Medicinska undersökningar i arbetslivet

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2015

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet

SOU
1996:63

Medicinska undersökningar i arbetslivet

Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet

SOU
1996:63

A: Ref KB
Occ SOU
15

Statens offentliga utredningar
1996:63
Arbetsmarknadsdepartementet

Medicinska undersökningar i arbetslivet

Betänkande av Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 24 81

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1996

ISBN 91-38-20254-9
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Arbetsmarknadsdepartementet

Genom beslut den 8 september 1994 har regeringen bemyndigat chefen för Arbetsmarknadsdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda frågor om medicinska kontroller i arbetslivet samt att besluta om sakkunniga, experter, referensgrupper, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Med stöd av detta bemyndigande förordnades den 19 september 1994 direktören Stig Larsson som särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades fr.o.m. den 21 december 1994 medicine doktor docenten Leif Aringer, Arbetarskyddsstyrelsen, departementssekreteraren Bo Barrefelt, Arbetsmarknadsdepartementet, departementssekreteraren Lena Jonsson, Socialdepartementet, och kammarrättsassessorn Helena Jäderblom, Justitiedepartementet.

Som expert i utredningen förordnades fr.o.m. den 21 december 1994 medicine doktor docenten Sverker Höglund, Skogs- och Lantbrukshälsan.

Som experter att ingå i en referensgrupp till utredningen förordnades fr.o.m. den 21 december 1994 ombudsmannen Thomas Fredén, Landsorganisationen i Sverige, ombudsmannen Kerstin Hildingsson, Sveriges Akademikers Centralorganisation, sekreteraren Marianne Hörding, Svenska Kommunförbundet, medicine licensiaten Eric Jannerfeldt, Svenska Arbetsgivareföreningen, förhandlingsdirektören Inger Mattsson Kasserud, Arbetsgivarverket, ombudsmannen Urban Ryadal, Tjänstemännens Centralorganisation, och arbetsrättsjuristen Margareta Sandberg, Landstingsförbundet.

Sekreterare åt utredningen har fr.o.m. den 15 december 1994 varit byråchefen Björn Lundgren, Socialstyrelsen. Biträdande sekreterare har fr.o.m. den 1 november 1995 varit hovrättsassessorn Jakob Hedenmo, Riksdagens ombudsmän.

Assistent åt utredningen har fr.o.m. den 1 april 1995 varit Karin Karlsson. Assistenten Sonja Arzt har under tiden den 1 april - 31 augusti 1995 biträtt kansliet med vissa kontorsgöromål.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet (A 1994:05).

Utredningen får härmed överlämna sitt betänkande om medicinska undersökningar i arbetslivet.

Särskilt yttrande har lämnats av sakkunnige Aringer. Ett särskilt yttrande har även lämnats av följande experter i referensgruppen nämligen dels Fredén, Hildingsson och Ryadal, dels Hörding och Sandberg, dels ock Mattsson Kasserud.

Utredningens uppdrag är därmed avslutat.

Stockholm den 29 april 1996.

Stig Larsson

Björn Lundgren

Jakob Hedenmo

Innehållsförteckning

Förkortningar ... 11

Sammanfattning ... 15

1. Direktiv för utredningen ... 21

2. Utredningens bedrivande ... 23

2.1 Inledning ... 23
2.2 Kartläggning ... 23
2.3 Hearingar och seminariedagar ... 24
Inledning ... 24
Hearing och seminariedag om arbetsmarknaden ... 24
Hearing rörande medicinska undersökningar från individens perspektiv ... 24
Hearing rörande arbetsgivarna och samhället ... 25
Hearing rörande allmänheten ... 25
2.4 Angränsande utredningar ... 25
Inledning ... 25
Arbetsmarknadspolitiska kommittén ... 26
Sjuk- och arbetsskadekommittén ... 26
Utredningen om dopning ... 27
Kommissionen om den svenska arbetsrätten ... 28
Socialdepartementets utredning om genetisk integritet ... 28
Socialstyrelsens utredning om narkotikaanalys av urin ... 29
2.5 Förhållandena i vissa andra länder ... 29

3. Problemområden och avgränsningar ... 31

3.1 Inledning ... 31
3.2 I samband med en nyanställning ... 31
3.3 Under pågående anställning ... 32
3.4 Andra gemensamma problem ... 32
3.5 Avgränsningar ... 34

3.6 Sammanfattning ... 35

4. Medicinska undersökningar ... 37

4.1 Vad är medicinska undersökningar? ... 37
Inledning ... 37
Medicinska undersökningar i arbetslivet ... 38
Hälsodeklarationer ... 38
Läkarundersökningar ... 39
Hälsoundersökningar eller hälsokontroller ... 39
Allmänna hälsoundersökningar ... 40
Periodiserade hälsoundersökningar ... 41
Riktade hälsoundersökningar ... 41
Hälsotester ... 42
Hälsoprofiler ... 42
HIV-tester ... 42
Drogtester ... 43
Gentester ... 43
4.2 Några motiv för medicinska undersökningar ... 44
Allmänt ... 44
Arbetsmiljöskäl ... 44
Personsäkerhet ... 45
Kvalité och produktsäkerhet ... 46
Försäkringsmässiga skäl ... 47
4.3 Företagshälsovården ... 47

5. Arbetarskyddets historia ... 51

5.1 Inledning ... 51
5.2 Tre reformvågor ... 51
5.3 Internationella arbetsorganisationen ... 52
5.4 I Sverige ... 52
5.5 Arbetsmiljölagstiftningen under ett halvt sekel ... 54
5.6 Företagshälsovården ... 55
Dåtid ... 55
Nutid ... 55

6. Regler om medicinska undersökningar i arbetslivet ... 57

6.1 Medicinska undersökningar av arbetssökande ... 57
Arbetsgivarens fria anställningsrätt ... 57

Reglering gällade arbetsmarknadens olika områden ... 58
Reglering gällande hela arbetsmarknaden 59
6.2 Medicinska undersökningar av anställda 60
Reglering gällande arbetsmarknadens olika områden .. 60
Reglering gällande hela arbetsmarknaden 63
Vissa särbestämmelser 66

7. Internationella förhållanden 67

7.1 Inledning 67
7.2 Norden 67
Danmark 67
Finland 70
Island 72
Norge 72
7.3 Vissa andra länder 74
England 74
Kanada 75
Tyskland 78
USA 80
Americans With Disabillities Act 80
Om drogtester 81
Om utredningens enkät 83
7.4 Den europeiska unionen 85
Reglering av arbetsmiljö och läkarundersökningar ... 85
Alkohol- och drogtester 86
Gentester 87
HIV-/Aidstester 88
Framtiden 88
7.5 International labour organization 89
7.6 Europarådet 91
7.7 Förenta nationerna 91
7.8 Nordiska rådet 92

8. Utredningens enkätundersökning 93

8.1 Bakgrund 93
Förfrågan till centrala statliga myndigheter, större privata och kooperativa företag samt kommuner och landsting 93
Förfrågan till vissa mindre företag 94
Förfrågan till vissa företagshälsovårdsenheter 94

8.2 Resultatet av kartläggningen ... 94
Undersökningar i samband med nyanställning ... 94
Undersökningar av anställd personal ... 100
Framtida utveckling ... 107

9. Personlig integritet i arbetslivet ... 109

9.1 Inledning ... 109
9.2 Dokumentering av medicinska undersökningar ... 110
Inom hälso- och sjukvården ... 110
Inom arbetsmarknaden ... 112
Dokumentationsteknik ... 113
Verksamhetens upphörande ... 114
9.3 Sekretess ... 115
Det allmännas verksamhet ... 115
Privat verksamhet ... 118
Om samtycke ... 118
Arbetsgivares rätt att ta del av uppgifter ... 120

10. Genteknik ... 121

10.1 Inledning ... 121
10.2 Icke gentekniska metoder ... 122
10.3 Genvarianternas vanlighet, genomslag och samverkan med miljöfaktorer ... 122
Ovanliga genvarianter ... 122
Vanliga genvarianter ... 122
10.4 Miljöfaktorer ... 123
10.5 Gentesternas nisch ... 124
10.6 Gentesternas möjligheter att utestänga ... 124
Monogenetiska sjukdomar ... 124
Vanliga sjukdomar ... 125
Yrkessjukdomar ... 125
10.7 Risker med att använda gentester för att utestänga ... 126
10.8 Att förhindra missbruk av gentester ... 127

11. Ekonomiska aspekter på medicinska undersökningar i arbetslivet ... 129

12. Utredningens överväganden och förslag ... 133

12.1 Inledning ... 133

12.2 Sedvanliga medicinska undersökningar 141
12.2.1 Inledning 141
12.2.2 Medicinska undersökningar i samband med anställning 141
12.2.2.1 Det författningsreglerade området 141
12.2.2.2 Det icke författningsreglerade området 142
12.2.3 Medicinska undersökningar under anställning . 149
12.2.3.1 Det författningsreglerade området 149
12.2.3.2 Det icke författningsreglerade området 150
12.3 Alkoholtester 154
12.4 Narkotikatester 155
12.4.1 Inledning 155
12.4.2 Narkotikapolicy 157
12.4.3 Narkotikatester i samband med anställning . . . 157
12.4.4 Narkotikatester under anställning 162
12.4.5 Kvalitetssäkring av narkotikatester 174
12.5 Gentester 177
12.5.1 Allmänt 177
12.5.2 Gentester i arbetslivet 178
12.6 Medicinska undersökningar i arbetslivet; dokumentation, tystnadsplikt och samtycke 182
12.6.1 Om dokumenteringen 182
12.6.2 Om tystnadsplikt och samtycke 183

13. Konsekvenser av utredningens förslag 187

13.1 Ekonomiska 187
13.2 Jämställdhet 188

Särskilda yttranden 189

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 195
Bilaga 2 Program för hearingen den 5 april 1995 201
Bilaga 3 Deltagarförteckning för hearingen den 5 april 1995 203
Bilaga 4 Program för hearingen den 24 oktober 1995 205
Bilaga 5 Deltagarförteckning för hearingen den 24 oktober 1995 207
Bilaga 6 Program för hearingen den 8 november 1995 209

