och sociala frågornas tyngd och

karaktär kan man med denna utgångspunkt välja mellan följande alternativ:

- att öka psykologisk och social kompetens hos medicinsk och teknisk personal i företagshälsovården
- att tillföra företagshälsovården personal med särskild utbildning på det psykologiska och sociala området och att samtidigt öka psykologisk och social kompetens hos medicinsk och teknisk personal.

Det bör alltså vara problemens omfattning och art som inom ramen för gällande avtal och stadgar bestämmer vilken personal i företagshälsovården som skall bidra till att förebygga och i övrigt arbeta med psykologiska och sociala problem i arbetsmiljön.

Om man finner att de psykologiska och sociala problemen är av stor omfattning och kontinuerligt kan komma att bidra till sjukdomar och olycksfall, bör personal med beteendevetenskaplig utbildning tillföras företagshälsovården. Man kan emellertid räkna med att psykologiska och sociala arbetsuppgifter i många fall kan integreras med de medicinska och tekniska på sådant sätt att de kan fullgöras av medicinsk och teknisk personal.

Oavsett vilken personal som svarar för de psykologiska och sociala uppgifterna är en integration med den medicinska och tekniska verksamheten angelägen med tanke på arbetsorganisationens övergripande betydelse för arbetsmiljöverksamheten i dess helhet. Även de psykologiska och sociala faktorernas betydelse för framgångsrikt utvecklings- och förändringsarbete bör beaktas, liksom rehabiliterings- och utbildningsverksamhetens inslag av pedagogisk, psykologisk och social karaktär.

De ovan anförda synpunkterna innebär sålunda inte att man kan bortse från eller försumma de psykologiska och sociala arbetsuppgifterna. Om kunnande och kompetens saknas på detta område inom en företagshälsovårdsenhet bör denna brist på ett eller annat sätt avhjälpas. En möjlighet kan då vara att medicinsk och teknisk personal får genomgå erforderlig efterutbildning.

I den mån som man kan förutsätta att de sociala och psykologiska aspekterna av arbetsmiljön helt faller inom den tekniska och medicinska personalens arbetsområde är det viktigt att beakta möjligheten att ha tillgång till beteendevetenskaplig konsult i speciella frågor. Härvidlag är det väsentligt att man ser till att sådan expertis i första hand finns tillgänglig vid de yrkesmedicinska klinikerna på länsnivå.

År 1982 fanns inom Statshälsan 63 beteendevetare anställda som personalkonsulenter i företagshälsovården, ett antal som vid samma tidpunkt beräknades bli fördubblat inom en femårsperiod. I övrigt är det endast i begränsad omfattning och på längre sikt som man kan tänka sig lösningar enligt vilka beteendevetare i större omfattning skulle kunna ingå som fast personal vid företagshälsovårdsenheterna. Det viktigaste skälet till detta är att åtminstone utanför det statliga avtalsområdet de psykologiska och sociala uppgifterna successivt måste preciseras i nära samverkan mellan arbetsmarknadens parter och företagshälsovården och med beaktande av de resurser i övrigt som kan komma i fråga då det gäller att arbeta med psykologiska och sociala frågor på arbetsplatsen. Detta problem behandlas nedan i avsnitt 7.1.

7 Utbildning för psykologiska och sociala uppgifter

7.1 Bakgrund och förutsättningar

För att kunna bedöma hälsoeffekterna av olika tekniska och organisatoriska anordningar bör medicinsk och teknisk personal ha fördjupande insikter på det psykologiska och sociologiska området samt i beteendevetenskaplig forsknings- och utredningsmetodik. Målet är att man inom företagshälsovården skall kunna identifiera och lokalisera psykologiska och sociala hälsorisker med hjälp av epidemiologiska och experimentella uppläggningar av undersöknings- och utredningsförfarandet på den enskilda arbetsplatsen. Man skall då kunna repliera på den forskning som bedrivs inom arbetsmiljöområdet.

I företagshälsovårdsenheter där det redan finns personal med beteendevetenskaplig grundutbildning bör denna erbjudas sådan kompletterande utbildning att den kan svara för såväl arbetsmiljöinriktad som grupp- och individinriktad verksamhet.

De psykologiska och sociala arbetsuppgifterna kommer att utkristalliseras mera tydligt efterhand som arbetsmarknadens parter i samarbete med företagshälsovårdens personal preciserar målen för de psykologiska och sociala insatserna och finner vägar att nå dem. Redan nu är det dock angeläget att man försöker fastställa utbildningsväg för beteendevetare som via grund- och vidareutbildning vill erhålla kompetens som beteendevetenskapliga experter inom företagshälsovården.

Grund- och vidareutbildning i beteende- och samhällsvetenskapliga ämnen (psykologi, sociologi, pedagogik m fl) kan då också avpassas efter de aktuella arbetsuppgifterna. Det är därför angeläget att UHÄ får i uppdrag att i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och i nära samverkan med företagshälsovårdsdelegationen utreda behovet av och förutsättningarna för att anordna vidareutbildning i företagshälsovård för personer med beteendevetenskaplig eller social grundutbildning. Därvid bör man även utreda om befintliga grundutbildningar bör profileras mot företagshälsovård eller på annat sätt förstärkas med inslag som rör företagshälsovård. Vad sådana inslag skulle bestå i framgår av innehållet i avsnitt 7.3.1 nedan.

Under en övergångstid bör man dock lägga in sådana moment i psykologutbildningen och påbyggnader på socionomutbildningen som direkt tillgodoser krav som ställs på beteendevetare i företagshälsovården.

Utbildningsfrågorna kommer med ledning av ovanstående att behandlas enligt följande disposition:

- innehåll i efterutbildning av personal som redan har vidareutbildning i företagshälsovård (företagsläkare, skyddsingenjörer, företagssköterskor, företagsgymnaster)
- förändring av innehållet i vidareutbildningen i företagshälsovård
- innehåll i utbildning för sådan personal med beteendevetenskaplig eller social grundutbildning som redan är anställd i företagshälsovården
- lokalisering, lärare, utbildningens omfattning i tid och deltagarantal.

7.2 Efterutbildning för medicinsk och teknisk personal

Behovet av kompletterande utbildning i psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor för personer som tidigare genomgått vidareutbildning i företagshälsovård varierar. En del har genomgått yrkes- eller specialistutbildning med inriktning på psykiatriska, socialmedicinska eller psykosomatiska problem. Andra har genom sin verksamhet i företagshälsovården och genom kurser tillägnat sig ett psykologiskt och socialt synsätt.

Genom att det är först på senare år som man mera allmänt fått upp ögonen för de psykologiska och sociala faktorernas betydelse för människors allmänna hälsotillstånd och vitalitet, kan man räkna med att många som arbetar inom företagshälsovården nu skulle önska att på ett annat sätt än som varit möjligt tidigare beakta arbetsmiljöns psykologiska och sociala sidor. Även om man redan i stor utsträckning intresserat sig för enskilda anställdas psykiska och sociala problem, måste man nu börja ägna sig åt psykologiska och sociala aspekter på arbetsmiljön som helhet och inrikta sig på att förebygga uppkomsten av psykiska och sociala problem.

Syftet med efterutbildningen skall vara att med nya kunskaper vidga perspektiven för deltagarna, också för dem som redan känner sig förtrogna med psykologiska och sociala insatser i sitt arbete inom företagshälsovården.

Målet skall emellertid inte vara att åstadkomma en dubbelutbildning i den bemärkelsen att man gör medicinsk och teknisk personal även till beteendevetare. Man bör därför inte arrangera kursmoment i psykologiska och sociala frågor som är fristående från de olika befattningshavarnas medicinska och tekniska specialisering. För att få tillräcklig fördjupning i beteendevetenskaplig teori och metodik bör man eftersträva en utvidgning av de olika specialisternas kompetens. Tankegången bör vara densamma som när man talar om medicinsk psykologi, medicinsk sociologi, teknisk psykologi, psykiatrisk sjukgymnastik, beteendetoxikologi etc, nämligen att göra medicinsk och teknisk personal medveten om de psykologiska och sociala sidorna av respektive specialområde.

7.2.1 Innehåll och uppläggning

Innehållet bör anpassas till förutsättningar och behov hos kursdeltagarna. Utbildningen bör vara probleminriktad och ta sin utgångspunkt i deltagarnas arbete med arbetsmiljöfrågor inom den egna företagshälsovården. Undervisningen kan i huvudsak ske via arbetsmaterial, kurslitteratur och handledning. Genom kursen skall deltagarna få inblick i följande frågor:

- undersöknings- och utredningsmetoder med särskild inriktning på psykologiska och sociala aspekter på arbetsmiljön
- psykologiska och sociala effekter av arbetsmiljön
- arbetsuppgifters och arbetsförhållandens anpassning till människors psykiska förutsättningar
- arbetstagare med speciella svårigheter
- utvecklings- och förändringsarbete
- yrkesetiska frågor

7.3 Förändringar av innehållet i vidareutbildningen i företagshälsovård

Oavsett om personal med psykologisk eller social grundutbildning anställs i företagshälsovården eller ej, skulle man med tanke på de psykologiska och sociala frågornas ökade vikt behöva förstärka inslag av denna karaktär i vidareutbildningen i företagshälsovård för de yrkesgrupper som normalt finns i denna.

För närvarande upptar de psykologiska och sociala frågorna cirka 15 procent av vidareutbildningen för företagsläkare och cirka 20 procent för företagssköterskorna. I utbildningen av skyddsingenjörer och företagsgymnaster är också en del av tiden avsatt för detta ändamål fast mindre än för de nyssnämnda.

Genom denna orientering tillförs teknisk och medicinsk personal viss kompetens att identifiera problem på det psykologiska och sociala området. Om denna personal skall kunna arbeta mera systematiskt och målmedvetet med psykologiska och sociala faktorer i arbetsmiljön på den enskilda arbetsplatsen måste den få en fördjupad insikt i sambanden mellan miljöfaktorer å ena sidan och arbetstillfredsställelse, hälsotillstånd och effektivitet hos de anställda å andra sidan. Allt mera omfattande kunskap börjar bli tillgänglig om sambanden mellan miljöförhållanden och sociala, psykiska och kroppsliga processer. Utan att få tillgång till forskningsresultat och undersökningsmetoder på detta område är det svårt för teknisk och medicinsk personl att utforma modeller för förebyggande verksamhet så att psykologiska och sociala aspekter blir beaktade.

De psykologiska och sociala avsnitten av företagshälsovårdens uppgifter bör inte behandlas isolerade från de medicinska och tekniska mer än i den utsträckning som det är motiverat med hänsyn till de problem som saknar anknytning till de medicinska och tekniska sidorna av verksamheten. Det finns givetvis på motsvarande sätt tekniska och medicinska aspekter av företagshälsovård som måste behandlas för sig och utan anknytning till de övriga.

Förstärkningen av de psykologiska och sociala inslagen i vidareutbildningen föreslås ske i enlighet med följande riktlinjer.

7.3.1 Speciella psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor

Renodlat psykologiska och sociala problem har på många arbetsplatser stor betydelse. Det är också möjligt att identifiera arbetsmiljörisker som i första hand är av psykologisk och social natur. För detta ändamål kan beteendevetenskapliga kartläggningsmetoder användas. Det går sedan på grundval av resultaten av kartläggningen att formulera förslag till åtgärder som syftar till att avhjälpa sådana hälsorisker i arbetsmijön som vanligen betecknas som "psykosociala".

För att möjliggöra insatser av detta slag skulle man behöva två utbildningsveckor då man kan ta upp

- sociala faktorers inverkan på människors psykiska hälsotillstånd
- upplevelsemätning av miljöfaktorer
- arbetsorganisationens, grupp- och rollmönstrens samband med psykiska

och psykosomatiska besvär
- åtgärder som syftar till att förebygga respektive häva psykiska stress- och kristillstånd
- socialt och kulturellt betingad uppfattning av sociala och psykologiska arbetsmiljöfrågor
- sociala och kulturella perspektiv på inställning till hälsa och sjukdom, teknologi och arbete.

Under den första veckan planeras ett projektarbete (fältarbete) för varje deltagare inom ramen för vars och ens yrkesverksamhet eller praktik i företagshälsovården. Under den andra veckan analyseras genomförande och resultat av dessa arbeten.

I detta sammanhang behandlas också hur man skall kunna bedöma när det erfordras beteendevetenskaplig expertis som konsulter för hjälp med insatser av ovannämnda slag.

7.3.2 Psykologiska och sociala aspekter av medicinska och tekniska arbetsuppgifter

Som framgått av avsnitt 2–4 i denna bilaga har många rent tekniska och medicinska aspekter av företagshälsovården också psykologiska och sociala sidor. Dessa tas lämpligast upp i direkt anslutning till de övriga aspekterna antingen genom att de lärare som ansvarar för de olika momenten själva belyser de psykologiska och sociala sammanhangen eller genom att lärarlagsprincipen tillämpas.