Bilaga 7 Deltagarförteckning för hearingen den 8 november 1995 211
Bilaga 8 Program för hearingen den 29 november 1995 213
Bilaga 9 Deltagarförteckning för hearingen den 29 november 1995 215
Bilaga 10 Litet frågeformulär till de centrala statliga myndigheterna samt till privata och kooperativa företag med minst 100 anställda 217
Bilaga 11 Stort frågeformulär till vissa centrala statliga myndigheter, vissa privata och kooperativa företag med minst 100 anställda, vissa kommuner samt till landstingen 221
Bilaga 12 Frågeformulär till vissa mindre privata företag . . . 247
Bilaga 13 Frågeformulär till vissa företagshälsovårdsenheter . 255
Bilaga 14 Utredningens enkätundersökning 261
Bilaga 15 Medicinsk etik i arbetslivet 303
Bilaga 16 Om uppgiftsskyldighet och skyddsombud 311
Bilaga 17 Genteknik 317
Bilaga 18 Ekonomiska aspekter på medicinska undersökningar i arbetslivet 335
Bilaga 19 Drogtestverksamheten vid Huddinge sjukhus 351
Bilaga 20 Olika drogers effekter 361

Förkortningar

AB 95	Allmänna bestämmelser 1995
AD	Arbetsdomstolen
ADA	Americans With Disabillities Act
ADB	Automatisk databehandling
AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AFS	Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALNA-rådet	Alkohol- och narkotikarådet
AMF	Arbetsmiljöförordningen (1977:1166)
AML	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
ASS	Arbetarskyddsstyrelsen
ATS	Direktoratet for arbeidstilsynet
BIOMED	Biomedical/Health Research
BST	Bedriftssundhetstjenste
C	Centerpartiet
dir.	Direktiv
DNA	Genernas deoxyribonukleinsyra

DO	Diskrimineringsombudsmannen
EEG	Direktiv från Europeiska Gemenskapen
EFTA	Europeiska frihandelssammanslutningen
EG	Europeiska Gemenskapen
EN	Europanorm
EU	Den Europeiska Unionen
F	Folkpartiet liberalerna
FFA	Föreningen för arbetarskydd
FHV	Företagshälsovård
FN	Förenta Nationerna
HIV	Humant Immunbrist Virus
HUGO	Human Genome Organisation
ILO	Internationella arbetsorganisationen
JO	Justitieombudsmannen
KDS	Kristdemokratiska Samhällspartiet
LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd
LAV/HTLV-III	Lymfadenopati-associerat virus/Human T-lymfotropt virus typ III
LO	Landsorganisationen i Sverige
LOA	Lagen (1994:260) om offentlig anställning
M	Moderata samlingspartiet
MBA	Medical Association

MBL	Lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet
MP	Miljöpartiet
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NJA	Nytt juridiskt arkiv
Prop.	Proposition
PTK	Privattjänstemannakartellen
RF	Regeringsformen
RFV	Riksförsäkringsverket
RNA	Genernas ribonukleinsyra
S	Socialdemokraterna
SACO	Sveriges akademikers centralorganisation
SAF	Svenska Arbetsgivareföreningen
SAS	Scandinavian Airlines System
SFBF	Sveriges Fartygsbefälsförening
SJ	Statens Järnvägar
SLVFS	Statens Livsmedelsverks författningssamling
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SRF	Sveriges Redareförening
SS-EN	Svensk standard Europa Norm
SWEDAC	Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll

TCO	Tjänstemännens centralorganisation
TEMO	Testhuset marknad opinion
TF	Tryckfrihetsförordningen
UNESCO	The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
USA	Amerikas Förenta Stater
UU	Unfallverhütungsvorschriften
V	Vänsterpartiet

Sammanfattning

Inledning

Den som söker ett arbete eller den som är anställd kan få finna sig i att arbetsgivarna eller samhället behöver få tillgång till vissa uppgifter om den enskildes hälsotillstånd som kan ha betydelse för arbetsuppgifterna, arbetsmiljön och säkerheten för tredje man.

Kravet på att genomgå medicinska undersökningar och att upplysningar sprids om en enskilds hälsotillstånd kan av den enskilde upplevas som ett intrång i den personliga integriteten. Detta intresse måste vägas mot arbetsgivarnas och samhällets behov av att sådana undersökningar får genomföras.

Utredningens bedrivande, avgränsningar samt problemområden

Inledningsvis har utredningen med hjälp av ett flertal frågeformulär kartlagt förekomsten av olika medicinska undersökningar i arbetslivet.

Utredningen har hållit fyra hearingar med olika teman dit 33 representanter för myndigheter och företag m.fl. inbjudits till individuella diskussioner.

Vidare har utredningen samrått med andra angränsande utredningar på de områden där det har funnits beröringspunkter.

Utredningen har gjort vissa avgränsningar av sitt arbete. Utredningen behandlar inte

- s.k. personlighets- eller anlagstester,
- undersökningar i samband med utfärdande av läkarintyg vid sjukskrivningar,
- undersökningar i samband med utskrivning av lugnande medel och sömnmedel,
- anabola steroider,

- HIV-tester,
- generella alkoholtester eller
- etik.

Vid analyserna har utredningen identifierat tre områden där det föreligger problem. Det gäller frågorna om gentester, drogtester (narkotikatester) och skyddet av den personliga integriteten.

Medicinska undersökningar

I arbetslivet förekommer det vid många olika tillfällen att en individ behöver genomgå en medicinsk undersökning eller kontroll. Undersökningarna kan vara reglerade i lag, annan författning, kollektivavtal m.m. En undersökning kan ske genom att den undersökte fyller i en hälsodeklaration, genom en kroppsundersökning eller genom att ett prov tas. Ofta kombineras dessa undersökningsmetoder.

Med medicinska kontroller menar utredningen medicinska undersökningar som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen har därför tagit sig namnet Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet.

Det förekommer som ovan nämns ett flertal olika medicinska undersökningar i arbetslivet. Vid yrken som erfarenhetsmässigt ställer stora krav på fysisk och psykisk prestanda kräver arbetsgivaren ofta en medicinsk hälsoundersökning före en anställnings början.

Nyttan av att genomgå en hälsoundersökning i samband med en anställning är från den enskildes utgångspunkt att det härigenom kan finnas en möjlighet att bedöma huruvida den sökta anställningen är lämplig med tanke på hans fysiska och psykiska förutsättningar. I andra sammanhang har samhället ett intresse av att medicinska undersökningar utförs till skydd för allmänheten.

Återkommande hälsoundersökningar under anställningen är vanliga i svenskt näringsliv. Sådana undersökningar kan ge individen kunskaper om sitt hälsotillstånd och arbetsgivaren information om vilka arbetsmiljöförbättringar som bör vidtas. För ett antal yrkesgrupper föreskrivs medicinska undersökningar för att skydda individen eller tredje man.

Regler om medicinska undersökningar i arbetslivet

Det finns bestämmelser i lagar och förordningar som föreskriver medicinska undersökningar i arbetslivet. Utredningen har gjort en genomgång av gällande regler på området.

Internationella förhållanden

För att utröna förhållandena i andra länder har utredningen genom personliga besök eller på annat sätt haft kontakt med ett antal främmande länder samt EU. De förslag som utredningen lägger fram syns i många fall ha en stor överensstämmelse med vad som är förhållandet i våra närmaste grannländer.

Utredningen har även granskat vissa konventioner och tagit reda på några internationella organisationers uppfattningar i aktuella sakfrågor.

Enkätundersökningar

Utredningen har kartlagt förekomsten av olika medicinska undersökningar, såväl i samband med en anställning som under pågående anställning.

Sammanfattningsvis utvisar kartläggningen *att* det är ett mindre antal sökande som inte fått en viss sökt anställning på grund av resultatet av de medicinska undersökningarna *samt att* få anställda blivit uppsagda på grund av resultatet av de medicinska undersökningarna. Vidare utvisar kartläggningen *att* det relativt sett är ganska få arbetsgivare som ställer krav på narkotika- och alkoholtester *samt att* HIV-tester förekommer ytterst sällan. Det är arbetsgivare med minst 100 anställda som ställer krav på narkotikatester.

Utredningens bedömningar och förslag

Medicinska undersökningar generellt

De nuvarande förhållandena har inte motiverat utredningen att lägga fram några författningsförslag om användande av medicinska undersökningar i arbetslivet.

Medicinska undersökningar i samband med en anställning

Av enkätundersökningarna och hearingarna har det framgått att medicinska undersökningar i samband med en anställning resulterat i att endast ett mindre antal sökande inte fått den sökta anställningen. Det finns generellt sett inget som talar för att arbetsgivarna använt medicinska undersökningar som ett sorteringsverktyg. Inte heller har det framkommit att medicinska undersökningar medfört en utslagning från arbetslivet.

Den höga arbetslösheten, som medför en successiv utslagning, är betingad av andra faktorer. Det rör sig bl.a. om sysselsättningsgraden i samhället, hur arbetsmarknaden fungerar, individens kompetens i vid bemärkelse, individens personlighet samt attityder hos de som skall anställa. Utredningen har därför inte funnit det påkallat att föreslå en lagreglering i denna del.

Medicinska undersökningar under en anställning

Utredningen har inte funnit att medicinska undersökningar under en anställning har medfört en utestängning från arbetslivet. Utredningen har därför inte funnit det påkallat att föreslå en lagreglering i denna del. Narkotikatesterna behandlas nedan.

Gentester

Möjligheten att använda gentester för att förutsäga arbetsskada och yrkessjukdom vid en anställning är i dagens läge begränsad. Det utesluter emellertid inte att medicinska undersökningar som görs med hjälp av genteknik skulle kunna användas för sortering av olika individer. Utredningen anser dock att det är etiskt oriktigt att en arbetsgivare skall få ställa krav på en genomgången genetisk undersökning för en anställning. Vidare utvecklas genteknologin så snabbt och på ett sätt som man inte kan kontrollera. I stället bör lagstiftningen ligga före en sådan utveckling. Av dessa skäl föreslår utredningen att gentester i arbetslivet skall vara förbjudna.

Narkotikatester

Sedan år 1988 är bruk av narkotika straffbelagd i Sverige. Utredningen konstaterar att det råder en stor och bred enighet om att det är nödvändigt att ha narkotikafria arbetsplatser. Anledningarna härtill är främst

att man vill få en säker arbetsplats och ett skydd för tredje man. Utredningen har emellertid inte funnit det påkallat att föreslå en lagreglering av frågan. I stället kan problemet med narkotikatester lösas av arbetsmarknadens parter.

Utredningen vill dock understryka att ålagda narkotikatester i samband med anställning måste vara i samklang med samhällets värderingar och stå i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden. Vidare skall testerna utföras på ett godtagbart sätt och vara av god kvalitet.

Vad gäller narkotikatester under anställning måste kvalificerade omständigheter föreligga för att sådana tester skall anses stå i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden. Dessa tester skall utföras och ha samma kvalitet som testerna i samband med anställning. På arbetsplatser där dessa tester avses att användas bör det finnas en av arbetsgivare och arbetstagare gemensamt framtagen skriftlig narkotikapolicy med handlingsprogram.

Dokumentering

När en arbetstagare genomgår en medicinsk undersökning vid t.ex. en företagshälsovårdsenhet, skall detta journalföras enligt bestämmelserna i patientjournallagen. I lagen regleras även hur man skall förfara när verksamheten upphör. Någon ändring av lagen erfordras följaktligen inte.

Inom arbetsmarknaden sker även en registrering, t.ex. över exponerade arbetstagare och över vissa utförda medicinska undersökningar. Om verksamheten vid ett företag överlåts, skall registerhandlingarna överlämnas till den nye ägaren. Vad som skall ske med registren vid en definitiv nedläggelse av ett företag anges däremot inte i arbetsmiljölagen eller arbetsmiljöförordningen. Vissa register som nämns i 3 § arbetsmiljöförordningen innehåller uppgifter om en enskilds hälsotillstånd. Om det därför på sannolika skäl kan antas att dessa register inte kommer att handhas enligt föreskrifter som meddelats i eller med stöd av arbetsmiljöförordningen, bör de tas om hand.

Tystnadsplikt

Utredningen konstaterar att den tystnadsplikt som gäller för enskildas personliga förhållanden inom såväl den allmänna som den enskilda hälso- och sjukvården är mycket stark. Det finns därför inget skäl att

ytterligare stärka tystnadsplikten för de uppgifter som framkommit vid medicinska undersökningar i arbetslivet. Däremot bör personalen vid företagshälsovården eller på andra ställen där medicinska undersökningar genomförs erinras om sin skyldighet att iaktta stor restriktivitet vid utlämnande av uppgifter till en arbetsgivare.

Av arbetsmiljöförordningen och Arbetarskyddstyrelsens föreskrifter framgår att det skall föras vissa register över företagna medicinska undersökningar av de anställda. Däremot finns det inte någon författningsreglerad tystnadsplikt för uppgifterna i dessa register. Detta anser utredningen är en brist. Utredningen anser därför att de register som nämns i 3 § arbetsmiljöförordningen och som innehåller uppgifter om en enskilds hälsotillstånd, skall hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till dem.

Konsekvenser av utredningens förslag

De förslag som utredningen lägger fram medför inga ökade kostnader för staten.

När det gäller narkotikatester bör dessa till följd av förslagen inte komma att öka nämnvärt. På sikt leder ett minskat missbruk till en bättre hälsa och lägre kostnader för socialförsäkringen.

1 Direktiv för utredningen

Direktiven för Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet, vilka fogas som bilaga 1 till detta betänkande, innehåller i korthet följande.

Vissa medicinska kontroller är författningsreglerade och utförs på grund av att det finns ett samhällsintresse av kontrollerna.

Syftet med många föreskrivna kontroller är främst att skydda den enskilde arbetstagaren. Vissa andra kontroller utförs för att skydda allmänheten, t.ex. kontroll av piloter och andra yrkesgrupper, där kraven på den enskildes fysiska och psykiska förmåga är särskilt stora.

I de angivna fallen är det fråga om en skyldighet för arbetsgivarna att ta initiativ till medicinska kontroller. När det gäller medicinska kontroller inför en anställning eller under en anställning i andra fall saknas däremot generella bestämmelser.

När det gäller offentliga arbetsgivares möjligheter att kräva läkarundersökningar av de anställda finns ett allmänt förbud i regeringsformen mot påtvingade kroppsliga ingrepp, som inte har stöd i lag.

Den som söker ett arbete eller den som är anställd får ofta finna sig i att arbetsgivarna behöver få tillgång till vissa uppgifter om den enskildes förmåga som kan ha betydelse för arbetsuppgifterna. Arbetsgivarnas intresse av att kunna välja personal samt att leda och fördela arbetet kan emellertid stå emot den enskildes krav på personlig integritet.

Bland de uppgifter som kan ha betydelse för arbetet hör uppgifter om hälsotillståndet. De kan erhållas genom någon form av medicinsk kontroll. Sådana kontroller kan utföras för olika syften och med olika metoder. Sedvanliga hälsoundersökningar hör hit men även hälsodeklarationer av den enskilde som inte har samband med någon kroppsundersökning. En form av kontroll är s.k. drogtester.

Genom genteknikens utveckling ges möjligheter att kartlägga en enskilds arvsanlag och därmed medfödda anlag för sjukdom eller andra fysiska eller psykiska svagheter. Om gentekniken används som metod vid medicinska kontroller kan det innebära särskilda problem från integritetssynpunkt.

Den nuvarande arbetsmarknadssituationen med en hög arbetslöshet och ett ökat ansvar för kostnader vid sjukfrånvaro liksom för arbetsanpassning och rehabilitering för arbetsgivarna kan öka intresset för att använda omfattande medicinska kontroller. Detta kan få negativa effekter i form av utestängning och utslagning från arbetslivet. Särskilda problem från bl.a. integritetssynpunkt kan uppstå till följd av den gentekniska forskningen. Frågor om drogmissbruk är känsliga samtidigt som användningen av droger kan innebära stora risker för den enskilde, arbetskamraterna och allmänheten.

Utredningen skall kartlägga förekomsten av olika former av medicinska kontroller. Utredningen skall vidare bedöma utvecklingen när det gäller användningen av medicinska kontroller och införandet av nya kontrollmetoder samt vad detta får för konsekvenser för risk- och problembilden. Utvecklingen av gentekniken skall särskilt beaktas. Utredningen skall slutligen föreslå de åtgärder som kartläggningen och utredningen i övrigt föranleder. Förslagen bör bygga på en bedömning av vilka berättigade behov av medicinska kontroller i arbetslivet som kan finnas och vilka skyddsbehov som finns. De bör vidare bygga på en avvägning mellan dessa olika behov och intressen. Om det finns behov av reglering skall utredningen föreslå hur reglerna bör utformas. Utredningen bör slutligen studera hur andra länder har hanterat de berörda frågorna.

2 Utredningens bedrivande

2.1 Inledning

Under utredningstiden har utredningen haft 16 protokollförda sammanträden. Till dessa sammanträden har den särskilda utredaren alltid kallat de sakkunniga, experten samt experterna i referensgruppen.

Inledningsvis har utredningen med hjälp av ett flertal frågeformulär kartlagt förekomsten av olika medicinska undersökningar i arbetslivet.

Fyra hearingar med olika teman har anordnats. Till dessa hearingar har utredningen inbjudit 33 representanter från olika myndigheter, företag m.fl. till enskilda överläggningar i aktuella frågor. I några fall har det förekommit föredragningar i ett visst ämne.

Regelbundna möten med andra angränsande utredningar har ägt rum.

Slutligen har utredningen även studerat hur vissa andra länder har hanterat de berörda frågorna.

2.2 Kartläggning

För att kartlägga förhållandena i Sverige när det gäller medicinska undersökningar i arbetslivet har utredningen genomfört ett antal enkätundersökningar. För detta ändamål utarbetades frågeformulär, vilka sedan sändes ut till olika målgrupper. Utredningen har därefter låtit göra en sammanställningen av inkomna enkätsvar. Ett frågeinstitutet fick i uppdrag att göra en telefonintervju med företag med högst 99 anställda i enlighet med de frågor som utredningen utarbetat. Närmare om kartläggningen framgår av avsnittet om utredningens enkätundersökning.

2.3 Hearingar och seminariedagar

Inledning

Utredningen har under våren och hösten 1995 hållit några hearingar och seminariedagar. Till dessa har kallats sakkunniga på olika områden samt representanter för olika myndigheter, organisationer, företag m.fl. Dessa har därvid givit sin syn på de frågor som utredningen bedömt vara av intresse och det har även givits möjligheter till intressanta diskussioner. De ämnen som därvid diskuterats framgår av den följande kortfattade redovisningen. Vad som framkommit under de hearingar och seminariedagar som utredningen anordnat har varit värdefullt för de analyser och bedömningar som utredningen gör i betänkandet.

Hearing och seminariedag om arbetsmarknaden

Under våren 1995 kallade utredningen arbetsgruppen och berörda intressenter till en hearing och seminariedag om arbetsmarknaden (bilaga 2-3). Vid detta tillfälle diskuterades sådana frågor som

- sekretessbestämmelserna i anslutning till medicinska undersökningar i arbetslivet,
- arbetsmarknadspolitiken,
- dopning,
- narkotikaanalyser i urin,
- arbetsförmedlingarnas verksamhet och bedömning av situationen i samband med medicinska undersökningar samt
- gentekniken, dess möjligheter och brister.

Hearing rörande medicinska undersökningar från individens perspektiv

Under hösten 1995 kallade först utredningen arbetsgruppen och berörda intressenter till en hearing gällande den enskilde. Ämnet var behovet av medicinska undersökningar samt skyddsaspekter för den enskilde dels som patient/klient, dels i arbetslivet (bilaga 4-5). Vid detta tillfälle fick utredningen information om drogtestverksamheten vid Huddinge sjukhus och om företagshälsovården vid Pripps bryggerier. Representanter från Svenska diabetesförbundet, Epilepsiföreningen i Stor-Stockholm samt Handikappförbundens samarbetsorgan redovisade sina synpunkter på frågorna. Tidigare har utredningen även haft ett möte med en

utredare från Handikappombudsmannen i saken. Slutligen fick en representant från de fackliga organisationerna LO, TCO och SACO redogöra för sin syn på medicinska undersökningar i arbetslivet.

Hearing rörande arbetsgivarna och samhället

Därefter kallade utredningen arbetsgruppen och berörda intressenter till en hearing gällande arbetsgivarna och samhället. Ämnet var behovet av medicinska undersökningar samt skyddsaspekter från olika aspekter dels för arbetsgivarna, dels från ett samhällsperspektiv (bilaga 6-7). Vid detta tillfälle redogjorde först representanter från Samhall, Landstingsförbundet, Försvarsmakten, Kärnkraftverket i Oskarshamn, SAS, Sundsvalls Ställnings AB samt Volvo Aero för sina synpunkter som arbetsgivare på frågorna. Därefter redovisade representanter från Sjöfartsverket, Livsmedelsverket, Polismyndigheten i Stockholms län, Luftfartsverket, Statens Järnvägar, Riksförsäkringsverket och Vägverket för sina respektive synpunkter från ett samhällsperspektiv när det gäller sjöfarten, livsmedelsbranschen, polisväsendet, luftfarten, järnvägstrafiken, socialförsäkringen och biltrafiken.