Teman som föreslås bli behandlade kontinuerligt under kurstiden är av följande slag:

- effekter på hälsa och välbefinnande av miljöns fysisk/kemiska, biologiska, sociala, tekniska och estetiska egenskaper
- samband fysisk/kemisk miljö och teknisk utrustning – arbetsorganisation – psykiska reaktionsmönster – av dessa betingade psykiska och kroppsliga besvär
- psykologiska och sociala synpunkter på utformning av arbetslokaler, anläggningar och produktionsteknik
- anpassning av teknisk utrustning och arbetsuppgifter till arbetstagares individuella psykiska och sociala behov och förutsättningar
- olycksfallsförebyggande åtgärder motiverade av kännedom om människors benägenhet att ta risker, uppfattnings- och reaktionssätt, motivation och inlärningsförmåga
- arbetsskadeutredningar med beaktande av psykologiska och sociala faktorer
- psykologiska och sociala synpunkter på samverkansmodeller och förändringsarbete, särskilt med hänsyn till företagshälsovårdens behov av samarbete med företagsledning, arbetsledare, skyddskommitté, personalfunktion, primärvård, socialtjänst, arbetsvård, yrkesmedicinsk klinik osv
- normer och regler, etiskt – psykologiskt – socialt, för den egna yrkesrollen i relation till övrig personal inom och utanför företagshälsovårdsenheten.

7.4 Utbildning för beteendevetare verksamma inom företagshälsovården och vid yrkesmedicinska kliniker

I många företagshälsovårdsenheter finns personer med beteendevetenskaplig grundutbildning anställda. Enligt tillgänglig statistik rör det sig i privat och offentlig tjänst om mellan 40 och 50 psykologer och omkring 200 socionomer. De har vanligen yrkesbeteckningen personalkonsulenter men kallas i arbetsmiljö- och företagshälsovårdssammanhang ofta "beteendevetare".

För beteendevetare som redan är verksamma i företagshälsovårdsenheter har det hittills med vissa undantag och för vissa områden, t ex inom Statshälsan, saknats möjligheter till systematisk utbildning för arbetsmiljöarbete. Det måste anses synnerligen angeläget att sådan utbildning kommer till stånd på likartat sätt som det finns specialutbildning för företagsläkare, företagssköterskor, skyddsingenjörer och företagsgymnaster.

Utbildningens innehåll och uppläggning bör i allt väsentligt stämma överens med vad som gäller för de övriga personalkategorierna.

7.4.1 Innehåll

Syftet med den här föreslagna utbildningen för beteendevetare är att utvidga deltagarnas kompetens till att omfatta även andra psykologiska och sociala uppgifter än sådana som tidigare ingått i deras arbete. Utbildningen kan därigenom verka som en stimulans till förändring och utveckling av företagshälsovårdens innehåll och inriktning på de arbetsplatser där det finns beteendevetare anställda.

Genom utbildningen bör deltagarna få inblick i följande frågor och utveckla sitt kunnande på följande områden:

Förutsättningar för psykologiskt och socialt inriktad verksamhet i företagshälsovården

- Företagshälsovårdens framväxt och organisation
- Företagshälsovårdens roll i förhållande till andra resurser och intressenter, t ex fackliga organisationer, företagsledning, personalfunktion, primärvård, arbetsvård osv
- Lagar, föreskrifter, rutiner, förhållanden som rör produktionsteknik, beslutsvägar, ansvarsfördelning, lönesättning m m
- Företagsorganisation, beslutsvägar m m

Undersöknings- och utredningsmetoder med särskild inriktning på psykologiska och sociala aspekter av arbetsmiljön

- Epidemiologisk kartläggning av sambandet mellan t ex arbetsmiljö, produktionsteknik, arbetsorganisation, sociala relationer och anställdas psykiska reaktioner på dessa fenomen
- Upplevelsemätning av miljöfaktorer, t ex ljud, buller, ljus, värme, kyla, drag, fysisk och psykisk arbetsbelastning
- Enkät- och intervjumetodik
- Beteendevetenskaplig metodik vid arbetsskadeutredningar

Psykologiska och sociala effekter av arbetsmiljön

- Ergonomiska och produktionstekniska aspekter
- Effekter på psykiskt välbefinnande av miljöns fysisk/kemiska, biologiska, sociala, tekniska och estetiska egenskaper
- Samband fysisk/kemisk miljö och teknisk utrustning – arbetsorganisation – psykiska reaktionsmönster – av dessa betingade psykiska och kroppsliga besvär
- Arbetsorganisationens och grupp- och rollmönstrens samband med psykiska besvär och psykiskt välbefinnande
- Psykologiska och sociala synpunkter på utformning av arbetslokaler, anläggningar och produktionsteknik

Arbetsuppgifters och arbetsförhållandens anpassning till människors psykiska förutsättningar

- Synpunkter på produktionsteknik för anpassning av arbetet till arbetstagares individuella psykiska och sociala behov och förutsättningar
- Psykisk arbetsbelastning och dess samband med arbetets uppläggning och organisation
- Stress. Kriser i grupper och hos enskilda. Samband mellan åtgärdsformer och hävande av stress- och kristillstånd. Effekter av förebyggande verksamhet
- Arbets- och ansvarsfördelning ur psykologisk och socialpsykologisk synpunkt med särskild tonvikt på konsekvenser för arbetstillfredsställelse respektive psykiska och psykosomatiska besvär
- Insatser som syftar till att förebygga kriser och stress eller till hjälp åt arbetstagare som drabbas av psykiska besvär till följd av problem i arbetet
- Kartläggningar och åtgärdsförslag i olycksfallsförebyggande syfte
- Psykologiska och sociala förhållanden som bör beaktas vid arbetsskadeutredningar

Arbetshandikapp, rehabilitering, anpassningsgrupper

- Psykologiska och sociala synpunkter på arbets- och anpassningsproblem hos riskgrupper och hos anställda med speciella svårigheter
- Främjandelagen, arbetshandikappade och anpassningsgrupperna
- Sjukdomsupplevelse och inställning till hälso- och sjukvård hos olika grupper av människor beroende på social och kulturell bakgrund, yrkestillhörighet m m
- Psykologiska och sociala insatser i samband med rehabilitering
- Samverkan mellan företagshälsovården och anpassningsgrupperna

Utvecklings- och förändringsarbete

- Psykologiska och sociala synpunkter på samverkansmodeller och förändringsarbete med tanke på företagshälsovårdens uppgift att föreslå åtgärder som kan förebygga stress, kriser och psykisk ohälsa
- Organisationsutveckling som syftar till förändring av företagshälsovårdens arbetsformer och samverkan med företagsledning, fackliga organi-

sationer, skyddskommitté, personalfunktion, primärvård, socialtjänst, arbetsvård, yrkesmedicinsk klinik osv
- Uppläggning och genomförande av utbildnings- och informationsprogram som gäller psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor

Yrkesetiska frågor

- Etiska principer för verksamhet i vilken ingår psykologiska och sociala uppgifter
- Normer och regler för beteendevetarrollen i relation till andra befattningshavare i företagshälsovård och miljöarbete samt till personal utanför företagshälsovårdsenheten

7.5 Anordnande av utbildningen

Vidareutbildningen i företagshälsovård har huvudsakligen organiserats centralt och till större delen varit förlagd till stockholmsområdet. Under förutsättning att arbetsvetenskapliga institutioner byggs upp och konsolideras på andra håll i landet bör man eftersträva att förlägga den i tidigare avsnitt föreslagna utbildningen också till orter ute i landet. Institutioner i högskolan och arbetarskyddsstyrelsen skulle i samarbete med yrkesmedicinska kliniker på regionnivå och företagshälsovårdsenheter kunna svara för genomförandet av utbildningen. Som lärare och handledare bör man i första hand välja personer sysselsatta med forskning och utvecklingsarbete inom arbetsmiljöområdet samt personer verksamma i företagshälsovård och vid yrkesmedicinsk klinik.

Utbildningen för beteendevetare verksamma i företagshälsovården föreslås omfatta totalt 25 seminarie- och konferensdagar fördelade över ett läsår t ex på följande sätt: introduktion 3–5 dagar; seminarieövningar med behandling av deltagarnas projekt och av momenten i utbildningsprogrammet (i huvudsak med deltagare som föredragande och lärare som handledare) fördelas på 1–2-dagarskonferenser cirka var tredje vecka; avslutning, redovisningar och utvärdering 3–5 dagar.

Antalet beteendevetare som skulle kunna komma i fråga för utbildning rör sig uppskattningsvis om 100–150 personer. Utbildning för 30–40 av dessa bör ordnas vartannat år över en sexårsperiod. Målgruppen är beteendevetare anställda inom företagshälsovården och vid de yrkesmedicinska klinikerna.

Efterutbildningen för övriga kategorier föreslås omfatta totalt cirka 18 dagar fördelade över ett läsår. Tiden kan disponeras så, att man har en tredagars introduktion, därefter en kursdag var tredje vecka och avslutar med en tredagarskonferens. Om samundervisning med beteendevetare sker i seminariegrupperna läggs speciella beteendevetenskapliga moment utanför det för alla gemensamma programmet.

Antalet deltagare av övriga kategorier bör uppgå till ett hundratal personer årligen fördelade på tre kurser.

7.6 Sammanfattning om utbildning

Det bör avslutningsvis betonas att den utbildning som föreslås i denna bilaga är att betrakta som konsulthjälp för deltagarna. Dessa skall få kompetens att ta itu med psykologiska och sociala aspekter av arbetsmiljöproblemen på ett sätt som de med tidigare utbildning inte känt sig beredda att göra.

Genom projektorganiseringen av utbildningen, eventuell användning av distansmaterial och praktikförankringen bör kurser av detta slag kunna bli en direkt resurs för deltagarnas arbete med psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor.

Innehåll

1 *Inledning* 347
1.1 Begreppet "psykosocial" 347
1.2 Utgångspunkter i lagstiftning och avtal 348
1.3 Psykologiska och sociala uppgifter insatta i ett större sammanhang 349
1.4 Bilagans syfte och uppläggning 350

2 *Arbetsmiljöinriktade förebyggande insatser* 351
2.1 Olycksfallsförebyggande verksamhet 352
2.1.1 Första hjälpen vid olycksfall och akut sjukdom . . 352
2.2 Fysikalisk miljö 353
2.3 Kemiska miljöfaktorer 354
2.4 Den tekniska utformningen av arbetsuppgifter 355
2.5 Arbetets organisation och innehåll 355
2.6 Arbetstider 357

3 *Individ- och gruppinriktade förebyggande åtgärder* 358
3.1 Nyanställningsundersökningar 358
3.2 Riktade hälsoundersökningar 358
3.3 Speciella riskgrupper 359
3.4 Hälsoundersökningar påbjudna i lag och föreskrifter . . . 359

4 *Åtgärder i akuta problemsituationer* 360
4.1 Olycksfall och katastrofsituationer 360
4.2 Utredning av anpassningsproblem och medverkan i rehabilitering 360
4.3 Arbetsskadeutredning 361
4.4 Åtgärder i samband med vissa psykiska och sociala störningar på arbetsplatsen 361

5 *Utvecklingsarbete och utbildningsuppgifter* 361
5.1 Utvecklingsarbetets olika syften 362
5.2 Inriktningen på psykologiskt och socialt utvecklingsarbete . 362
5.3 Informations- och utbildningsverksamhet 362

6 *Organisations- och personalfrågor* 362

7 *Utbildning för psykologiska och sociala uppgifter* 365
7.1 Bakgrund och förutsättningar 365
7.2 Efterutbildning för medicinsk och teknisk personal 366
7.2.1 Innehåll och uppläggning 366
7.3 Förändringar i innehållet i vidareutbildningen i företagshälsovård 367
7.3.1 Speciella psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågor . 367
7.3.2 Psykologiska och sociala aspekter av medicinska och tekniska arbetsuppgifter 368
7.4 Utbildning för beteendevetare verksamma inom företagshälsovården och vid yrkesmedicinska kliniker 369
7.4.1 Innehåll 369
7.5 Anordnande av utbildningen 371
7.6 Sammanfattning om utbildning 372

Bilaga 3 Småföretag. En översikt med hänsyn till förutsättningar för och behov av företagshälsovård

1 Sammanfattning

Majoriteten av företag i Sverige är små företag. Endast en procent av samtliga företag (motsv) har fler än 50 anställda. Totalt fanns 1980 c 205 000 småföretag med anställda varav c 110 000 endast hade högst en årsanställd. Småföretagen svarar för drygt en fjärdedel av arbetsmarknaden.

Handel och andra former av serviceverksamhet dominerar bland småföretagen. Man kan räkna med att c 60 procent av de anställda i småföretag finns inom tjänstesektorn (SNI 6, 7, 8 och 9) och c 40 procent inom den varuproducerade sektorn.

Karakteristiskt för de minsta småföretagen är den jämfört med större företag förhållandevis låga organisationsgraden. Detta gäller både arbetsgivare och arbetstagare. Avtal saknas därför på många håll. Man kan räkna med att åtminstone 40 procent av företagen med färre än tio anställda inte har kollektivavtal. Förutsättningarna att driva ett organiserat fackligt arbete på dessa arbetsplatser är därför inte de bästa. Bland de minsta småföretagen med en till fyra anställda inom industrin (Metalls och Fabriks områden) saknar hälften lokal facklig organisation.