Hearing rörande allmänheten

Slutligen kallade utredningen arbetsgruppen och berörda intressenter till en hearing gällande allmänheten. Ämnet var behovet av medicinska undersökningar samt skyddsaspekter på samhällsnivå för allmänheten (bilaga 8-9). Vid detta tillfälle redogjorde först en representant från Folkhälsoinstitutet och en från ALNA-rådet för sin huvudmans synpunkter på frågorna. Därefter informerade ordföranden i tur och ordning för representanterna för C, F, M, MP, S och V om utredningens kartläggning och vad som i övrigt i huvudsak framkommit när det gäller medicinska undersökningar i arbetslivet. Efter varje information till respektive partirepresentant hade utredningen en dialog med dessa i tur och ordning om medicinska undersökningar i arbetslivet.

2.4 Angränsande utredningar

Inledning

Av utredningens direktiv framgår att utredningen i sitt arbete även skall

ha kontakt med Utredningen om arbetsmarknadspolitikens roll, omfattning, inriktning och avgränsning (dir. 1993:132), numera Arbetsmarknadspolitiska kommittén (dir. 1995:33). Sådana kontakter har förekommit. Utredningen har också haft kontakt med andra utredningar, vilkas arbete till vissa delar berör utredningens ansvarsområden.

Arbetsmarknadspolitiska kommittén

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallades i november 1993 en kommitté med uppdrag att utreda arbetsmarknadspolitikens roll, omfattning, inriktning och avgränsning. Därefter har förutsättningarna för kommitténs arbete förändrats i flera avseenden. Därför skall kommittén sammanfattningsvis analysera

- hur arbetsmarknadspolitiken bör utformas för att främja tillväxt och sysselsättning, kompetensutveckling i arbetslivet, expansion i näringslivet samt bidra till ny- och småföretagande och ökad flexibilitet på arbetsmarknaden samt
- hur arbetsförmedlingsverksamheten kan stärkas.

Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet har samrått ett par gånger med kommitténs huvudsekreterare.

Enligt kommittén har det bl.a. framkommit

- att det även vid en hög arbetslöshet finns en betydande aktivitet på arbetsmarknaden,
- att det försämrade arbetsmarknadsläget särskilt drabbar ungdomar under 25 år,
- att unga kvinnor med dålig utbildning har det svårast på arbetsmarknaden,
- att andelen äldre arbetslösa ökar,
- att invandrare har svårt att få arbeten samt
- att kompetensprofilen i förhållande till arbetet är den viktigaste faktorn för att få ett arbetet.

Sjuk- och arbetsskadekommittén

År 1993 tillsatte regeringen beredningen för en ny ordning för sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna. Beredningen fick i uppdrag att lämna förslag till en ny ordning för att lagfästa försäkringsersättningar vid sjukdom och arbetsskada som innebär att försäkringsutgifterna inte ingår i

statsbudgeten (dir. 1993:44). Därefter har sjuk- och arbetsskadeberedningen givts nya direktiv (dir. 1995:54). Den skall utgöra en parlamentariskt sammansatt kommitté.

Kommittén skall bl.a.
- utforma förslag till en av staten organiserad allmän ohälsoförsäkring,
- utforma regler för beräkning av förmånsgrundande inkomst vid kort eller medellång sjukfrånvaro,
- precisera arbetsgivarens ansvar vid rehabilitering,
- analysera och föreslå åtgärder som ger drivkrafter för arbetsgivare att förebygga sjukdom och skador,
- analysera under vilka förutsättningar tilläggsförsäkringar uppfyller krav på effektivitet och rättvisa samt
- utforma regler för en obligatorisk tilläggsförsäkring som ger ersättning för inkomstbortfall orsakat av arbetsskada samt analysera för- och nackdelar med att föra över det organisatoriska och finansiella ansvaret av denna försäkring till arbetsmarknadens parter.

Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet har samrått ett par gånger med kommitténs huvudsekreterare.

I kommitténs diskussioner har det hittills inte framkommit att sekretessbestämmelserna i sig utgör något större problem i samband med rehabilitering.

Utredningen om dopning

Dopning har sedan länge använts i samband med idrottsutövning och innebär i princip att idrottsutövaren förbättrar sin prestationsförmåga på ett onaturligt sätt. De medel som används i dopningssammanhang är till övervägande delen att hänföra till läkemedel. Dopning förekommer också i ökad utsträckning utanför tävlingsidrotten. Inte minst använder unga människor olika medel för att på konstgjord väg uppnå vissa kroppsideal. Med hänsyn härtill och då det på många punkter råder osäkerhet om såväl dopningmedlens medicinska verkningar som de djupare orsakerna till missbruket, tillsatte regeringen en palamentarisk utredning som skulle göra en allsidig översyn av problemen i samband med dopning (dir. 1994:78).

Utredningen skall bl.a.
- ta del av tillgänglig forskning om olika dopningsmedel och deras verkningar,
- belysa rättsutvecklingen,
- kartlägga och analysera dopningproblemets omfattning och karaktär samt
- föreslå ytterligare insatser mot missbruket.

Sekreteraren i Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet har haft kontakter med utredningens sekreterare.

Kommissionen om den svenska arbetsrätten

Kommissionen har tillkallats för att söka lösningar på de problem som arbetsmarknadens parter anser finns på arbetsrättens område. Syftet är enligt direktiven (dir. 1995:30) att kommissionen under medverkan av parterna skall finna former för hur parterna själva i så stor utsträckning som möjligt genom kollektivavtal kan utforma de arbetsrättsliga reglerna så, att de fungerar väl i praktiken och blir så enkla och effektiva som möjligt.

Målet är att åstadkomma en långsiktig och stabil arbetsrätt som
- främjar flexibilitet och produktionsutveckling i företagen och den offentliga sektorn,
- tillgodoser de anställdas behov av utveckling, inflytande, frihet och trygghet,
- främjar jämställdhet mellan könen, och
- främjar invandrarnas villkor på arbetsmarknaden.

Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet har haft kontakt med kommitténs sekreterare.

Socialdepartementets utredning om genetisk integritet

Inom Socialdepartementet har nyligen utarbetats en rapport (Ds 1996: 13) med förslag kring genetisk integritet. Härmed avses huruvida tredje man skall ha rätt att ta del av genetisk information. Förslaget rör således både arbetsgivares och försäkringsbolags eventuella rätt att ta del av resultaten av genetiska undersökningar. Förslaget är föranlett av att Socialutskottet i sitt betänkande 1990/91:SoU10 om Användning av

genteknik på människa, m.m. anmodade regeringen att återkomma till riksdagen med ett förslag om hur oetiska krav på tillgång till genetiska data skall kunna förhindras.

Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet har haft kontakt med ansvarig handläggare på Socialdepartementet.

Socialstyrelsens utredning om narkotikaanalys av urin

Till skillnad från många andra länder saknar Sverige i dag ett regelverk om missbruksanalyser i urin. Detta anser Socialstyrelsen varken från rättssäkerhetssynpunkt eller från etisk synpunkt tillfredsställande. Mot bakgrund härav beslöt styrelsen att under år 1995 initiera ett kvalitetssäkerhetsarbete inom detta område. Målet för styrelsens arbete är att rutinerna kring provtagningarna vid narkotikaanalys av urin skall fungera tillfredsställande. Sekreteraren i Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet har deltagit i ett par konferenser som anordnats av styrelsen i ämnet. Resultatet beräknas komma att presenteras efter sommaren i Socialstyrelsens allmänna råd (1996:00) om handhavanderutiner vid narkotikaanlys av urin.

2.5 Förhållandena i vissa andra länder

För att skaffa sig kännedom om internationella förhållanden har utredningen besökt Danmark, Finland, Norge och EU (Unit 5, The European Agency for Safety and Health at Work) i Luxemburg. Därigenom har utredningen lättare kunnat ställa mer detaljerade frågor och få dessa besvarade. Utredningen har också på annat sätt haft kontakt med andra länder, i första hand med vederbörande svenska ambassad, för att få kunskaper om förhållandena i andra länder i aktuella frågor. Förhållandena i vissa andra länder redovisas i avsnittet om internationella förhållanden.

3 Problemområden och avgränsningar

3.1 Inledning

När en individ skall genomgå en medicinsk undersökning kan detta medföra ett antal problem. En del problem kan sättas i samband med en nyanställning, andra med en pågående anställning och ytterligare en del gäller för båda alternativen. Problemen kan variera beroende på att det finns olika intressenter med skilda önskemål.

3.2 I samband med en nyanställning

I princip är anställningsrätten fri, dvs. *en arbetsgivare* kan fritt välja bland de arbetssökande och ställa de krav på denna, som han finner berättigade beträffande arbetsförmågan. Ett önskemål kan därvid vara att den som skall anställas först genomgår en medicinsk undersökning. För att få det önskade arbetet kan därför den arbetssökande vara tvungen att genomgå undersökningen. I detta fall måste därför den arbetssökande eftersätta sin rätt till kroppslig och personlig integritet.

För vissa *handikappade* kan det uppstå ett annat problem. För dem kan ett synligt handikapp medföra att de inte kommer i fråga för ett sökt arbete, trots att de inte genomgått en medicinsk undersökning, även om en sådan skulle utvisa att de mycket väl skulle kunna klara av arbetet.

Samhället har ett intresse av att den arbetssökande, i de fall då en medicinsk undersökning är föreskriven i en författning, uppfyller vissa hälsokrav.

Tredje man kan ha ett intresse av att medicinska undersökningar utförs. Allmänheten måste kunna lita på att vissa risfyllda yrken innehas av personer som fysiskt och psykiskt är lämpliga för dessa. Den arbetssökandes blivande arbetskamrater har ett intresse av att arbetskamraten kan klara sina arbetsuppgifter och att han inte riskerar att skada dem p.g.a. sitt hälsotillstånd.

3.3 Under pågående anställning

Mycket av vad som ovan sägs gäller även de medicinska undersökningar som utförs under pågående anställning.

För *en arbetsgivares* del tillkommer t.ex. ansvaret för arbetsmiljön och för rehabilitering.

För *arbetstagarens* del väger respekten i dessa fall för hans integritet tyngre. Denne kan ju inte, på motsvarande sätt som en arbetssökande, vägra att genomgå en medicinsk undersökning.

Samhället och tredje man kan, på samma grunder som gäller inför en nyanställning, ha krav på att regelbundna medicinska undersökningar genomförs, när undersökningarna är föreskrivna i lag eller annan författning eller i kollektivavtal som slutits med stöd av en lag.

3.4 Andra gemensamma problem

Arbetsgivarna har ansvaret för arbetsmiljön. Medicinska undersökningar kan ingå som ett led i arbetet med att förbättra arbetsmiljön och värna om de anställdas hälsa. Här kan det bli en avvägning mellan den enskildes integritet och arbetsgivarens kostnader för t.ex. skador och rehabilitering. När det gäller integriteten kan det även bli fråga om en avvägning mellan den enskilde individens och kollektivets intressen.

För *de enskilda individernas* del kan en ökad användning av medicinska undersökningar medföra flera negativa effekter. I första hand är det fråga om risken för utestängning från ett visst arbete eller utslagning från arbetslivet. Detta kan i sin tur leda till sociala och andra problem.

Ett speciellt problemområde gäller *drogtester* och då närmast beträffande narkotiska preparat vid medicinska undersökningar i arbetslivet. Därför behandlar utredningen narkotikatester särskilt i avsnittet om utredningens överväganden och förslag om medicinska undersökningar i arbetslivet.

Vare sig det är fråga om en undersökning i samband med en nyanställning eller under pågående anställning är det viktigt att undersökningen utförs på ett riktigt och säkert sätt. De prover som analyseras måste med absolut säkerhet kunna härledas till en viss individ och vara helt

tillförlitliga. Om fel person drabbas eller ett provsvar är felaktigt, kan det få allvarliga konsekvenser för den som drabbas. Själva *testförfarandet* redovisas i bilaga 19 om drogtestverksamheten vid Huddinge sjukhus.

Ytterligare en fråga som bör uppmärksamma särskilt gäller skyddet för den personliga *integriteten*. Under utredningens gång har utredningen erfarit att det i denna del finns problem och farhågor när det gäller *dokumenteringen* av och *sekretesskyddet* för de uppgifter som framkommer vid de medicinska undersökningarna i arbetslivet. Vad behöver arbetsgivaren veta? Vad skall den medicinska undersökningen omfatta för prover och tester? Vem skall utföra undersökningen? Vad skall läkaren dokumentera? Vilka uppgifter får läkaren lämna till arbetsgivaren? Vad gäller om patientens samtycke? Hur skall arbetsgivaren hantera den information som han erhåller?

Ännu ett problem är att det i samband med medicinska undersökningar kan komma fram uppgifter som inte var efterfrågade. Ett annat är att skyddet för den berörde individen vid en avvägning i vissa fall får vika till förmån för skyddet för tredje man. Utredningen behandlar därför dessa frågor närmare i avsnittet om personlig integritet i arbetslivet, om utredningens överväganden och förslag om medicinska undersökningar i arbetslivet samt i bilaga 15 om medicinsk etik i arbetslivet.

Gentester i arbetslivet är en fråga som innefattar många problemställningar och även kan väcka starka känslor. Möjligheten att på ett tidigt stadium kunna förutsäga en individs risk att senare i livet utveckla en sjukdom kan medföra utestängning från arbetet, trots att det bara är fråga om en risk. En arbetsgivare kan vilja utnyttja tekniken för att få fram individer som är särskilt lämpliga för vissa arbetsuppgifter. Utredningen har därför funnit det angeläget att särskilt behandla den frågan. Det sker i avsnittet om genteknik, i avsnittet om utredningens överväganden och förslag om medicinska undersökningar i arbetslivet samt i bilaga 17 om genteknik.

Här nedan anges ytterligare några problem.

- Har ålder och kön någon betydelse i samband med medicinska undersökningar?

- Bestämmelserna är olika beroende på om det är fråga om offentliga eller privata arbetsgivare. Skall bestämmelserna göras likalydande?

Om verksamheten med medicinska undersökningar innebär några risker eller problem, behöver den då regleras? Skall regleringen i förekommande fall ske i lag, annan författning, i kollektivavtal eller på annat sätt?

Dessa frågor berörs i avsnittet om utredningens överväganden och förslag om medicinska undersökningar i arbetslivet.

3.5 Avgränsningar

De frågor som utredningen enligt direktiven har att utreda om medicinska undersökningar i arbetslivet berör många olika områden. Därför redovisar utredningen här vissa avgränsningar.

I en del sammanhang förekommer s.k. personlighets- eller anlagstester. Ett exempel på detta är urvalstester till chefsbefattningar och liknande, vilka utförs med en beteendevetenskaplig metodik. Dessa tester omfattas enligt direktiven inte av detta betänkande.

Försäkringskassans regler om läkarintyg vid sjukskrivning och vad som gäller vid då aktuella undersökningar behandlas inte heller i detta betänkande.

Det har under utredningens gång framkommit att de flesta medicinska undersökningar i arbetslivet sker hos företagshälsovården. Det har därför varit nödvändigt att i någon mån beröra denna, vilket bl.a. skett i avsnittet om medicinska undersökningar. Det är dock inte utredningens uppgift att närmare gå in på företagshälsovården såsom sådan, dess organisation, ansvar, arbetsuppgifter m.m.

Frågor i samband med legal förskrivning av narkotika behandlar inte utredningen.

Utredningen behandlar inte heller frågor om anabola steroider.

Vidare har utredningen inte funnit det påkallat att särbehandla frågan om medicinska undersökningar som även omfattar HIV-tester. Arbetarskyddsstyrelsen har redan utfärdat allmänna råd (AFS 1988:1) om HIV-testning i arbetslivet. Det har dessutom visat sig att sådana tester ytterst sällan förekommer i arbetslivet.

Det kan i och för sig föreligga problem när det gäller alkoholtester i samband med medicinska undersökningar i arbetslivet. Förtäring av alkohol är dock inte i motsats till intag av narkotiska preparat, vilka inte förskrivits av läkare, förbjudet i lag. I arbetslivet finns det som regel väl etablerade kunskaper om hur man uppmärksammar och behandlar alkoholproblem på arbetsplatser och i samhället. Åtgärder för att komma tillrätta med alkoholproblem på arbetsplatser är även allmänt accepterade. Utredningen berör därför den frågan endast i begränsad omfattning. I detta sammanhang kan även utredningen nämna att regeringen nyligen har tillsatt en utredning om drograttfylleri. Den utredningen skall bl.a. undersöka om det är möjligt att införa gränsvärden för olika droger på samma sätt som för alkohol.

I betänkandet tar utredningen inte upp de etiska frågorna i ett särskilt avsnitt. Däremot berörs den medicinska etiken i arbetslivet i bilaga 15.

Den tekniska utvecklingen kan göra att arbetsmiljön i framtiden kan se annorlunda ut. Det kan även uppstå ett behov av andra medicinska undersökningar än de som i dag genomförs i arbetslivet. Utredningen tar dock inte hänsyn till dessa förhållanden.

3.6 Sammanfattning

När en arbetsgivare överväger att införa en medicinsk undersökning bör en avvägning mellan olika intressen göras. *För det första* en arbetsgivares grund för att kräva en medicinsk undersökning. *För det andra* en arbetssökandes/anställds rätt till integritet och behov av skydd. *För det tredje* samhällets krav på en låg arbetslöshet och låga kostnader för socialförsäkringen. *För det fjärde* allmänhetens/tredje mans behov av skydd.

Utredningen pekar i det föregående på de viktigaste problemen och de frågor som kan ställas i samband med dem. Utredningen kommer framöver i betänkandet att försöka besvara frågorna och lämna förslag på lämpliga lösningar av problemen.

4 Medicinska undersökningar

4.1 Vad är medicinska undersökningar?

Inledning

Till de uppgifter som kan ha betydelse inom arbetslivet hör uppgifter om arbetsmiljön och hälsotillståndet hos de anställda. Dessa kan erhållas genom någon form av medicinsk kontroll.

Den kontroll som åsyftas i direktiven avser inte bara sedvanliga hälsoundersökningar och hälsodeklarationer utan även den formen av kontroll som gäller drogtester och gentester. För utredningens del är det i samtliga dessa fall närmast fråga om en medicinsk undersökning som utförs av någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Begreppet medicinska undersökningar omfattar enligt utredningens uppfattning inte bara den faktiska undersökningen utan även vidtagna åtgärder, t.ex. provtagning, och gjorda bedömningar som ett helhetsbegrepp.

Avsikten med en medicinsk undersökning är att med stöd av erhållna uppgifter bedöma den undersöktes hälsotillstånd och i förekommande fall även ställa en diagnos. I arbetslivet är det närmast fråga om en bedömning av individens förutsättningar i förhållande till arbetsplatsen. Kan individen klara av arbetet, finns det en skada eller ett handikapp som inte är lämpligt med hänsyn till arbetsuppgifterna eller föreligger det missbruk av olika droger? Utredningen anser därför att den mest adekvata termen i dessa fall är medicinska undersökningar. Utredningen använder därför uttrycket medicinska undersökningar i betänkandet. Som en konsekvens av detta har utredningen tagit sig namnet Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta framgår av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Målet för arbetsmiljöarbetet är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Detta framgår av 1 kap. 1 § arbetsmiljölagen.

De medicinska undersökningarna brukar genomföras av någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. läkare, sjuksköterskor, optiker m.fl. Vilka som omfattas av hälso- och sjukvårdspersonalbegreppet framgår närmare av 1 § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården. I en del fall har lagstiftarna formellt angivit vem som skall utföra undersökningen, t.ex. en läkare. I andra fall har lagstiftarna dessutom ställt upp vissa krav på vederbörande, t.ex. att denne skall var legitimerad och även ha viss specialistkompetens.

Undersökningarna kan vara reglerade i lag, annan författning, kollektivavtal m.m. Eftersom det finns flera olika undersökningar som hälsodeklarationer, medicinska kontroller, periodiska undersökningar m.fl., kan detta medföra tveksamhet om innebörden av vad som avses med de olika benämningarna. Utredningen har därför funnit det påkallat att närmare redogöra för vad utredningen avser med olika medicinska undersökningar som i dag genomförs.

Medicinska undersökningar i arbetslivet

Som utredningen ovan anför avser utredningen med medicinska undersökningar i förevarande sammanhang enstaka eller återkommande undersökningar och därvid företagna prover och tester samt gjorda bedömningar. Dessa skall vara hänförbara till en enskild individ och utföras av någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Med medicinska undersökningar i arbetslivet avser utredningen motsvarande undersökningar som utförs av en arbetssökande i samband med en anställning eller av en anställd under pågående anställning.

I definitionen innefattas *inte* dokumentationen av undersökningen i en av hälso- och sjukvårdspersonalen förd patientjournal och, i förekommande fall, i ett av en arbetsgivare fört register.