De små företagen har ofta betydande svårigheter att klara skyddsarbetet. Kunskaperna om arbetsmiljörisker kan ibland vara otillräckliga. Särskilda rutiner, t ex skyddsronder, saknas ofta liksom ett systematiskt arbete för att förbättra arbetsmiljön. Ibland lägger ekonomin hinder i vägen för mer omfattande insatser samtidigt som mindre kostsamma åtgärder inte kommer till stånd på grund av bristande kunskaper och uppmärksamhet. Behovet av hjälp med information och praktiska råd direkt på arbetsplatserna är i regel stort.

De små företagens arbetsmiljöproblem skiljer sig inte avgörande från de större företagens i samma bransch. Möjligen kan behoven av åtgärder med hänsyn till den fysiska miljön vara större i de små företagen men det finns knappast underlag för generella slutsatser i någondera riktningen. Inom handel och andra servicenäringar som dominerar bland småföretagen är arbetsmiljöproblemen visserligen sällan dramatiska men det finns få företag som inte behöver åtgärdas ur arbetsmiljösynpunkt.

2 Småföretagens antal och ägarförhållanden

2.1 Begreppet småföretag

Småföretagsbegreppet är inte entydigt. Ett företag som i en bransch betecknas som stort kan i en annan förefalla mycket litet. I denna bilaga kommer emellertid *företag med färre än 50 anställda att betecknas som småföretag*. Det får till följd att en betydande andel av företagen i landet kommer att betecknas som småföretag. Endast en minoritet av dessa företag med färre än 50 anställda har för närvarande företagshälsovård. De saknar också i regel skyddskommitté, vilket minskar möjligheterna att bedriva en organiserad skyddsverksamhet. Den valda gränsen innebär inte att företag med färre än 50 anställda skulle vara en homogen grupp. Tvärtom finns bland småföretagen betydande olikheter, särskilt mellan småföretag med endast några få anställda och småföretag med några tiotal anställda. Exempel på sådana skillnader som i hög grad hänger samman med företagsstorlek är förekomsten av kollektivavtal, lokal facklig organisation, arbetsgivarens medlemskap i arbetsgivarorganisation, förekomst av skyddsombud etc. Detta redovisas längre fram i bilagan vars syfte är att översiktligt beskriva småföretagens branschstruktur, lokala fackliga organisation och skyddsverksamhet samt deras arbetsmiljöproblem.

2.2 Statistik om småföretag och ägarförhållanden

Som framgår av tabell 1 nedan har nästan 99 procent av samtliga företag färre än 50 anställda. Av dessa är det dessutom nästan hälften som är företag utan anställd personal.

Man får skilja på företag med respektive utan anställda. *Företag utan anställda* är i de flesta fall s k egenföretag, där en eller flera personer

Tabell 1 Antal företag och anställda (årsverken) fördelade på storleksklass 1980

Storleksklass (årsverken)	Företag[a]			Anställda (årsverken)[b]	
	antal	rel andel		antal	rel andel
Företag utan anställda	178 955	45,8			
0,1 – 1	108 865	27,9	51,4	61 038	1,9
2 – 4	53 251	13,6	25,1	141 234	4,3
5 – 9	24 443	6,3	11,5	157 739	4,8
10 – 19	12 476	3,2	5,9	165 656	5,1
20 – 49	7 656	2,0	3,6	228 966	7,0
50 –	5 247	1,3	2,5	2 510 805	76,9
Summa	390 893	100,0	100,0	3 265 439	100,0

[a]Exkl c 40 000 ej storleksgraderade företag.
[b]Observera att antalet anställda är räknat i årsverken. Det faktiska antalet individer är större. För arbetsmarknaden i sin helhet gäller att c 1,2 gånger antalet årsverken = antalet anställda.
Källa: Centrala Företagsregistret, CFR 1980.

Tabell 2 Antal företag med högst en anställd efter juridisk form[a] 1980

Storleksklass (antal anställda)	Juridisk form									
	Fysisk person	Enkelt bolag	Handels-bolag	Aktie-bolag	Ekon fören	Ideell fören	Stiftel-se	Offentl myndigh	Annan form	Totalt
0,0	155 066	2 364	3 185	8 192	1 674	1 750	183	156	6 385	178 955
0,1 – 1	61 816	5 101	8 447	14 317	6 528	2 680	282	858	8 836	108 865

[a] CFR omfattar företag som erlägger moms och/eller lämnar arbetsgivareuppgift. Vilande företag och liknande ingår därför inte här. Dessutom saknas vissa företag utan anställda som är momsbefriade. En bransch med sådan momsbefrielse är t ex frisörerna.
Källa: CFR 1980.

samtidigt äger och utför arbete i en rörelse. Egenföretagaren kan bedriva rörelsen ensam eller tillsammans med kompanjoner, delägare eller familjemedlemmar.

Familjeföretag är ett annat begrepp som förekommer i sammanhanget. Ett familjeföretag är ett fristående företag som ägs av få personer, ofta relaterade genom släktskap. Beteckningen syftar således inte i första hand på dem som arbetar i företaget utan på ägarna. Andelen familjeföretag är mycket hög bland småföretagen. Inom t ex tillverkningsindustrin är 95 procent av småföretagen familjeföretag.

Tabell 2 visar mer i detalj vilka företagsformer som förekommer bland dessa minsta företag. *Företag utan anställda* (storleksklassen 0,0) domineras av gruppen enskild firma (fysisk person) med 155 000 företag. De är vad vi brukar kalla egenföretagare, t ex lantbrukare, hantverkare och andra fria yrkesutövare utan anställd personal. Till gruppen hör också företag drivna som enkla bolag eller som handelsbolag. De övriga företagsformerna, bl a aktiebolag och stiftelser etc innefattar någon form av mervärdesskattepliktig verksamhet utan att direkt ha någon personal anställd.

Antalet personer som är egna företagare framgår av statistik ur arbetskraftsundersökningarna (AKU), (tabell 3).

Tabell 3 Antal egna företagare och medhjälpare 1980

Kategori	Antal
Företagare utan anställda	249 000[a]
Företagare med anställda	66 000
Medhjälpare	23 000[b]
Summa	338 000

[a] Som framgår vid en jämförelse med tabell 1 är antalet företagare utan anställda större än antalet företag utan anställda. Detta beror bl a på att många av företagen drivs av flera kompanjoner och delägare.
[b] Medhjälpare är personer som arbetar utan lön t ex familjemedlemmar i ett jordbruk etc.
Källa: AKU årsmedelvärde 1980.

Den andra storleksklassen (0,1 – 1 årsverken) är *företag med anställda.* Drygt hälften av samtliga småföretag med anställda tillhör denna grupp men den svarar ändå bara för knappt två procent av sysselsättningen. Av tabell 2 framgår att företagsformen enskild firma (fysisk person) är vanligast. Det kan t ex vara en lantbrukare som tillfälligt eller stadigvarande har en lantarbetare anställd, en butiksinnehavare som har ett butiksbiträde etc. Verksamheten kan också drivas i någon annan juridisk form. I fallet aktiebolag kan ofta bolagsägaren och den anställde vara samma person. Denna redovisas som anställd i statistiken men borde kanske i realiteten betraktas som egenföretagare utan anställd personal.

Antalet småföretag med fler än en årsanställd uppgår till c 97 000. Som framgår av tabell 26 i slutet av bilagan är majoriteten av dessa aktiebolag och blir så i allt högre grad med ökande företagsstorlek. Av småföretag med fler än tio anställda är drygt 80 procent aktiebolag.

Den konventionella bilden av småföretagen som fåmansägda familjeföretag gäller endast delvis. Inom tillverkningsindustrin är det relativt vanligt att småföretag ingår i större ekonomiska enheter än det egna företaget. Man räknar med att vart fjärde tillverkningsföretag med 20 – 44 anställda är koncernägt.

Sammanfattningsvis kan följande konstateras beträffande småföretagens antal och fördelning.

- Knappt en fjärdedel av samtliga anställda finns i småföretagen (färre än 50 anställda).
- Av totalt c 390 000 företag i landet är c 385 000 småföretag.
- Av 385 000 småföretag har 205 000 anställd personal.
- Av 205 000 småföretag med anställd personal har c 97 000 företag mer än en årsanställd.

3 Småföretagen i olika branscher

Andelen småföretag skiljer sig betydligt mellan olika näringsgrenar och branscher. Räknat på samtliga anställda finns c 25 procent i företag med färre

Tabell 4 Antal egna företagare utan anställda i skilda näringsgrenar 1980

Näringsgren enl SNI	Antal företagare utan anställda
1. Jord- och skogsbruk m m	120 300
2. Gruvor och mineralbrott	200
3. Tillverkningsindustri	16 000
4. El-, värme-, vattenverk	0
5. Byggnadsindustri	23 300
6. Varuhandel, restaurang- och hotellrörelse	32 300
7. Samfärdsel m m	17 700
8. Uppdragsverksamhet m m	11 200
9. Serviceverksamhet m m	29 500
Summa	250 500

Källa: AKU 1980.

Tabell 5 Antal företag med anställda och antal anställda (årsverken) fördelat på näringsgren och företagsstorlek 1980

Storleksklass	0,1 – 49		50 –	
Näringsgren enl SNI	företag	anställda	företag	anställda
1. Jord- och skogsbruk m m	37 431	39 148	93	25 036
2. Gruvor och mineralbrott	383	2 315	11	7 445
3. Tillverkningsindustri	21 242	158 087	2 114	764 846
4. El-, värme-, vattenverk	328	2 966	50	18 314
5. Byggnadsindustri	23 086	91 350	357	106 706
6. Varuhandel, restaurang- och hotellrörelse	48 917	222 225	1 014	237 890
7. Samfärdsel, post och tele.	14 891	56 692	281	201 713
Därav samfärdsel (SNI 71)	14 876	56 628	278	123 438
8. Bank- och försäkringsverksamhet.	27 056	73 119	487	138 635
Därav uppdragsverksamhet och fastighetsförv (SNI 83)	25 915	65 688	342	71 615
9. Offentlig förvaltning och andra tjänster.	33 357	108 670	840	1 010 222
Därav städningsrörelse m m (SNI 92) och reparationsrörelse m m (SNI 95)	11 264	32 064	136	34 037
Summa	206 691	754 634	5 247	2 510 805

Källa: CFR 1980.

än 50 anställda. Men i typiska småföretagarbranscher kan andelen vara betydligt högre. Inom t ex jord- och skogsbruk är det 60 procent och inom byggnadsindustrin och varuhandeln är det nära 50 procent av de anställda i branschen som finns i småföretag.

I tabellerna 4 och 5 redovisas antal egna företagare, företag och anställda i olika näringsgrenar. I tabell 27 i slutet av bilagan finns en mer detaljerad redovisning.

Som framgår av tabellerna är näringsgrenen jord- och skogsbruk m m kraftigt dominerad av småföretag. Det är särskilt de egna företagarna i jordbruket som ger utslag. De svarar för drygt hälften av alla verksamma i näringsgrenen. Även inom skogsbruket finns många egna företagare men sett till antalet verksamma är det främst ett femtiotal stora företag som svarar för huvuddelen av sysselsättningen inom skogsbruket.

Näringsgrenen gruvor och mineralbrott domineras av några få stora gruvbolag. Småföretag i denna näringsgren är främst stenbrott, grus- och sandtäkter.

Tillverkningsindustrin präglas av företag med fler än 50 anställda. Av de anställda i näringsgrenen arbetar drygt 80 procent i sådana företag. Men det finns en del branscher inom tillverkningsindustrin med betydligt större inslag av småföretag, t ex trävaruindustrin, textilindustrin, den grafiska industrin, metallvaruindustrin och den plastbearbetande industrin.

Näringsgrenen el-, värme- och vattenverk är totalt sett liten och helt präglad av stora företag.

Byggnadsindustrin är en utpräglad småföretagsbransch. Särskilt inom byggnadshantverket är detta påtagligt. Småföretagen inom plåtslageri, VVS-arbeten och elektriska installationer och annat byggnadshantverk svarar där för 70 procent av de anställda.

Näringsgrenen varuhandel, restaurang och hotellrörelse har det största antalet småföretag med anställda av samtliga näringsgrenar. Nära 50 procent av samtliga anställda i näringsgrenen finns i småföretag. Särskilt inom detaljhandeln dominerar småföretagen. Här har endast en procent av företagen fler än 50 anställda.

Näringsgrenen samfärdsel, post och tele innehåller två helt skilda delområden. Post och tele är uteslutande stora enheter medan det under samfärdsel registreras företag av mycket varierande storlek t ex järnvägar, buss och spårvägstrafik, taxi och lastbilsåkerier, luft- och sjöfart. Den helt dominerande branschen vad gäller antalet företag är åkerierna där andelen småföretag är mycket stor.

Näringsgrenen bank- och försäkringsverksamhet m m innehåller dels stora banker och försäkringsbolag, dels fastighetsförvaltning och s k uppdragsverksamhet. Inom fastighetsförvaltningen är företag med högst en anställd den vanligaste formen. Också uppdragsverksamhet sker till helt övervägande del i småföretag.