Hälsodeklarationer

Vid flera tillfällen kan en arbetsgivare kräva att en enskild avger en s.k.

deklaration av sin hälsa. Därmed avses en av den enskilde gjord förklaring, i regel genom att denne fyllt i ett förtryckt formulär. Dessa formulär brukar uppta frågor om sjukdomar, vaccinationer, läkemedel osv. Formulären brukar inges i samband med ett besök hos en läkare, tandläkare m.fl. Deklarationerna är närmast till för att underlätta för berörd hälso- och sjukvårdspersonal att senare göra korrekta bedömningar efter en undersökning av patienten om dennes hälsotillstånd och att därefter kunna föreslå adekvata åtgärder. Hälsodeklarationerna skrivs under av den enskilde, oftast med en försäkran om att uppgifterna är sanningsenliga. Vissa institutioner och företag har haft specifika frågeformulär, t.ex. vid arbete inom sjukvården.

Läkarundersökningar

I flera författningar anges att en undersökning skall utföras av en läkare eller en legitimerad läkare. För att erhålla legitimation skall en läkare ha avlagt läkarexamen och genomgått den av regeringen föreskrivna praktiska tjänstgöringen (allmäntjänstgöring). Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens.

Läkaren utför en undersökning av patienten, ställer en diagnos och föreslår åtgärder. Om en läkarundersökning skall utföras i samband med en nyanställning innehåller den de vanliga iakttagelserna som avser t.ex. hjärt- och lungfunktion, bukorgan, neurologiska tester, bedömning av rygg- och ledstatus, hud m.m. Vad som ingår i dessa undersökningar brukar avgöras med hänsyn till ett företags arbetsmiljö.

Hälsoundersökningar eller hälsokontroller

Hälsoundersökningar eller s.k. hälsokontroller - i fortsättningen används endast begreppet hälsoundersökningar - förekommer av skiftande anledningar antingen på initiativ av samhället eller på uppmaning av en arbetsgivare. De kan utföras av en läkare men även av annan hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. en sjuksköterka. Vem som närmast är lämplig att utföra undersökningen beror främst på vad undersökningen går ut på. Hälsoundersökningarna kan vara allmänna eller riktade.

Inom företagshälsovården utförs i dag ett flertal olika hälsoundersökningar. Utformningen av dessa kan variera beroende på ändamålet

varför de utförs. Tidigare utfördes allmänt en hälsoundersökning inför en nyanställning. Numera utförs de mer sporadiskt och då i regel i anslutning till eller strax efter det att den enskilde anställts. Före själva undersökningen förekommer det att den enskilde får fylla i en hälsodeklaration.

I hälsoundersökningen ingår i regel viss provtagning och en enklare kroppsundersökning. Den utförs oftast av en sjuksköterska. Provtagningen omfattar analys av blodvärde, sänka samt urinprov med avseende på förekomsten av socker, äggvita och bakterier. Vidare kontrolleras vikt, längd, syn, hörsel och blodtryck. Beroende på olika rutiner görs ibland även en läkarundersökning. Test på i praktiken urin för narkotiska preparat, s.k. drogtest, förekommer i begränsad omfattning.

I speciella fall kan det krävas ett särskilt tillstånd. Detta är fallet vid undersökning av människors arvsmassa i vissa fall. Om detta framgår närmare i *lagen (1991:114) om användning av viss genteknik vid allmänna hälsoundersökningar.*

Allmänna hälsoundersökningar

Svensk företagshälsovård har av tradition arbetat med återkommande hälsoundersökningar av anställda. Dessa undersökningar har dels varit av allmän karaktär, dels riktade mot särskilda arbetsmiljöfaktorer. De allmänna hälsoundersöknigarna har oftast varit åldersrelaterade och brukar omfatta följande moment.

I en allmän hälsoundersökning ingår normalt en hälsodeklaration enligt visst formulär, en intervju av en sköterska samt mer eller mindre omfattande laboratorieundersökningar. Som regel används samma basutbud som vid undersökningar av nyanställda. Ofta förekommer ett tillägg av s.k. blodkemisk analys, där blodfetter, njurfunktionsprover, levervärden, järnstatus, vissa blodäggvitor och salter anlyseras. Detta sker vanligtvis i form av ett paket som erbjuds av olika laboratorier. Tidigare ingick mestadels även en läkarundersökning i hälsokontrollen. Numera sker detta mer sporadiskt. I åldrarna över 50 år är det dock vanligt att en undersökning görs av en läkare. Denne gör då en bedömning av hjärt- och lungstatus, bukorgan, grovneurologi m.m. På män sker en prostataundersökning och på kvinnor en palpation av bröst för eventuella tumörer. I en del fall inkluderas en undersökning av avföring med avseende på förekomsten av blod. I regel har hälsovårdscentralerna antingen i egen regi eller genom konsulter också

möjlighet till gynekologiska undersökningar av kvinnor med cancerprovtagning samt mammografiundersökning.

Periodiserade hälsoundersökningar

Periodiserade hälsoundersökningar är sådana hälsoundersökningar som återkommer med jämna mellanrum. Tidigare har företagshälsovården som regel haft ett tämligen likartat program när det gäller förekomsten av hälsoundersökningar. En vanlig periodisering har varit vart femte år upp till det att den enskilde fyllt 50 år och därefter med olika intervaller. Efter det att det statliga bidraget till företagshälsovården tagits bort, har emellertid verksamheten blivit mer kundrelaterad. I dag förekommer det därför en stor variation i utbudet. Det kan variera från inga hälsoundersökningar alls till hälsoundersökningar varje år. Allt beror på uppdragsgivarnas eller kundernas önskemål och viljan att stå för kostnaderna för hälsoundersökningarna.

Riktade hälsoundersökningar

Vissa arbetsmiljöer innehåller hälsovådliga ämnen eller är av den karaktären att särskilda aspekter beträffande de anställdas hälsa gäller. Därför finns i lag eller annan författning t.ex. bestämmelser om regelbunden kontroll av blod, exempelvis när det gäller förekomst av bly, lungröntgenundersökningar bland asbestexponerade m.m. Enligt livsmedelslagen skall personer som arbetar öppet med livsmedel årligen undersökas med avseende på eventuella infektioner, sårbildningar på händer m.m. Det finns även bestämmelser om undersökning av avföring för eventuell salmonellaförekomst efter resor utom Norden. I dessa fall sker undersökningarna med hänsyn till samhällets behov av skydd.

Inom arbetsmiljöarbetet och företagshälsovården har det funnits en strävan att mindre ägna sig åt åldersrelaterade hälsokontroller och mer försöka inrikta hälsoundersökningarna på olika riskfaktorer som kan förekomma i arbetslivet utöver de undersökningar som är författningsreglerade. Klassiska sådana kontroller är hörselundersökningar i bullrande miljö, lungfunktionsundersökningar vid starkt dammande arbetsmiljö, neurologiska undersökningar bland målare som är utsatta för lösningsmedel m.fl. Dessa kan ses som en utvidgning på frivillig basis av de obligatoriska undersökningar som förordas enligt lagstiftningen vid vissa riskmiljöer.

Av rent medicinska skäl förekommer vissa frivilligt riktade hälso-

undersökningar. De kan gälla erbjudanden om undersökning av utstryk från livmodertappen beträffande cancerceller samt mammografi för bröstcancer, vilka med vissa tidsintervaller erbjuds kvinnor.

Hälsotester

Det förekommer även s.k. hälsotester. Dessa är närmast att jämställa med allmänna hälsoundersökningar av enskilda individer.

Hälsoprofiler

Många gånger ersätts den traditionella hälsoundersökningen med en s.k. hälsoprofilbedömning. Denna erbjuds ofta de anställda på intitiativ av arbetsgivaren. Därvid kartläggs bl.a. kostvanor, motion samt rökning, förutom faktorer som är relaterade till arbetet. Den påminner till sitt innehåll om hälsoundersökningen med tillägg av en konditionsbedömning på en ergometercykel. De olika delundersökningarna i hälsoundersökningen genomförs dock på ett mer systematiskt sätt och resultatet av hälsodeklarationen samt olika undersökningsvariabler registreras på ett sådant sätt att en profil erhålls. Den avspeglar styrka och svaghet hos den enkilde individen när det gäller olika riskfaktorer. Därför kan den tas till utgångspunkt för preventiva insatser på en arbetsplats med syfte att förbättra den enskildes hälsotillstånd. Denne får även information om vad han kan göra för att förebygga ohälsa. Genom det standardiserade förfarandet kan hälsoprofilen upprepas och jämföras från tid till annan.

HIV-tester

Numera kan även HIV-tester ingå i de medicinska undersökningarna. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1986:11) om information och föreskrifter till patienter i samband med meddelande om resultat av test avseende antikroppar mot LAV/HTLV-III har styrelsen meddelat föreskrifter och allmänna råd om hur den behandlande läkaren bör utforma sina föreskrifter och sin information i samband med HIV-testning. Utredningens kartläggning visar dock att en HIV-test mycket sällan krävs av en arbetsgivare. Frågan om HIV-testning i arbetslivet framgår närmare i Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd (AFS 1988:1).

Drogtester

En form av medicinska undersökningar eller en del i en sådan undersökning är s.k. drogtester, vilka används för att utröna användningen av alkohol, narkotika eller andra droger. Det kan t.ex. vara fråga om amfetamin, kokain, cannabis eller heroin.

Med *drog* i detta betänkande avser utredningen *i princip endast narkotika*, dvs. de substanser som anges i bilaga 1 till förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika. Med *drogtest* avser utredningen en medicinsk undersökning som även innefattar en analys av kroppsmaterial, framför allt urin, för att kontrollera användningen, främst illegal sådan, av narkotika.

Frågan om drogtestning behandlas närmare i avsnittet om utredningens överväganden och förslag om medicinska undersökningar i arbetslivet. Om själva förfarandet redogör utredningen i bilaga 19 om drogtestverksamheten vid Huddinge sjukhus. I bilaga 20 redovisas olika drogers effekter.

Gentester

Gentester är en särskild form av medicinska undersökningar. Genom genteknikens utveckling finns möjligheter att kartlägga den enskildes arvsanlag och därmed medfödda anlag för sjukdom eller andra fysiska eller psykiska svagheter.

Med gentester i betänkandet avser utredningen närmast de undersök-ningar som utförs av en människas arvsmassa med utnyttjande av en analys av genernas deoxyribonukleinsyra (DNA).