Näringsgrenen offentlig förvaltning och andra tjänster har flest anställda. Huvuddelen av de sysselsatta arbetar inom kommun, landsting och stat. Vidare registreras här intresseorganisationer och kulturell verksamhet m m. En särskild grupp utgör privata serviceföretag, t ex städföretag, reparationsverkstäder, tvätterier, frisörsalonger etc som med få undantag är småföretag.

Sammanfattningsvis kan bl a konstateras.

- Sett till antalet anställda präglas tillverkningsindustrin av de stora företagen. Men i vissa branscher i tillverkningsindustrin kan inslaget av småföretag vara ganska betydande.
- Den varu- och kraftproducerande sektorn (SNI 1, 2, 3, 4 och 5) svarar för totalt c 40 procent av antalet småföretag med anställda och för knappt 40 procent av antalet anställda i småföretag.
- Den tjänsteproducerande sektorn (SNI 6, 7, 8 och 9) svarar för c 60 procent av antalet småföretag med anställda och för drygt 60 procent av de anställda i småföretag.

4 Särskilt om servicenäringarna

Den ekonomiska verksamheten i landet kan i princip delas in i två huvudområden, varu- och kraftproduktion samt tjänsteproduktion. Tjänsteproduktionen utgörs i sin tur av offentliga tjänster och enskilda servicenäringar. Gemensamt för servicenäringarna är att de tillhandahåller service av olika slag, utför tjänster och distribuerar varor. Till servicenäringarna räknas varuhandel, hotell- och restaurangrörelse, samfärdsel, bostadsförvaltning, bank, försäkrings- och uppdragsverksamhet, reparations-, tvätteri- och städningsrörelse etc. Även inom den varuproducerande sektorn finns vissa

Tabell 6 Antal företag och antal anställda inom olika servicenäringar 1976

Näringsgrupp enligt SNI	Antal företag	Antal anställda (årsverken)	Medelantalet anställda per företag
Servicenäringar inom industrin[a]	1 981	14 961	7,6
Byggnadsserviceverksamhet (502)	18 435	74 017	4,0
Partihandel (61)	20 328	179 149	6,8
Detaljhandel (62)	51 421	243 319	4,7
Hotell- och restaurangrörelse (63)	7 355	49 077	6,7
Samfärdsel (71)[b]	25 235	177 341	7,0
Bank- och försäkringsinstitut, fastighetsförvaltning, uppdragsverksamhet (81–83)	35 356	189 623	5,4
Renhållning, städning (92)	2 146	23 564	11,0
Reparations-, tvätteri och annan serviceverksamhet (95)	17 044	42 261	2,5
Summa	179 301	933 312	5,5

[a] SNI 35512, 38292, 38394 och 38422.
[b] I samfärdsel ingår här inte post och tele (SNI 72).
Källa: SOU 1979:74.

inslag av serviceföretag, t ex reparationsverksamhet inom industrin samt byggnadshantverk.

Enligt den statliga serviceföretagsutredningens betänkande, Serviceföretagen – vägar till utveckling (SOU 1979:74), omfattade servicenäringarna 1976 totalt c 180 000 företag. Dessa utgjorde då 70 procent av samtliga företag i landet. Medelantalet anställda per företag i servicenäringarna var knappt sex personer. Motsvarande siffra för industrin var 38. Antalet anställda i servicenäringarna räknat som årsverken var något under 1 000 000 (tabell 6).

Tabell 7 Serviceföretagens fördelning på storleksklasser 1976[a]

Storleksklass (antal årsverken)	Antal företag	%	Antal anställda	%
50–	1 709	1,2	403 469	50,1
20–49	3 560	2,5	104 413	13,0
10–19	6 345	4,4	84 646	10,5
5–9	14 942	10,3	96 719	12,0
2–4	39 978	22,7	87 831	10,9
0–1	85 548	58,9	27 651	3,5
Summa	145 082	100,0	804 729	100,0

[a] Tabellen baserar sig på uppgifter från näringsgrenarna med SNI-kod 502, 61, 62, 63, 711, 832, 92 och 95.
Källa: SOU 1979:74.

Bland serviceföretagen dominerar detaljhandeln. Den svarade år 1976 för c 30 procent av såväl företag som anställda inom servicenäringarna. Näst störst vad gäller såväl antal anställda som antal företag var bank, försäkring, fastighetsförvaltning och uppdragsverksamhet med sammanlagt knappt 20 procent av företag respektive anställda.

Servicenäringarna präglas av småföretagen. Hälften av alla anställda i servicenäringarna fanns som framgår av tabell 7 i småföretag med färre än 50 anställda. För arbetsmarknaden i sin helhet är det knappt en fjärdedel som är anställda i småföretag.

Serviceföretagsutredningens uppgifter härrör sig från 1976. Kompletterad med senare uppgifter ur centrala företagsregistret och arbetskraftsundersökningarna blir bilden följande.

Varuhandeln omfattade 1980 i sin helhet 76 000 företag vilket motsvarade nära en femtedel av samtliga företag i landet. De anställda omfattade 470 000 personer och medelantalet anställda i företagen räknat som årsarbetare var drygt fem personer.

Av företagen inom varuhandeln omfattade *partihandeln* 1980 drygt 22 000 företag med c 187 000 anställda. Till partihandeln räknas fristående grossistföretag, industrins försäljningsbolag, detaljhandelns inköpscentraler samt handelsagenturer m fl.

Partihandeln särskilt inom dagligvaruhandeln domineras av några få mycket stora grossister. I övrigt är partihandeln en småföretagsbransch. Medeltalet anställda i företagen var knappt åtta (årsverken). Tre fjärdedelar av företagen hade färre än fem anställda (årsverken) och därav är många ensamföretag, t ex agenturer.

Detaljhandeln omfattade 1980 drygt 54 000 företag med något över 280 000 anställda. Företagen hade i genomsnitt drygt fyra årsarbetare och i drygt 55 procent av företagen fanns bara högst en årsarbetare anställd. Omkring 80 procent av företagen hade färre än fem anställda (årsverken) och knappt en procent hade fler än 50 anställda.

En stor grupp inom detaljhandeln är *dagligvaruhandeln* som 1980 beräknades omfatta c 22 000 företag med drygt 110 000 anställda. Huvuddelen, ungefär 80 procent av dessa, var företag med färre än fem anställda. Branschen har präglats av en kraftig strukturförändring med koncentration till större butiker. Under 1970-talet lades nära 700 butiker ned varje år. Samtidigt etablerades c 170 nya per år. De nya butikerna hade c tio gånger så stor omsättning som de nedlagda. Livsmedelshandeln domineras nu av fyra stora butikskedjor som omfattar nästan 80 procent av alla butiker.

Fackhandeln omfattade 1980 drygt 25 000 företag med 78 000 anställda. Omkring 85 procent av företagen hade färre än fem anställda. Fackhandeln har inte på samma sätt som dagligvaruhandeln präglats av utvecklingen mot större enheter. Däremot har fackhandeln på senare år i betydande utsträckning slutit sig samman i frivilliga fackkedjor. 1977 tillhörde 4 600 butiker någon kedja. Vanligast var detta inom järn-, färg- och byggvarubranschen samt möbelhandeln.

Till *samfärdseln* räknas transporter, post och tele. 1980 var totalt 270 000 personer anställda inom näringsgrenen. Därav hade transportsektorn 176 000 anställda i knappt 26 000 företag. Inom branscherna post och tele dominerade några få större enheter.

Åkerinäringen sysselsatte 1978 c 70 000 personer. Samma år fanns omkring 19 800 åkerier. Knappt hälften av dessa var organiserade i 260 lastbilscentraler som fungerar som ett försäljnings- och inköpsföretag för transporter. Åkerinäringen är en typisk småföretagsbransch. Drygt 70 procent av företagen hade endast en lastbil.

Taxinäringen domineras helt av enbilsåkerier, d v s taxiägaren innehar ett enda ordinarie tillstånd för taxitrafik. Totalt fanns 9 000 tillstånd 1977 men endast mellan 400 och 500 företag hade mer än ett ordinarie tillstånd. De enskilda taxiföretagen samarbetar ofta genom ekonomiska och ideella föreningar.

Hotell- och restaurangbranschen omfattar förutom hotell och restauranger även kaféer, konditorier, motell, pensionat och campingplatser. 1980 var 60 000 personer anställda i branschens 7 000 företag. Hälften av företagen hade högst en årsarbetare anställd och nära 75 procent av företagen hade färre än fem anställda. Knappt två procent av företagen hade mer än 50 anställda.

I *banksektorn* ingår affärs- och sparbanker, föreningsbanker, postgiro, hypoteksinstitut, kreditaktiebolag, investmentbolag m fl. 1980 fanns drygt 1 000 företag inom banksektorn med c 55 000 anställda. *Försäkringsbranschen* omfattade c 480 företag med 43 000 anställda 1980. Både bland banker och försäkringsbolag dominerar de stora företagen. Nära 90 procent av de anställda arbetade i företag med fler än 50 anställda. Den enskilda arbetsplatsen kan dock vara liten. Totalt finns inom bank- och försäkringssektorn c 5 900 lokalkontor (arbetsställen).

Uppdragsverksamhet betecknar flera skilda verksamhetsområden som teknisk uppdragsverksamhet (bl a byggkonsulter, arkitekter, ingenjörsbyråer), reklambyråer, juridisk uppdragsverksamhet, bevakningsverksamhet, maskinuthyrning m m. Totalt fanns 1980 c 16 000 företag i branschen med 129 000 sysselsatta, varav c 12 000 egna företagare. Småföretagen dominerar starkt. I 55 procent av företagen fanns högst en årsarbetare. Drygt 80 procent hade färre än fem anställda och endast något över en procent hade mer än 50 anställda.

Fastighetsförvaltning avser förvaltning och skötsel av bostadsfastighet bedriven av fastighetens ägare. Totalt omfattas drygt 18 000 företag med 56 000 sysselsatta.

I branscherna *reparations-, tvätteri- och annan serviceverksamhet* ingår bl a reparationsverkstäder för bilar och hushållsvaror, tvätterier, dam- och herrfriseringar, arbetshjälp i hemmet m m. Branscherna omfattade 1980 drygt 17 000 företag med totalt 80 000 sysselsatta varav 20 000 egna företagare. Två tredjedelar av företagen hade högst en anställd. Reparationsverkstäderna, varav bilverkstäderna utgjorde 75 procent, omfattade 10 000 företag med 30 000 sysselsatta varav 6 000 egna företagare. Tvätteribranschen bestod av c 1 150 företag. Herr- och damfriseringarna omfattade 3 800 företag och fotograferna drygt 1 500 företag.

Städnings- och rengöringsverksamhet m m omfattade 1980 drygt 2 300 företag med c 32 000 anställda. I gruppen ingår huvudsakligen städföretag samt renhållnings- och saneringsfirmor.

5 Organisationsgrad och avtalstäckning bland småföretag

5.1 Arbetsgivarsidan

Som framgår av tabell 8 har majoriteten av alla SAF-företag färre än fem anställda. Totalt är antalet småföretag inom SAF drygt 33 000. Övriga arbetsgivarorganisationer på den privata sektorn (t ex SFO, KFO, TA, BAO m fl) har totalt c 22 000 medlemsföretag. Andelen småföretag kan här variera avsevärt mellan olika organisationer.

Trots att småföretagen således antalsmässigt dominerar starkt inom SAF är det en betydande andel företag som står utanför organisationen medan anslutningen bland större företag är mycket stor. Organisationsgraden bland företag är således starkt beroende på företagsstorleken, vilket också framgår av tabell 9.

Vid sidan av SAF och andra motsvarande organisationer på arbetsmarknaden finns intresseorganisationer som svarar för näringspolitiskt arbete och service åt medlemsföretag. De är således inga arbetsgivarorganisationer men

Tabell 8 SAF-företagen fördelade efter antalet arbetstagare vid utgången av 1980

Antal arbetstagare i företaget	Företag		Arbetstagare	
	Antal	%	Antal	%
-5	19 141	51,6	42 861	3,3
6–10	5 587	15,1	42 985	3,3
11–25	5 994	16,2	97 981	7,4
26–50	2 957	8,0	105 212	8,0
51–100	1 727	4,6	120 935	9,2
101–200	807	2,2	112 730	8,6
201–500	507	1,4	150 867	11,5
501–1 000	196	0,5	137 403	10,5
1 001–	153	0,4	502 547	38,2
Totalt	37 069	100	1 313 521	100

Källa: Svenska Arbetsgivareföreningens verksamhetsberättelse 1980.

Tabell 9 Andel företag med medlemskap i arbetsgivarorganisationer bland 300 små industriföretag efter företagsstorlek, (procent)

	Företagsstorlek (antal anställda)				
	1–9	10–19	20–29	30–	Alla företag
Medlemskap	53	73	80	82	72
Ej medlemskap	47	27	20	18	28
Summa	100	100	100	100	100

Källa: Frick, Skyddsarbetet i små industriföretag, Arbetarskyddsnämnden 1979.

har en betydande andel småföretag som medlemmar. En sådan är SHIO-Familjeföretagen som huvudsakligen representerar små och medelstora företag inom industri, hantverk, service och distribution. Organisationen har 35 000 medlemsföretag. Sveriges Köpmannaförbund som har motsvarande funktion inom detaljhandeln har 17 000 medlemsföretag.

5.2 Arbetstagarsidan

Organisationsgraden bland anställda varierar betydligt med företagsstorlek, bransch och avtalsområde. Den kan också skilja sig mellan olika ortstyper och regioner beroende på fackliga traditioner. Ett genomgående drag är emellertid att företagens storlek har mycket stor inverkan på organisationsgraden bland de anställda.

I en rapport från Arbetslivscentrums småföretagsprojekt redovisas en bearbetning och analys av material från SCB:s undersökning av levnadsförhållanden i Sverige 1975 (ULF-75), tabell 10.

Materialet visar alltså att skillnaderna i organisationsgrad är påtagliga mellan branscher och mellan företag av olika storlek. Endast en minoritet av de s k produktions- och distributionsanställda i de minsta företagen (1–4 anställda) är fackligt organiserade. Även i storleksklassen 5–14 anställda finns branscher där majoriteten ej är fackligt ansluten. I företag med 25–49 anställda är det vanligt att 20 procent inte är fackligt anslutna. Det måste dock påpekas att materialet grundar sig på ett mindre antal intervjuer och att enskilda siffror därför kan vara osäkra. Tendensen i stort är däremot klar.

Den låga organisationsgraden bland de minsta företagen påverkar givetvis förutsättningarna för att driva ett organiserat fackligt arbete i företagen. I rapporten ingår enkäter till fackförbunden som visar att många småföretag varken har fackklubb eller arbetsplatsombud. Sålunda var hälften av alla företag med 1–4 anställda på Fabriks och Metalls områden utan lokal facklig

Tabell 10 Icke organiserade produktions- och distributionsanställda m fl. Andel oorganiserade av de anställda i företag av olika storlek och bransch (procent)

Företags-storlek	Bransch									
	Livs-medel	Textil	Trä-varor	Massa	Kemi-ska prod	Jord/ sten	Verk-stads-industri	Parti-handel	Detalj-handel	Restaurang, hotell
1– 4	86	64	63	–	–	76	65	53	61	61
5– 14	52	36	45	41	–	35	31	60	53	73
15– 24	55	19	22	15	–	–	35	18	26	52
25– 49	14	23	4	19	22	8	22	27	27	72
50– 99	20	18	9	16	21	15	9	9	8	18
100–199	18	4	18	12	0	0	3	17	30	44
200–499	23	3	8	8	0	0	2	0	44	–
500–999	9	22	0	9	0	0	1	–	–	–
1 000–	0	–	–	5	0	0	4	–	–	–

Källa: Åberg, Organisationsgraden i småföretag. Arbetslivscentrum 1979:11

organisation. I de något större företagen med 5–10 anställda förekom fackklubb endast i något enstaka fall medan däremot arbetsplatsombud förekom i c 80 procent av företagen. Bland företag med fler än tio anställda fanns i regel facklig organisation i någon form och bland företag med fler än 20 anställda fanns i de flesta fall fackklubb. Uppgifterna avser företag med kollektivavtal. Skulle även avtalslösa företag räknas med, sjunker andelen företag med fackligt ombud eller fackklubb till omkring en tredjedel av samtliga företag med 1–4 anställda.

5.3 Avtalstäckning bland småföretag

Även om organisationsgraden och avtalstäckningen på den svenska arbetsmarknaden är mycket hög i internationell jämförelse finns ett betydande antal företag som saknar kollektivavtal med de anställda. Sådana avtalslösa förhållanden förekommer främst bland småföretagen. Enligt en utredningsrapport, Anställningsformer m m (Ds A 1980:2), från den statliga anställningsskyddskommittén kunde 1977 mellan 230 000 och 500 000 anställda beräknas arbeta under avtalslösa förhållanden. Motsvarande beräkningar vad gäller täckningen av arbetsmiljöavtal som gjorts inom företagshälsovårdsutredningen visar att omkring 400 000 anställda inte omfattas av arbetsmiljöavtal, varav c 350 000 helt saknar kollektivavtal.

Enligt anställningsskyddskommitténs rapport finns minst 36 500 arbetsställen[1] med anställda arbetare som saknar kollektivavtal. Motsvarande för tjänstemän är minst 38 900 arbetsställen. Detta innebär att 30 procent respektive 48 procent av arbetsställena saknar kollektivavtal för arbetare och tjänstemän.

Avtalslösa förhållanden förekommer i huvudsak på små arbetsställen. Ju mindre arbetsställe desto vanligare är det att avtal saknas. På större arbetsställen med fler än 50 anställda finns avtal. Tabell 11 visar den procentuella andelen arbetsställen utan kollektivavtal. Som framgår är det betydligt vanligare att tjänstemän inte omfattas av avtal än att arbetare inte gör det.

Enligt den tidigare nämnda rapporten från Arbetslivscentrum visade undersökningen inom Trä- och Metallindustriarbetareförbundens områden att mellan 12 och 20 procent av företagen saknade avtal. Huvuddelen torde återfinnas bland de minsta företagen (1–4 anställda). Inom verkstads- respektive trävaruindustrin beräknades en fjärdedel respektive en tredjedel av företagen i denna storleksklass sakna avtal. Även de något större

[1] Med arbetsställe menas här varje av ett företag fast utnyttjad lokal eller fastighet där till övervägande del en näringsgrensbestämmande verksamhet bedrivs. Ett arbetsställe kan alltså utgöra ett företag eller en del av ett företag.

Tabell 11 Andel arbetsställen som 1977 saknade kollektivavtal för arbetare respektive tjänstemän, fördelat på storlek, (procent)

Arbetsställe-storlek	Arbetare	Tjänstemän
1–9	40,7	60,5
10–49	16,1	33,8

Källa: Ds A 1980:2

företagen kunde sakna avtal. Nästan vart femte träindustriföretag i storleksklassen 10–49 var enligt denna undersökning utan kollektivavtal.

En annan studie redovisad av yrkesinspektionen i Örebro 1982 visar att c 40 procent av företagen med färre än tio anställda i Örebro län saknar arbetsmiljöavtal.

5.4 Sammanfattning

- Den fackliga organisationsgraden är låg i småföretag. I företag inom industrin med 1–4 anställda överstiger andelen organiserade i många fall inte 50 procent.
- Hälften av alla företag med 1–4 anställda på Fabriks och Metalls områden saknar varje form av lokal facklig organisation.
- C 40 procent av samtliga arbetsställen i storleksklassen 1–9 anställda saknar kollektivavtal för arbetare. Motsvarande siffra för tjänstemän är c 60 procent.
- Omkring 400 000 anställda totalt i landet saknar arbetsmiljöavtal, varav 350 000 helt saknar kollektivavtal.

6 Förutsättningar för skyddsverksamhet i småföretag

6.1 Vissa undersökningar

Förutsättningarna att bedriva en organiserad skyddsverksamhet kan bero på företagens storlek. Som tidigare visats saknas i många fall både arbetsmiljöavtal och lokal facklig organisation i de minsta företagen samtidigt som arbetsgivaren mera sällan är ansluten till någon arbetsgivarorganisation. Det finns därför inte lika ofta grund för en partsgemensam skyddsverksamhet i vanlig mening i de minsta företagen som i de större.

I en undersökning[1] av 18 industriföretag, vilken trots det begränsade underlaget kan vara av intresse att referera, konstaterades betydande skillnader i skyddsverksamheten mellan företag av olika storlek. I de minsta företagen med färre än tio anställda var kunskaperna om miljöfrågor ofta dåliga, delvis beroende på att skyddsombud ofta saknades, medvetenheten om vilka risker som fanns i den egna arbetsmiljön var låg och särskild skyddsverksamhet förekom inte så ofta. I de något större företagen med 10–33 anställda fanns högre medvetenhet om problemen och en viss skyddsverksamhet, om än otillräckligt formaliserad. Bland dessa företag fanns dock stora skillnader i skyddsverksamhetens resultat, vilket främst ansågs bero på företagsledarnas skiftande inställning till miljöfrågor. I samtliga de företag med minst 44 anställda som ingick i undersökningen fanns en organiserad skyddsverksamhet.

I den refererade undersökningen ville man inte ange bristande allmän planering som huvudorsak till att skyddsverksamheten inte fungerade i företagen. Det visade sig att i de flesta fall fanns ordentliga försök till planering av produktion och ekonomi men att man trots detta nästan aldrig granskade ändringar av verksamheten från arbetsmiljösynpunkt. Till och med i de något större företagen med skyddskommitté var det sällsynt att

[1] Frick K, Sjögren D, Förebyggande eller i förbigående? Skyddsarbetet i 18 små industriföretag. Arbetslivscentrum 1979:7.

frågor om t ex maskininköp behandlades i skyddskommittén.

Beträffande småföretagens ekonomiska möjligheter konstaterades att dyrbara insatser kunde förhindras av ekonomiska skäl men att inte heller enkla och billiga förändringar som mycket väl skulle kunna klaras ekonomiskt kom till stånd. Vidare fann man i de fall åtgärder gjordes att resultaten ibland till följd av felaktig dimensionering eller utformning m m inte blev så bra som de kunde blivit.

Den slutsats som man kommer fram till i rapporten är att huvudorsakerna till den svaga skyddsverksamheten i småföretagen inte i första hand är bristande planeringsmässig eller ekonomisk förmåga i företagen. I stället anges bl a följande förhållanden som mer väsentliga.

- Samhällets krav på systematisk skyddsverksamhet och tillsyn av småföretag är otillräcklig.
- Skyddsombuden kan delvis vara omedvetna om behoven.
- Skyddsombuden kan ha svårt att agera mot företagsledningen i det lilla företaget.
- Den fackliga organisationen kan vara svag i småföretagen.
- Småföretagaren kan ofta vara omedveten om vad skyddsverksamheten kräver.

Den statliga utredningen om arbetsmiljöinvesteringar i mindre och medelstora företag m m har bl a gjort en intervjuundersökning bland ett 20-tal småföretag med upptill 50 anställda, huvudsakligen inom tillverkningsindustrin. Vidare har intervjuer gjorts med personer som handlägger arbetsmiljöfrågor i bransch- och fackförbund och partsammansatta organ, regionala skyddsombud, företagshälsovårdscentraler och vissa myndigheter (PM 14 1980-12-22, opublicerad rapport).

Till skillnad från resultatet i den tidigare redovisade undersökningen anges i dessa intervjuer, som främst gäller tillverkningsindustrin, ekonomin som det största hindret för arbetsmiljöåtgärder och svårigheterna tycks öka med minskande företagsstorlek. Sammanfattningsvis anges hindren för bättre skyddsverksamhet i småföretagen främst vara följande.

- Småföretagens ekonomiska situation, särskilt de allra minsta.
- Svag facklig aktivitet och förhållandevis liten facklig anslutning.
- Småföretagens förhållandevis låga anslutning till arbetsgivarorganisation.
- Outvecklad skyddsorganisation och bristfälliga företagsinterna rutiner i skyddsarbetet.
- Information som inte når, eller kan tillgodogöras inom småföretagen.
- Alltför uttalad solidaritet mellan företagsledning och anställda, vilket kan leda till att kraven på arbetsmiljöåtgärder dämpas.
- Små personella resurser för arbetsmiljöarbete.
- Dålig planering av arbetsmiljöåtgärder.
- Svårigheter att ge särskilt företagsledare och arbetsledare erforderliga kunskaper på arbetsmiljöområdet.
- Små möjligheter att få tillgång till effektiv, småföretagsinriktad rådgivning.
- Bristande kunskaper om tekniska lösningar.

- Svårigheten att anordna referensanläggningar och att få kännedom om dem.
- Lokalernas utformning kan försvåra eller omöjliggöra ändamålsenliga åtgärder.
- Oklarheter om kostnadsansvar m m vid arbetsmiljöåtgärder i hyrda lokaler.

Utredningen om arbetsmiljöinvesteringar i mindre och medelstora företag m m, som i småföretagsbegreppet också innefattar medelstora företag med upp till 200 anställda, konstaterar emellertid, att småföretagens svårigheter att komma till rätta med arbetsmiljöbrister inte i första hand beror på ekonomiska förhållanden, även om småföretagen är känsligare än de större företagen i ekonomiskt hänseende (Ds A 1981:12, Om statligt stöd till arbetsmiljöinvesteringar). Däremot innebär den större ekonomiska känsligheten tillsammans med en sämre planering av arbetsmiljöåtgärder, de begränsade personalresurserna och de allmänt sett sämre kunskaperna i arbetsmiljöfrågor att småföretagen jämfört med större företag generellt står sämre rustade att ta sig an arbetsmiljöproblem. Utredningen fann därför att främst åtgärder för att bygga upp arbetsmiljökompetensen i småföretagen, liksom åtgärder för att underlätta för dem att tillgodogöra sig befintlig och tillkommande kunskap på arbetsmiljöområdet, var viktiga i sammanhanget.