Frågan om gentestning behandlas närmare i avsnittet om genteknik samt i bilaga 17 om genteknik.

4.2 Några motiv för medicinska undersökningar

Allmänt

Det förekommer olika former av medicinska undersökningar i arbetslivet. Beträffande vissa yrken, som ställer stora krav på fysiska och psykiska prestanda, förutsätts en godkänd medicinsk hälsoundersökning före anställningens början. Tidigare var ofta s.k. "friskintyg" förutsättningen för att få ett sökt arbete och även tillträde till olika utbildningar, t.ex. för lärare samt inom hälso- och sjukvården. Förutom inom vissa enligt lagar och andra författningar angivna särskilda riskyrken, t.ex. lokförare och pilot, har kraven på friskintyg blivit färre. Omfattningen av hälsoundersökningarna varierar. Förutom en vanlig kroppsundersökning, blodtrycksmätning, urinprov m.m., har i regel stor vikt lagts vid undersökning av syn och hörsel samt, som en kvarleva från tuberkuloseran, krav på lungröntgen, tuberkulinprov m.m. I de fall sådana intyg krävs i dag, har i regel också HIV-test tillkommit. För tjänstgöring utomlands krävs ibland forfarande omfattande intyg.

Arbetsmiljöskäl

Nyttan med att genomgå en hälsoundersökning före en anställning är från den enskildes utgångspunkter att han kan få sakkunnigt bedömt, huruvida den sökta anställningen är lämplig med tanke på hans fysiska och psykiska förutsättningar. Det bör ligga i den enskildes intresse att han inte får ett arbete, som kan leda till skada eller sjukdom. I vissa yrken är t.ex. exponeringen för allergiframkallande ämnen högre än i andra, vilket tidigare kan utlösa symtom hos en person med allergisk benägenhet. Förutsättningen för att en medicinsk undersökning med denna målsättning skall vara meningsfull är, att företagshälsovården eller annan instans som undersöker den enskilde är väl förtrogen med arbetslivet och exponeringsförhållandena i det sökta arbetet. Företagshälsovården är oftast bäst skickad att genomföra sådana hälsoundersökningar. Den har också bättre möjligheter att fånga upp problemen. Genom en nära kontakt med arbetsplatsen kan ofta förslag till olika arrangemang lämnas, varvid risken för skador kan begränsas.

Återkommande hälsoundersökningar under arbetets gång är vanliga i svenskt arbetsliv. De upplevs i regel positivt av den enskilde och arbetsgivaren. Härigenom finns möjligheter att få en kontroll av hälsotillståndet, där viktiga parametrar är blodtryck, lungfunktion, hörsel m.m. Upptäckten av avvikelser från det normala kan leda till korrigerande insatser, t.ex. minskad exponering genom förbättrad ventilation eller behandling av ett alltför högt blodtryck. Till följd därav kan kroniska skador undvikas. Av stort värde för individen är också att arbetsmiljöns eventuella inverkan på hälsan kontinuerligt kan följas.

Andra hälsoundersökningar kan vara av allmän karaktär eller riktade beroende på särskild exponering i vissa yrken. Hit hör t.ex. lungundersökningar bland asbestexponerade, neurologiska bedömningar av lösningsmedelsexponerade m.fl. I vissa yrken anses risken vara större än i andra att skadlig exponering kan uppkomma, t.ex. när det gäller asbest och bly. Därför finns det föreskrifter om återkommande undersökningar i dessa yrken.

Möjligheten att genom tester kontrollera eventuell drogpåverkan har också aktualiserats. Drogtester är dock ännu så länge sparsamt förekommande i arbetslivet.

Ett viktigt resultat av en hälsoundersökning är de positiva, sekundära effekter, som den kan ge upphov till när det gäller arbetsmiljön. Den noggranna analysen av bakgrundsförhållanden i fråga om arbetssituationen, hälsoläget m.m. leder ofta till en uppföljning i form av arbetsplatsbesök och bedömning av hälsorisker. När resultatet, med beaktande av den enskildes integritet, återförs till arbetsgivaren, kan det leda till förbättringar av arbetsmiljön. Det kan dels gälla fysiska förändringar av arbetsplatsen, t.ex. av ergonomisk natur, dels gälla frågor om arbetsorganisation, t.ex. rotation mellan olika arbetsuppgifter, där det finns risk för skador på grund av ensidiga belastningar. Resultatet från en undersökning av enskilda individer kan också leda till att undersökningar genomförs på gruppnivå när det gäller t.ex. den psykosociala arbetsmiljön, stress i arbetslivet m.m.

Personsäkerhet

I vissa sammanhang har samhället ett intresse av att medicinska undersökningar utförs till skydd för allmänheten. Det gäller i de fall då kraven på den enskildes fysiska och psykiska förmåga är särskilt stora.

Tredje man måste i dessa sammanhang kunna lita på att en anställd, vars tjänster allmänheten på ett eller annat sätt anlitar, är frisk. Det får inte vara så att denne på grund av sitt hälsotillstånd riskerar att vålla inte bara sig själv utan även andra skada. Till skydd för tredje man vid särskilt utsatta riskyrken föreskrivs i dessa fall medicinska undersökningar enligt lag eller annan författning. Det gäller t.ex. yrkesutövare inom spårbunden trafik samt inom luft- och sjöfarten. Ett annat exempel är smittskyddsundersökningar av dem som arbetar med hantering av livsmedel. Personer som regelbundet arbetar med oförpackade livsmedel måste t.ex. årligen genomgå hälsoundersökningar enligt livsmedelslagen för att minska risken för livsmedelsburen smitta.

Kvalité och produktsäkerhet

När det gäller en undersökning i samband med en eller under en pågående anställning kan det hos arbetsgivaren finnas en omtanke om den enskilde. Hos arbetsgivaren kan det dessutom finnas ett motiv att försöka, så långt det är möjligt, att undanröja risken för att den anställde har någon latent förutsättning att utveckla sjukdom eller ohälsa, som kan inverka menligt på produktiviteten. Genom generella och riktade undersökningar erhåller arbetsgivaren en möjlighet att följa hälsoläget i relation till faktorerna i arbetsmiljön. Det kan också vara en kvalitetsaspekt som har betydelse i förhållande till marknadens krav. Ett exempel är narkotikatester inom vissa riskyrken. Det torde i dag finnas ett ökat intresse för att kräva hälsoundersökningar med narkotikatester inför en anställning. På senare tid har inte bara allmänna företeelser som utvisar hälsotillståndet diskuterats i förhållande till arbetets krav. På olika håll har det också börjat spekuleras i möjligheterna att med s.k. genetisk kartläggning kunna avslöja eventuellt dolda svagheter, som kan ha betydelse i en viss arbetsmiljö och som skulle kunna äventyra en produktiv arbetsinsats i framtiden. Möjligheterna till denna typ av undersökningar är dock fortfarande mycket begränsade.

Dessutom har det blivit vanligare att större företag ställer krav på anlitade entreprenörer. De senare måste förbinda sig att undersöka, t.ex. narkotikatesta, anlitad personal, om de skall få ett kontrakt. Vissa företag i USA kan kräva t.ex. detta, om de skall ge en order till ett företag i Sverige. Ett företag som har en narkotikafri miljö anses värna om kvalité och säkerhet, vilket kan vara en nog så viktig faktor i en hård konkurrenssituation.

Försäkringsmässiga skäl

Den nuvarande arbetsmarknadssituationen med en hög arbetslöshet och ett ökat arbetsgivaransvar för kostnader vid sjukfrånvaro liksom för arbetsanpassning och rehabilitering, kan öka intresset för att använda omfattande medicinska undersökningar både vid nyanställningar och under en anställning. Detta kan få negativa effekter i form av utestängning och utslagning från arbetslivet.

Samhället har här ett ekonomiskt intresse när det gäller kraven på medicinska undersökningar och intyg beträffande arbetsoförmåga vid sjukdomar. Arbetsskador, utslagningar och sjukpensioner kostar samhället stora summor. Det finns därför ett behov av att man får en bättre anpassning mellan individuella förutsättningar och arbetskrav, vilket kan minska samhällets kostnader för sjukskrivningar, sjukpensioner m.m.

Enligt uppgifter från Riksförsäkringsverket skedde en kraftig uppgång av antalet anmälda arbetsskador vid mitten av 1980-talet. Den sammanföll i tiden med en ökad information kring arbetsskadeförsäkringen och en liberalisering av praxis i bedömningen av vad som räknas som arbetsskada. Troligen fanns vid denna tidpunkt också ett behov av att anmäla arbetsskador, som inträffat tidigare år, vilket bidrog till att antalet anmälningar ökade. När antalet anmälningar sedan sjönk i slutet av decenniet, kan det ha berott på att behovet att anmäla äldre skador minskade. Den fortsatt sjunkande trenden i början av 1990-talet kan bl.a. förklaras av en ändring i arbetsskadelagstiftningen om arbetsskadebegreppet samt lägre antal arbetade timmar på grund av lågkonjunkturen, hårdare bedömning av arbetsskadeärenden hos försäkringskassorna och förbättrade arbetsmiljöer.

4.3 Företagshälsovården

Det är inte utredningens uppdrag att närmare gå in på företagshälsovården såsom sådan. Det kan dock vara på sin plats att här ändå precisera vad som menas med företagshälsovård. Utredningen får i det hänseendet hänvisa till det uppdrag som regeringen år 1993 gav till dåvarande Arbetmiljöfonden avseende utveckling av kvalitetssäkringssystem inom företagshälsovården. I den till följd av uppdraget avgivna rapporten 1995 från Arbetslivsinstitutet om Kvalitetssäkringssystem för företagshälsovården har projektet definierat begreppet företagshälsovård. Med företagshälsovård menas den verksamhet som

- i första hand bedrivs inom områdena arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering,
- verkar på ett professionellt och oberoende sätt gentemot uppdragsgivare och brukare,
- med överenskomna tjänster erbjuder uppdragsgivaren kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa samt
- baserat på en sådan helhetssyn lämnar förslag till åtgärder och aktivt verkar för att dessa genomförs.