6.2 De regionala skyddsombudens uppfattning om skyddsarbetet

I en enkätundersökning från 1980 bland regionala skyddsombud belyses bl a ombudens uppfattning om skyddsverksamheten i småföretagen (Leyman m fl, De regionala skyddsombuden – arbetsförhållanden och ambitioner. Arbetarskyddsstyrelsens undersökningsrapport 1982:26).

En fråga i undersökningen tar upp förhållanden som påverkar skyddsarbetet vid de till största delen mycket små arbetsplatser som de regionala skyddsombuden bevakar.

Som framgår av tabell 12 anser de regionala skyddsombuden på LO-området att det största problemet i skyddsarbetet är bristen på systematiskt och planmässigt miljöarbete bland småföretagen. Andra faktorer som är särskilt betydelsefulla enligt ombuden är arbetsgivarens dåliga kunskaper om arbetsmiljölagen, frånvaron av skyddsronder och att de anställda ofta drar sig för att kräva förbättringar.

Tabell 12 De regionala skyddsombudens uppfattning om förhållanden som påverkar skyddsarbetet (LO-området) 1980

Olika förhållanden på arbetsställena	Andel skyddsombud som anger visst svar			
	På alla eller nästan alla arbetsställen	Ofta (mer än hälften)	Mindre ofta	Aldrig eller nästan aldrig
Man bedriver ett systematiskt och planmässigt arbete för att förbättra arbetsmiljön	4,7	16,3	54,3	24,7
Man gör regelbundna skyddsronder, i vilka såväl arbetsledning som fackliga företrädare deltar	4,8	12,3	49,9	33,0
Man åtgärdar på eget initiativ uppkomna problem men har inget systematiskt och planmässigt arbetsmiljöarbete	6,6	37,4	45,7	10,2
För att arbetsmiljöproblem skall åtgärdas krävs kontroll och krav från regionala skyddsombud, från kommunala tillsynen eller yrkesinspektionen	29,1	48,6	17,6	4,7
Arbetsmiljöarbetet försvåras av motsättning mellan företagsledning och fack	3,1	19,2	54,2	23,6
Arbetsmiljöarbetet försvåras av ett alltför svagt fack	3,8	20,8	31,4	43,9
De anställda känner sig så beroende av arbetsgivaren att de inte vågar framställa krav	16,1	53,5	23,6	6,8
Man har en så personlig kontakt med arbetsgivaren att man inte vill bråka	14,9	49,9	26,2	9,0
Arbetsgivaren anser att företagets/förvaltningens dåliga ekonomi inte tillåter några miljöförbättringar	15,4	51,6	27,2	5,9
Arbetsstället ligger i glesbygdsområde och är enda arbetsplatsen på orten, därför ifrågasätter inte arbetstagarna arbetsmiljön	5,5	27,7	35,6	31,1
Arbetsgivarrepresentanten har dåliga kunskaper om lag, avtal, anvisningar och föreskrifter	43,2	45,6	7,6	3,6
De anställda menar att det är meningslöst att jobba med arbetsmiljöfrågor – "det händer ändå ingenting"	6,2	39,9	44,9	9,1

Källa: Leyman m fl, De regionala skyddsombuden – arbetsförhållanden och ambitioner. Arbetarskyddsstyrelsens undersökningsrapport 1982:26.

6.3 Skyddsombud och skyddskommittéer i småföretag

Enligt arbetarskyddsstyrelsens skyddsombudsregister fanns 1981 i mars 105 348 skyddsombud som fördelade sig enligt följande.

Skyddsombud	Antal
Lokalt huvud-	12 095
Lokalt ensam-	24 424
Lokalt annat	67 421
Regionalt	1 408
Summa	105 348

Förekomsten av skyddsombud och skyddskommittéer i företagen är också i hög grad beroende på storleken. Arbetsmiljölagen anger att skyddsombud skall utses på arbetsplatser med minst fem anställda och att skyddskommitté skall inrättas på arbetsplatser med minst 50 anställda.

Genom att systemet med regionala skyddsombud har utvecklats avsevärt under senare år finns numera skyddsombud i många fall även i de minsta företagen. I mars 1981 täckte de regionala skyddsombuden totalt c 82 000 huvudsakligen mindre arbetsplatser.

En studie av läget i Gävle yrkesinspektionsdistrikt gav nedanstående resultat som är hämtat ur arbetarskyddsstyrelsens arbetsställeregister (tabell 13).

Som framgår av tabell 13 fanns skyddsombud på alla arbetsställen med minst tio anställda. I gruppen med fem till nio anställda hade en majoritet av arbetsställena skyddsombud medan de minsta företagen hade skyddsombud i långt mindre utsträckning.

Tabell 13 Andel arbetsställen med lokalt skyddsombud respektive regionalt skyddsombud, Gävle yrkesinspektionsdistrikt 1980 (procent)

	Företagsstorlek (antal anställda)					
	1–4	5–9	10–49	50–199	200–	Totalt
Lokalt skyddsombud	18	47	81	99	97	33
Regionalt skyddsombud	9	18	23	11	–	10

Tabell 14 Andelen skyddsombud (LO) 1980 som genomgått arbetsmiljöutbildning indelade efter företagsstorlek (procent)

	Företagsstorlek (antal anställda)					
	1–10	11–50	51–250	251–1500	>1500	Totalt
Ja	59	75	88	93	92	74
Nej	41	25	12	7	8	26

Källa: Bolinder m fl, Vad händer med arbetsmiljön? Tidens förlag 1981.

Skyddsombudens möjligheter att agera beror i hög grad på deras kunskaper om arbetsmiljön. Enligt en enkätundersökning bland LO:s skyddsombud har skyddsombud i de större företagen i regel genomgått arbetsmiljöutbildning medan skyddsombud i småföretag ganska ofta saknar sådan utbildning (tabell 14).

6.4 Tillsyn av arbetsmiljön i småföretag

Yrkesinspektionen (YI) och den kommunala tillsynen, (KT), svarar för samhällets övervakning av att arbetsmiljölagens regler efterlevs. Den kommunala tillsynen svarar för företag med färre än tio anställda som saknar särskilda risker. Yrkesinspektionen svarar för större företag och företag där det finns särskilda risker. Statistik från arbetarskyddsstyrelsens arbetsställeregister visar att YI:s besöksfrekvens är högre hos stora företag än vad den är hos små företag. Det bör dock tilläggas att bilden blir den omvända om man räknar tillsynsbesök per anställd (tabell 15).

Det finns också klara skillnader i skyddsombudens benägenhet att vända sig till yrkesinspektionen. I de större företagen utnyttjar skyddsombuden yrkesinspektionen i hög grad medan man i de mindre företagen endast undantagsvis kontaktar yrkesinspektionen (tabell 16).

Tabell 15 Antal besök per företag och år av KT och YI under 1980 i Eskilstuna och Gävle distrikt

	KT	YI						
		Företagsstorlek (antal anställda)						
		0	1–4	5–9	10–49	50–199	200–	Totalt
Besök per företag och år	0,2	0,1	0,3	0,4	0,6	0,8	1,5	0,4

Tabell 16 Hänvändelse till yrkesinspektionen från fackets sida. Skyddsombudens (LO) svar huruvida sådan kontakt förekommit indelade efter företagsstorlek (procent)

	Företagsstorlek (antal anställda)					
	1–10	11–50	51–250	251–1500	>1500	Totalt
Ja	13	24	43	58	61	27
Nej	64	58	41	26	16	54
Vet ej	23	18	15	16	22	19

Källa: Se tabell 14.

Tabell 17 Skyddsombudens (LO) svar huruvida hänvändelse till yrkesinspektionen resulterat i att hjälp erhållits (procent)

	Företagsstorlek (antal anställda)					
	1–10	11–50	51–250	251–1500	>1500	Totalt
Ja	38	60	78	82	82	63
Nej	43	26	17	15	6	26
Vet ej	19	13	5	4	11	11

Källa: Se tabell 14.

Också när det gäller resultatet av eventuella hänvändelser till yrkesinspektionen finns skillnader med hänsyn till företagens storlek enligt skyddsombudens svar (tabell 17).

6.5 Slutsatser

Av de redovisade undersökningarna framgår att skyddsarbetet i småföretagen stöter på många hinder. Arbetet är sällan systematiskt eller planmässigt och särskilda rutiner som skyddsronder saknas ofta. Svårigheterna tycks öka med minskande företagsstorlek och bland de minsta företagen med färre än tio anställda är systematiskt skyddsarbete sällsynt. Det finns flera orsaker till detta.

Kunskaper. Arbetsgivarna i småföretagen har ibland inte tillräckliga kunskaper om arbetsmiljöfrågor, lagar, avtal etc. Även kunskaperna hos skyddsombuden i småföretag är ofta sämre än hos skyddsombud i större företag. Det är färre skyddsombud i småföretag än i större företag som genomgått arbetsmiljöutbildning.

Resurser. Småföretagen har sällan möjlighet att avdela personal med uppgift att bevaka arbetsmiljöfrågorna. Man har också svårt att ekonomiskt klara mer omfattande åtgärder samtidigt som mindre kostsamma åtgärder inte kommer till stånd p g a bristande kunskaper och uppmärksamhet.

Skyddsorganisation. Ofta saknas ett naturligt forum att diskutera arbetsmiljöfrågor i. Skyddskommitté förekommer inte i de minsta företagen och lokalt skyddsombud kan också saknas. Dessutom finns mera sällan en lokal facklig organisation i form av fackklubb eller kontaktombud på de mindre småföretagen som grund för en partsgemensam verksamhet.

Tillsyn. Det finns brister i samhällets tillsyn av småföretagen. YI och KT besöker småföretag mindre ofta och hänvändelser till myndigheter från småföretagens skyddsombud är ovanliga.

7 Arbetsmiljöproblem i småföretag

7.1 Upplevda miljöbesvär

Statistiska centralbyrån genomför årligen undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden, ULF-projektet. Ett inslag i undersökningen är arbetsmiljön. Utredningen om arbetsmiljöinvesteringar i mindre och medelstora företag gjorde som ett led i sitt arbete en särskild analys av ULF-materialet från 1975 och 1977 (Utdrag ur Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning om levnadsförhållanden. 1980-11-24, opublicerad rapport). Syftet var att belysa arbetsplatsförhållanden med avseende på arbetsställets storlek och branschtillhörighet för att därigenom utröna om det fanns några systematiska skillnader i upplevd arbetsmiljö i mindre och medelstora företag jämfört med i större företag.

Materialet gav inte intryck av att det skulle finnas några markanta skillnader med hänsyn till företagsstorlek. Dock fanns vissa tendenser att den upplevde arbetsmiljön skulle kunna vara något bättre i de mindre företagen men att sådana samband i hög grad var avhängiga vilken näringsgren och vilken miljöfaktor som avsågs. De tendenser som ändå fanns i det totala svarsutfallet var att man i de mindre och medelstora företagen upplevde färre problem med risk för olycksfall, buller, smuts, värme och dålig ventilation samt med faktorer som enformighet, jäkt och brist på inflytande.

LO genomförde under 1980 en enkätundersökning om arbetsmiljön bland samtliga skyddsombud och bland ett urval av medlemmarna. Den är delvis en uppföljning av en tidigare undersökning som gjordes 1970. Resultaten har

Tabell 18 Angivna miljörisker enligt LO-medlemmarna fördelade efter företagsstorlek 1980 (procent)

Arbetsmiljörisker	Företagsstorlek (antal anställda)					
	1–10	11–50	51–250	251–1500	>1500	Totalt
Belastningar	68	70	72	70	72	71
Buller	42	53	58	60	62	54
Drag	35	46	52	47	49	45
Eksemrisker	32	41	42	48	57	43
Temperatur	38	44	45	47	40	42
Stendamm	22	26	29	29	19	26
Asbestdamm	8	11	10	8	9	8
Vibrationer	20	24	26	23	29	24
Gaser	17	21	22	22	27	21
Belysning	14	20	24	22	27	21
Luftfuktighet	15	17	20	18	15	17
Lösningsmedel	15	20	25	22	29	21
Svetsrök	8	14	22	12	18	14
Damm, rök m m	6	11	18	18	27	15
Syror	9	11	14	18	27	14
Värmestrålning	5	7	12	12	10	9
Oljedimma	7	10	16	15	16	12
Radiak	2	1	3	4	6	3

Källa: Se tabell 14.

Tabell 19 Andel av skyddsombuden (LO) som 1980 ansåg att skadliga eller besvärande ergonomiska förhållanden förekommer. Fördelade på företagsstorlek (procent)

Företagsstorlek (antal anställda)					
1–10	11–50	51–250	251–1500	>1500	Totalt
43	55	69	84	71	56

Källa: Se tabell 14.

Tabell 20 Procentandelar av LO-medlemmarna i företag av olika storlek 1970 respektive 1980 som upplevde stress och psykisk påfrestning i arbetet

	Företagsstorlek (antal anställda)					
	1–10	11–50	51–250	251–1500	>1500	År
Ja, mycket	5	7	12	11	10	1970
resp i hög grad	11	14	19	12	18	1980
Ja, ganska	14	11	16	17	17	1970
resp i någon mån	36	38	38	37	34	1980
	25	18	28	28	27	1970
Summa	47	52	57	49	52	1980

Källa: Se tabell 14.

publicerats i rapporten Vad händer med arbetsmiljön?

LO-medlemmarnas uppfattning om miljöriskerna som den framgår av enkäten sammanfattas i tabell 18.

Som framgår av tabellen finns en tendens att den upplevda förekomsten av miljörisker ökar med ökande företagsstorlek.

Belastningsproblem som tunga lyft och ensidiga arbetsställningar är enligt skyddsombudens svar vanligare bland större företag (tabell 19).

Graden av upplevd stress och psykisk påfrestning uppvisar också en viss tendens med hänsyn till företagsstorleken på så vis att stress inte är fullt så vanligt i små företag som i de något större (tabell 20).

Enligt undersökningen tycktes LO-medlemmarna i småföretagen också i allmänhet uppleva större möjligheter att påverka arbetets uppläggning och kände sig mindre styrda i arbetet.

7.2 Särskilda undersökningar av arbetsmiljön i småföretag

7.2.1 Mora-projektet

Som ett led i Mora-projektet som ingick i arbetarskyddsfondens försöksverksamhet med företagshälsovård för småföretag i samverkan med landstingen (FÖLA) gjordes 1978 en arbetsmiljökartläggning bland småföretag i

undersökningsområdet. Kartläggningen omfattade 55 företag, samtliga med färre än 20 anställda. Medeltalet anställda i företagen var sex. Sju olika branscher var representerade i undersökningen. Vanligast var handel med 20 företag, tillverkningsindustri med 12 och service med åtta. (En sammanfattning finns redovisad i Läkartidningen 1981:38:3209–20).

En teknisk kartläggning på företagen visade att arbetsmiljön var otillfredsställande på många håll. Det som främst noterades var följande.

- Arbetslokaler var ofta underdimensionerade och personalrum var bristfälliga eller saknades helt.
- Kemiska hälsorisker noterades i samband med hantering och förvaring av olika kemikalier.
- Punktutsug eller andra ventilationsåtgärder saknades ofta vid luftförorenande arbetsprocesser.
- Belysningen var sällan anpassad till arbetsuppgifterna.
- Besvärliga arbetsställningar och tunga lyft förekom.
- Bullerproblem förekom i många företag.

En medicinsk kartläggning visade att bullerskador var mindre vanliga bland anställda i småföretagen jämfört med anställda i de huvudsakligen större företag som ingick i den företagshälsovårdscentral som genomförde undersökningen. Mag- och ryggbesvär noterades hos c 20 procent av de anställda, vilket enligt rapporten överensstämmer med resultaten från enkätundersökningar som genomförts av LO och TCO. Klimatproblem upplevdes endast av ett fåtal liksom problem med tunga lyft eller svåra arbetsställningar. Trivseln med arbetskamrater och arbetsledare var stor.

Ytterligare kartläggning visade bl a.

- Endast en procent av de anställda ansåg sig känna till arbetsmiljölagen.
- Oro för hälsorisker fanns på praktiskt taget alla företag.
- På 25 procent av företagen kände man otrygghet för anställningen.

Sammanfattningsvis konstaterades i undersökningen att arbetsmiljön på många håll var tämligen dålig. Man upptäckte hälsorisker som skulle behöva kontrolleras fortlöpande. Bland de undersökta företagen var det ofta handeln som hade bäst arbetslokaler.

7.2.2 Lindesbergsundersökningen

Yrkesinspektionen och yrkesmedicinska kliniken i Örebro undersökte 1981 arbetsmiljön i småföretag i Lindesbergs kommun. Undersökningarna finns beskrivna i sammandrag i Framtida företagshälsovård i Örebro län. Slutrapport från yrkesinspektionen i Örebro, 1982.

Undersökningen gjordes i två delar. Den ena avsåg småföretag med färre än tio anställda som omfattas av den kommunala tillsynen och den andra småföretag som omfattas av yrkesinspektionens tillsyn.

Undersökningen av KT-företag omfattade c 100 företag inom tillverkning, handel, reparation, hår- och skönhetsvård samt övriga tjänster m m. Resultatet visade att 81 procent av de undersökta företagen hade arbetsmiljöproblem. Riskerna var inte allvarliga men i många fall omedvetna, särskilt

vad gällde allergirisker i samband med kemiska produkter. Inom samma bransch varierade riskerna mellan olika företag men ingen bransch bedömdes som fri från arbetsmiljörisker. Många problem kunde lätt åtgärdas och man kunde med enkla medel förbättra arbetsmiljön på flertalet arbetsplatser. Trivseln var god och sjukfrånvaron låg. Besvärande korttidsfrånvaro förekom inte. Arbetsskadeanmälan hade endast inlämnats för en av fem inträffade arbetsolyckor, varför antalet arbetsskador på småföretag enligt undersökningen kunde misstänkas vara för lågt i den officiella statistiken. På drygt hälften av företagen användes personlig skyddsutrustning.

Yrkesinspektionens undersökning omfattade 102 företag av olika storlek vilket gjorde det möjligt att jämföra förekomsten av miljöproblem i företag med hänsyn till storlek. Jord- och skogsbruk, byggnadsindustri och offentlig förvaltning ingick inte i kartläggningen.

Enligt undersökningen kunde 75 procent av de anställda i företag med *färre än tio anställda* betecknas som riskpersoner. Med riskpersoner avsågs anställda i sådana arbetsmiljöer som bedömdes kräva åtgärder. För samtliga företag i undersökningen var andelen riskpersoner 48 procent. Det var alltså relativt sett fler i småföretagen som hade bristfällig arbetsmiljö än i de större företagen.

Undersökningen visade också att anställda i de små företagen ofta samtidigt utsattes för flera typer av belastningar, vilket berodde på att arbetsuppgifterna där i regel var mer flexibla än i större företag. Bland småföretagen var det särskilt problem med buller, luftföroreningar, belysning och olycksfallsrisker som krävde åtgärder.

Sammanfattningsvis konstateras att bland undersökta företag är arbetsmiljöproblem vanligare i de små företagen än i de större. Det är enligt undersökningen i de små företagen som arbetsmiljön behöver bli bättre.

7.2.3 De regionala skyddsombudens uppfattning om arbetsmiljön i småföretagen

Den tidigare nämnda undersökningen av Leyman bland regionala skyddsombud redovisar också ombudens uppfattning om arbetsmiljön på de huvudsakligen små företag som deras bevakning omfattar. Svaren från de regionala skyddsombuden inom LO-området redovisas i tabell 21.

De problem som är vanligast enligt de regionala skyddsombudens uppfattning är besvärande klimat, stor fysisk belastning, stor psykisk belastning på grund av arbetsorganisationen och arbetsuppgifternas utformning, besvärande buller samt olycksfallsrisker. Uppgifterna gäller LO-området. Motsvarande frågor bland TCO:s regionala skyddsombud visade genomgående lägre frekvens av arbetsmiljöproblem med undantag för psykisk belastning och obekväma arbetstider.

7.2.4 Arbetsmiljön i små och medelstora företag i 25 branscher

Under åren 1969–1974 genomförde arbetarskyddsstyrelsens dåvarande arbetsmedicinska avdelning en undersökning av arbetsmiljön i små och medelstora företag med upp till 100 anställda. Även om materialet således är gammalt kan det ha visst intresse i sammanhanget.I en rapport av Ulf

Tabell 21 Förekomst av arbetsmiljöproblem på de regionala skyddsombudens arbetsställen (inom LO-området) 1980

Finns dessa problem i sådan utsträckning att de borde åtgärdas?	Andel skyddsombud som anger visst svar			
	Alla eller nästan alla arbetsställen	Ofta (mer än hälften)	Mindre ofta	Aldrig eller nästan aldrig
Olämpliga lokaler	2,5	41,2	47,7	8,6
Föråldrad eller nedsliten utrustning	1,7	42,5	49,4	6,5
Bristande ordning på arbetsplatsen	5,0	47,1	39,5	8,4
Luftföroreningar (t ex damm, gaser, lösningsmedel)	12,1	37,2	35,7	15,0
Farliga kemisk-tekniska produkter och ämnen (t ex färger, lim, rengöringsmedel)	10,4	27,0	41,1	21,5
Besvärande buller	16,8	45,9	29,7	7,6
Besvärande vibrationer	6,6	24,2	45,9	23,4
Dåliga synförhållanden/belysning (synansträngande arbete och belysningsproblem)	11,4	44,1	35,0	9,5
Besvärande klimat (t ex värme, kyla, drag, luftfuktighet)	21,7	48,9	23,8	5,5
Obekväma arbetstider (skift, förskjuten arbetstid, turlista, men också mycket övertid)	10,3	16,7	36,8	36,2
Olycksfallsrisker	15,1	31,4	46,2	7,3
Risk för våld, t ex överfall, rån etc	0,8	5,3	16,5	77,3
Stor *fysisk belastning* (t ex lyft, ensidiga arbetsställningar eller kroppsrörelser)	21,7	45,3	27,4	5,5
Stor *psykisk belastning* på grund av arbetsorganisationen och arbetsuppgifternas utformning (t ex jäkt, enformigt arbete, höga uppmärksamhetskrav, ryckig arbetsbelastning, ensamarbete, stort eller oklart ansvar)	19,0	35,2	34,4	11,4
Stor *psykisk belastning* på grund av dåliga relationer mellan människor och grupper i organisationen (t ex dålig arbetsledning, samarbetsproblem och personliga konflikter, mobbning)	2,4	14,8	54,7	28,1
Stor *psykisk belastning* på grund av besvärliga relationer till personer utanför organisationen (t ex kunder, klienter, allmänheten)	2,5	9,4	39,7	48,3

Källa: se tabell 12

Ulfvarson, Fysisk arbetsmiljö i små företag (Arbetarskyddsstyrelsen 1976), redovisas resultaten från undersökningen som omfattade 113 företag med i genomsnitt tio anställda per företag. Undersökningsföretagen tillhörde 25 branscher inom livsmedelsindustri, beklädnadsindustri, träindustri, grafisk industri, kemisk industri, jord- och stenvaruindustri, metallindustri, verkstadsindustri samt bilreparationsverkstäder. Undersökningen avsåg belys-

ning, buller, luftföroreningar, klimat, skydd mot olycksfall och ergonomiska förhållanden på företagen.

Belysningen tycktes genomsnittligt vara sämst i träindustrin, jord- och stenvaruindustrin och icke-järnmetallverk av de undersökta branscherna. Variationerna var dock avsevärda. Belysningsförhållandena överlag var tämligen otillfredsställande. Endast inom enstaka företag nådde man upp till helt tillfredsställande förhållanden. Mer eller mindre allvarliga bullerproblem fanns i praktiskt taget alla undersökta branscher utom i de båda branscherna i beklädnadsindustrin samt i instrumentindustrin. Kemiska faktorer varierade starkt beroende på företag och bransch men utgjorde ett problem i de flesta branscher med undantag av beklädnadsindustrin och, om risken för hudskador särskiljes, livsmedelsindustrin. Mest uttalade var problemen med luftföroreningar i jord- och stenvaruindustrin beroende på förekomsten av silikosfarligt damm.

Klimatfaktorerna utgjorde problem främst i jord- och stenvaruindustrin och icke-järnmetallverken. Även livsmedelsindustrin hade uttalade klimatproblem.

Om alla faktorer togs tillsammans fann man i rapporten de mest besvärliga förhållandena i jord- och stenvaruindustrin och därefter i icke-järnmetallverk, sågverk och hyvlerier.

Beträffande skillnader mellan större och mindre företag bland de undersökta var det främst buller- och klimatförhållandena som var bättre i de mindre företagen.

7.2.5 *Arbetsmiljön inom handel och servicenäringar*

Affärshälsan i Stockholm gjorde 1980 en kartläggning av arbetsmiljön vid medlemsföretagen. Studien som redovisas i en rapport från Affärshälsan omfattar 73 företag, huvudsakligen småföretag, med totalt 160 arbetsställen. De verksamheter som representeras är främst butiker, kontor och lager.

Man fann att 80 procent av företagen hade problem med klimatförhållanden och dålig ventilation. Bristfällig belysning var också vanligt. Kemiska hälsorisker förekom vid ett mindre antal arbetsställen. Vid knappt en tredjedel av arbetsställena var de anställda utsatta för buller. Tunga lyft förekom på nästan hälften av arbetsplatserna. Dåliga arbetsställningar var också vanliga. Olycksfallsrisker förekom, t ex halkrisker och risker i samband med åktruckar. Rån- och överfallsrisker var konkreta problem på flera ställen. Kunskaperna om arbetsmiljön var enligt rapporten i många fall bristfälliga i de undersökta företagen.

7.3 Arbetsskador och ohälsa i småföretag

De registrerade arbetsskadornas fördelning på företagsstorlek 1979 redovisas i tabell 22. Som framgår är såväl antalet olycksfall som antalet arbetssjukdomar per miljon arbetstimmar högre ju större företaget är. Däremot är antalet sjukdagar per olycksfall högre än genomsnittet i småföretagen.

En slutsats av materialet kan vara att under 1979 inträffade det färre men allvarligare skador i småföretagen än i de större företagen. Möjligen kan

Tabell 22 Arbetsskador (exkl färdolycksfall) för anställda inom privat sektor fördelade på företagsstorlek 1979

	Företagsstorlek (antal anställda, årsverken)						
	0–4	5–9	10–49	50–199	200–	Uppgift saknas	Totalt
Antal milj arbetstimmar	296	212	561	483	1 567	–	3 119
Antal olyckor	4 934	3 558	13 681	13 798	46 531	1 746	84 248
Antal arbetssjukdomar	523	891	1 610	1 831	6 836	242	11 433
Antal dödsfall	10	4	19	14	41		88
Olyckor/milj arbetstimmar	16,7	16,7	24,4	28,6	29,7	–	27,0
Arbetssjukdomar/milj arbetstim	1,8	1,8	2,9	3,7	4,4	–	3,7
Dödsfall/milj arbetstimmar	0,032	0,019	0,033	0,028	0,026		0,027
Genomsnittligt antal sjukdagar per olycksfall	23	21	20	19	19	(24)	19

Källa: Arbetarskyddsstyrelsens informationssystem för arbetsskador (ISA)

Tabell 23 Andel av LO:s skyddsombud som 1980 uppger att olycksfallsrisker förekommer. Indelning efter företagsstorlek (procent)

Företagsstorlek (antal anställda)					
1–10	11–50	51–250	251–1500	>1 500	Totalt
39	61	73	84	84	58

Källa: Se tabell 14.

skillnaderna också förklaras av underanmälan av bagatellskador i de mindre företagen.

LO:s skyddsombud har också uppfattningen att olycksfallsriskerna är större i de stora företagen (tabell 23).

Vidare finns en liknande tendens vad gäller ohälsa bland LO-medlemmarna orsakad av arbetsmiljön (tabell 24).

Tabell 24 Andel av LO-medlemmar som 1980 uppger sig drabbats av ohälsa på grund av arbetsmiljön. Medlemmarnas svar fördelade efter företagsstorlek (procent)

	Företagsstorlek (antal anställda)					
	1–10	11–50	51–250	251–1 500	>1 500	Totalt
Ja	20	24	31	28	30	27
Nej	55	52	47	47	43	49
Vet ej	25	24	22	26	27	24

Källa: Se tabell 14

Också sjukfrånvaron tycks variera med företagsstorleken på liknande sätt. Enligt SCB:s rapport 15, Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76, är sjukfrånvaron högre i stora företag än i små.

7.4 De egna företagarnas arbetsmiljö

Den största gruppen egna företagare är lantbrukare. Enligt SCB:s Rapport 32, Arbetsmiljö, som belyser förhållandena 1979, har lantbrukarna genomgående fysiskt ansträngande arbete. Tunga lyft, olämpliga arbetsställningar, kraftiga skakningar eller vibrationer förekommer i stor utsträckning. Däremot utsätts lantbrukarna inte för psykiska belastningar i samma utsträckning som anställda i allmänhet. Enformigt arbete förekommer här endast i mindre utsträckning.

Vad beträffar egna företagare i övrigt framgår av SCB:s rapport att de utsätts för belastningar som i vissa avseenden överensstämmer med bilden för samtliga sysselsatta. Fysisk belastning, t ex tunga lyft och olämpliga arbetsställningar i arbetet, förekommer i ungefär samma utsträckning hos egna företagare som hos samtliga sysselsatta. Besvär av ständigt buller och av gas, damm och rök samt av olika klimatfaktorer är också i stort sett lika vanliga bland företagare som bland sysselsatta i gemen.

1979 var den relativa arbetsskadefrekvensen (exkl färdolycksfall) för egna företagare 17,4 skador per miljon arbetstimmar jämfört med 27,0 skador per miljon arbetstimmar för anställda (tabell 25). Anmälningsfrekvensen är dock lägre bland egna företagare, dels beroende på särskilda regler om karensdagar, dels beroende på att man många gånger inte sjukskriver sig trots en inträffad skada.

Tabell 25 Arbetsskador (exkl färdolycksfall) och relativ arbetsskadefrekvens 1979. Företagare

	Antal arbetsskador	Varav dödsfall	Arbetsskador/ milj arbetstimmar
Arbetsolyckor	7 010	34	17,4
Arbetssjukdomar	575	–	1,4

Källa: Ds A 1981:12

7.5 Slutsatser

När småföretagens arbetsmiljö diskuteras sker det ofta med den förenklade utgångspunkten att förhållandena i småföretag generellt skulle vara sämre respektive bättre än i de större företagen. Visserligen kan det senare påståendet sägas få visst stöd i ULF-materialet och LO-undersökningen men det finns begränsningar i dessa undersökningar som måste vägas in vid tolkningen. En sådan är undersökningsmetoden i sig. Man mäter de anställdas upplevelse av arbetsmiljön, vilket gör att de anställdas kunskaper,

värderingar och anspråk också kommer att spela roll. Som tidigare redovisats finns det belägg för att kunskaperna om arbetsmiljön och även möjligheterna att identifiera riskerna generellt är sämre i småföretagen. I vad mån detta kan leda till underskattning av miljöriskerna i småföretagen är svårt att bedöma.

De undersökningar direkt på arbetsplatserna som också redovisas i detta avsnitt stöder emellertid inte antagandet att arbetsmiljön generellt är bättre i småföretag. Tvärtom visar undersökningen i Lindesberg att behovet av åtgärder ofta är större i småföretag under yrkesinspektionens tillsyn än vad det är i större företag.

Detta gäller den fysiska miljön. Däremot visar undersökningarna samstämmigt att trivseln i småföretag ofta är bättre, att arbetsuppgifterna kan vara mer varierande och att möjligheterna till inflytande över arbetsuppgifterna kan vara större.

En stor andel av småföretagen finns inom servicenäringarna. Av de refererade undersökningarna är det särskilt kartläggningen av KT-företag i Lindesberg och Affärshälsans rapport som belyser förhållandena i dessa företag. Arbetsmiljöproblemen är här inte dramatiska men det finns behov av åtgärder i nästan alla (drygt 80 procent) av de undersökta företagen. På drygt hälften av KT-företagen användes personlig skyddsutrustning, vilket pekar på att också de mer omedelbara riskerna inte är obetydliga.

Tabell 26 Antal företag fördelade på storleksklass och juridisk form 1980

Storleksklass (antal anställda)	Juridisk form									
	Fysisk person	Enkelt bolag	Handels-bolag	Aktie-bolag	Ekon fören	Ideell fören	Stiftelse	Offentl myndig	Annan form	Totalt
Uppg saknas	19 891	504	15 964	1 442	35	102	23	346	850	39 157
0,0	155 066	2 364	3 185	8 192	1 674	1 750	183	156	6 385	178 955
0,1–1	61 816	5 101	8 447	14 317	6 528	2 680	282	858	8 836	108 865
2 –4	14 214	1 298	4 964	26 652	1 430	451	133	1 065	3 044	53 251
5 –9	2 500	177	1 545	17 682	595	150	123	478	1 193	24 443
10 –19	587	42	517	9 945	320	84	95	277	609	12 476
20 –49	159	24	178	6 367	191	51	92	164	430	7 656
50 –	16	10	53	4 073	209	21	66	528	271	5 247
Totalt	254 249	9 520	34 853	88 670	10 982	5 289	997	3 872	21 618	430 050

Källa: CFR 1980

Tabell 27 Antal företag och antal anställda fördelade efter företagsstorlek och näringsgren 1980

A = antal anställda (årsverken) F = antal företag Näringsgren enl SNI		Storleksklass (årsverken)							
		0	0,1–1	2–4	5–9	10–19	20–49	50–	Summa[a]
1. Jord- och skogsbruk m m	A		14 467	11 111	5 657	3 897	4 016	25 036	64 184
	F	101 403	31 465	4 632	5 900	297	137	93	138 927
2. Gruvor och mineralbrott	A		71	336	582	458	869	7 445	9 760
	F	298	109	121	88	36	29	11	692
3. Tillverkningsindustri	A		3 890	16 962	27 586	39 542	70 166	764 846	922 993
	F	10 477	5 829	6 026	4 172	2 908	2 307	2 114	33 833
4. El-, värme- och vattenverk	A		61	108	337	585	1 874	18 314	21 280
	F	97	135	39	50	43	61	50	476
5. Byggnadsindustri	A		5 805	14 595	19 757	21 171	30 021	106 706	198 056
	F	18 354	12 036	5 421	3 012	1 599	1 018	357	41 797
6. Varuhandel, restaurang- och hotellrörelse	A		12 387	47 063	52 697	51 746	58 333	237 890	460 115
	F	21 402	17 349	17 407	8 267	3 924	1 970	1 014	71 333
7. Samfärdsel, post och tele	A		5 021	10 622	12 124	12 242	16 684	201 713	258 405
	F	8 443	7 411	4 118	1 863	932	567	281	23 615
därav samfärdsel	A		5 015	10 610	12 115	12 206	16 684	123 438	180 066
	F	8 439	7 404	4 113	1 862	930	567	278	23 593
8. Bank- och försäkringsverksamhet	A		8 573	15 181	15 311	14 048	20 006	138 635	211 754
	F	7 874	16 988	5 963	2 374	1 068	663	487	35 417
därav uppdragsverksamhet och fastighetsförv (SNI 83)	A		8 357	14 273	13 720	12 714	16 625	71 615	137 303
	F	7 656	16 622	5 644	2 124	964	561	342	33 913
9. Offentlig förvaltning och andra tjänster	A		10 762	25 257	23 688	21 967	26 997	1 010 222	1 118 892
	F	10 607	17 543	9 524	3 717	1 669	904	840	44 804
därav städföretag och reparationsverkstäder (SNI 95 och 92)	A		3 756	10 068	8 797	6 594	6 751	34 037	66 101
	F	6 098	5 574	3 776	1 290	502	223	136	17 599
Summa	A		61 038	141 234	157 739	165 656	228 966	2 510 805	3 265 439
	F	178 955	108 865	53 251	24 443	12 476	7 656	5 247	390 893

[a] C 40 000 företag utan storleksuppgift ej medtagna. Källa: CFR 1980.

Statens offentliga utredningar 1983

Kronologisk förteckning

1. Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. U.
2. Nytt militärt ansvarssystem. Ju.
3. Skatteregler om traktamenten m. m. Fi.
4. Om hälften vore kvinnor. A.
5. Koncession för försäkringsrörelse. Fi.
6. Radon i bostäder. Jo.
7. Ersättning för miljöskador. Ju.
8. Stämpelskatt. Fi.
9. Lagstiftningen på kärnenergiområdet. I.
10. Användning av växtnäring. Jo.
11. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. Jo.
12. Former för upphandling av försvarsmateriel. Fö.
13. Att möta ubåtshotet. Fö.
14. Barn kostar. S.
15. Kommunalforskning i Sverige. C.
16. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. I.
17. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. I.
18. Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. A.
19. Den stora omställningen. I.
20. Bättre miljöskydd II. Jo.
21. Vilt och jakt. Jo.
22. Utbildning för arbetslivet. A.
23. Lag om skatteansvar. Fi.
24. Ny konkurslag. Ju.
25. Internationella faderskapsfrågor. Ju.
26. Bestrålning av livsmedel. Jo.
27. Bilar och renare luft. Jo.
28. Bilar och renare luft. Bilaga. Jo.
29. Invandringspolitiken. A.
30. Utbyggd havandeskapspenning m. m. S.
31. Familjeplanering och abort. S.
32. Företagshälsovård för alla. A.

Statens offentliga utredningar 1983

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Nytt militärt ansvarssystem. [2]
Ersättning för miljöskador. [7]
Ny konkurslag. [24]
Internationella faderskapsfrågor. [25]

Försvarsdepartementet

Former för upphandling av försvarsmateriel. [12]
Att möta ubåtshotet. [13]

Socialdepartementet

Barn kostar. [14]
Utbyggd havandeskapspenning m. m. [30]
Familjeplanering och abort. [31]

Finansdepartementet

Skatteregler om traktamenten m. m. [3]
Koncession för försäkringsrörelse. [5]
Stämpelskatt. [8]
Lag om skatteansvar. [23]

Utbildningsdepartementet

Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. [1]

Jordbruksdepartementet

Radon i bostäder. [6]
Utredningen om användningen av kemiska medel i jord och skogsbruket m. m. 1. Användning av växtnäring. [10] 2. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. [11]
Bättre miljöskydd II. [20]
Vilt och jakt. [21]
Bestrålning av livsmedel. [26]
Bilavgaskommittén. 1. Bilar och renare luft. [27] 2. Bilar och renare luft. Bilaga. [28]

Arbetsmarknadsdepartementet

Om hälften vore kvinnor. [4]
Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [18]
Utbildning för arbetslivet. [22]
Invanderingspolitiken. [29]
Företagshälsovård för alla. [32]

Industridepartementet

Lagstiftningen på kärnenergiområdet. [9]
Direktinvesteringskommittén. 1. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. [16] 2. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. [17]
Den stora omställningen. [19]

Civildepartementet

Kommunalforskning i Sverige. [15]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
1983-07-18

Liber
AB Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-07563-6
ISSN 0375-250X