I företagshälsovården tjänstgör läkare, företagssköterskor, företagsgymnaster, beteendevetare samt skyddsingenjörer i väl fungerande arbetslag. Företagshälsovårdens syfte är att på bästa sätt beakta den enskildes fysiska och psykiska förutsättningar och arbetslivets krav. Ett led i detta arbete är att genomföra s.k. medicinska undersökningar i form av nyanställningsundersökningar, periodiska hälsokontroller, läkarintyg inför vissa anställningar m.m. Andra viktiga uppgifter för företagshälsovården är att den, med god kännedom om arbetets krav och arbetsplatsens utformning, kan påverka arbetsmiljön, så att individens förutsättningar tas i beaktande. Arbetsmiljöarbetet kan genomföras genom företagshälsovårdens unika samlade kompetens av medicinsk, ergonomisk, psykologisk och teknisk expertis. Arbetsmiljöarbetet genomförs genom arbetsplatsbesök, medverkan i företagens inre skyddsarbete, arbetsplatsbedömningar utifrån den enskildes förutsättningar samt påverkan på arbetsledning och personalfunktioner m.m. i företagen. En viktig faktor är utbildning av arbetsledare och skyddspersonal i arbetsmiljöfrågor. På senare år har organisationen på arbetsplatserna och psykosociala förhållande blivit allt viktigare delar av företagshälsovårdens utbud. Andra trender är större medvetenhet om kvaliteten på det arbete som skall utföras, de etiska frågorna och en anpassning till kundens krav.

En betydelsefull funktion inom företagshälsovården i förhållande till anslutna företag är rehabiliteringsarbetet. Genom nya bestämmelser har arbetsgivarna fått större ansvar när det gäller sjukfrånvaro och rehabilitering. Arbetsgivaren ansvarar dels för sjuklön under de två första veckorna, dels skall han föranstalta om en s.k. rehabiliteringsutredning när en anställd varit sjukfrånvarande mer än fyra veckor i sträck eller vid upprepade korta frånvarotillfällen. I detta arbete utgör företagshälsovården en värdefull resurs. För rehabiliteringen efter en längre sjukfrånvaro träder också försäkringskassan in i arbetet. Det är dock viktigt att betona att ansvaret för rehabiliteringsarbetet åligger arbetsgi-

varen. Från och med den 1 oktober 1995 ställs större krav på den enskilde att kunna visa att sjukdomen medfört nedsatt arbetsförmåga och att kunna presentera ett detaljerat läkarintyg som styrker detta.

Företagshälsovården utgör en betydelsefull tillgång i arbetet med att förbättra arbetsmiljön. Den viktigaste resursen för en framgångsrik produktion i företagen är ofta de anställda. De flesta företag har tvingats att rationalisera. Det gäller därför att utnyttja den personal som finns kvar på bästa möjliga sätt. Kunskapen som finns inom företagshälsovården om de biologiska betingelserna är en ovärderlig tillgång för de anställda och företagen. I regel saknas sådan kunskap inom företagen själva, även om de har väl utvecklade personalfunktioner. Det ställs stora krav på människor i dagens arbetsliv. Därför är det viktigt att ha kunskap om såväl psykologiska, som sociala och fysiska skeenden, så att optimala funktioner och därmed hög produktion kan upprätthållas.

I likhet med vad som gäller inom hälso- och sjukvården har man inom företagshälsovården allt mer uppmärksammat kvalitetsaspekterna. Olika system eller modeller utarbetas därför för kvalitetssäkring av företagshälsovården. Dessa skall ses som ett hjälpmedel för de verksamheter som erbjuder tjänster inom främst områdena arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering. Utredningen får i denna del även hänvisa till ovan nämnda projekts rapport om kvalitetssäkringssystem för företagshälsovården. Där presenteras en kvalitetssäkringsmodell och riktlinjer för kvalitetssäkringsarbetet inom företaghälsovården. Målet är att skapa ett system för kvalitetssäkring av tjänster inom företagshälsovården. Systemet skall även kunna användas för andra tjänster inom arbetsmiljöområdet. Då modellen tillämpas, är det företagshälsovårdsenheterna själva som svarar för att de lever upp till målet.

Om en företagshälsovård även erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster, skall Socialstyrelsens föreskrifter (1993:9) om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård beaktas.

5 Arbetarskyddets historia

5.1 Inledning

Arbetarskyddet med dess sociala dimension och krav på samförstånds-lösningar uppstod i samband med industrialismens genombrott.

Här nedan beskrivs helt kort hur arbetet med arbetarskyddet i Sverige har påverkats av internationella rörelser samt hur arbetarskyddet och samförståndslösningar växt fram i Sverige.

5.2 Tre reformvågor

Arbetarskyddets historia har haft tre stora reformvågor. Den första vågen kom från Storbritannien. Redan år 1802 lades förslag fram om begränsning av arbetstiden till 12 timmar. År 1819 kom en lag till skydd för alla barn som arbetade i bomullsfabriker. Den första egentliga arbetarskyddslagen - The Factory Act of 1833 - kom år 1833.

Andra vågen kom på 1880-talet från Tyskland. Bismarck introducerade socialpolitiken genom en sjukförsäkringslag, en lag om olycksfalls-försäkring samt en lag om ålders- och invaliditetspension. Vidare gjordes arbetsgivarna ansvariga för alla skador som uppkommit i arbetet.

Tredje vågen kom från USA. Till skillnad från Storbritannien och Tyskland bygger tredje vågen inte på lagstiftning utan på management-tänkande "the safety movement". National Safety Council drev frågan med hjälp av informations-, kontakts- och konferensresurser. Nyckel-termerna var samarbete och ett handlingsdokument antogs år 1930.

National Safety Councils handlingsprogram kan sammanfattas i följande fyra punkter.

- Målet är att få bort alla olyckor, eftersom de är onödiga och beklagliga. För att uppfylla detta mål är organisationen beredd att ge de berörda sitt bistånd.

- Genom utbildning vill organisationen visa att den säkra vägen är den rätta och bästa vägen med hänsyn till arbetarnas skydd, prestationsförmåga och ekonomi. Skyddsarbetet hör ihop med arbetslivet.

- Organisationen skall inte vara vinstdrivande. Den skall bygga på ideellt arbete.

- Organisationen skall samarbeta fullt ut med alla individer, företag, organisationer, kommuner och länder som sympatiserar med organisationens tänkesätt.

5.3 Internationella arbetsorganisationen

Internationella arbetsorganisationen (ILO), som har sina rötter från 1920-talet, arbetar för att reglera arbetsvillkoren på liknande sätt i de olika länderna. Därigenom skall konkurrensfördelarna jämnas ut. ILO har sedan år 1946 ställning som ett av Förenta Nationernas (FN) fackorgan. Den har sitt säte i Genève och är det enda FN-organ som består av tre parter. Organisationen har inte bara företrädare för regeringar utan även för arbetsgivare- och arbetstagarorganisationer i medlemsländerna.

Ett viktigt område som ILO arbetar med är skyddat av arbetarna mot yrkessjukdomar och olycksfall i arbetet. Detta arbete har manifesterats i flera konventioner. Fram till år 1937 hade omkring 60 olika konventioner ratificerats av medlemsländerna.

Den bärande principen för ILO i arbetet med att förebygga olyckor bygger på såväl lag, som att arbetet med upplysning och arbetarskydd skall få en lokal prägel och organisation genom en säkerhetskommitté.

5.4 I Sverige

Sverige påverkades starkt av de båda första reformvågorna. År 1881 kom en förordning angående minderårigas användande i arbete vid fabrik, hantverk eller annan hantering. År 1889 kom den första svenska arbetsskyddslagen, en lag som skyddade mot yrkesfaror.

Från år 1890 har Sverige i princip haft en fungerande yrkesinspektion. Lagen om arbetarskydd (1912) reglerade frågan om lokalt utsedda skyddsombud, vars uppgift var att delta i skyddsarbetet. Föreningen för arbetarskydd (FFA) bildades år 1905.

FFA var en av drivkrafterna bakom den svenska Safety First-rörelsen. Genom ett nätverk med ledande personer inom Socialstyrelsen, Riksförsäkringsanstalten och de politiska partierna drevs arbetsmiljöfrågorna. Arbetsgivarna började kring 1920-talet i allt större utsträckning att intressera sig för arbetarskydd och hälsa i arbetet. Säkerhetsarbetet drevs genom kommittéer med ansvariga skyddsombud.

Arbetsfredskonferensen år 1928 syftade till att få till stånd ett samarbete mellan parterna på arbetsmarknaden. Statens roll var som initiativtagare och pådrivare.

Det övergripande syftet med konferensen var att öka arbetsfreden och ge tryggare liv för människorna. Som en direkt följd av arbetsfredskonferensen och arbetarfredskommittén kom ett organiserat skyddsarbete igång vid flera stora företag. Arbetarskyddslagen reviderades år 1931 och 1938. Revideringen innebar bl.a. att skyddsombudens ställning stärktes och Yrkesinspektionen fick en mer markerad roll.

I arbetarskyddsfrågorna dröjde det i princip ända fram till 1940-talet, innan fackföreningsrörelsen tog en klar ställning för samarbete.

År 1942 träffade Svenska arbetsgivareföreningen (SAF) och Landsorganisationen (LO) ett avtal om lokal säkerhetstjänst. Detta avtal resulterade i att ett stort antal företag började sin skyddsverksamhet.

Genom den centrala överenskommelsen mellan SAF och LO år 1942 skapades ett komplement till gällande lagstiftning och ett underlag för hur man praktiskt skulle sköta arbetarskyddsfrågorna i företagen. I anslutning till denna överenskommelse inrättade parterna ett centralt samarbetsorgan, Arbetarskyddsnämnden. Nämnden har bl.a. till uppgift att svara för information och utbildning i arbetarskydd. Samarbetet mellan SAF och LO utvecklades och nya överenskommelser träffades, t.ex. år 1967 om arbetarskyddsverksamheten och om företagshälsovården. År 1978 inträdde Privattjänstemannakartellen (PTK) i Arbetarskyddsnämnden. Liknande överenskommelser om den lokala skyddsverksamheten kom till stånd även inom statliga, kommunala och kooperativa områden. Under åren har ytterligare avtal träffats om arbetsmiljö,

företagshälsovård m.m.

Den s.k. "Svenska modellen" bygger på samförståndslösningar. Problemen skall lösas utifrån ett sammanfallande intresse till främjande av en ekonomisk tillväxt, rationella produktionsmetoder och en högre levnadsstandard. Modellen har blivit föremål för studier inte bara av svenska utan även av utländska forskare.

5.5 Arbetsmiljölagstiftningen under ett halvt sekel

Området för arbetarskyddet har hela tiden utökats. Orsaken härtill är att alla berörda parter har insett vilken betydelsen för hälsan som goda arbetsförhållanden har. Det gäller då inte bara att förbättra de tekniska och fysiologiska funktionerna utan även de sociala och psykologiska förhållandena. Till följd härav har det lokala samarbetet utvecklats positivt. Alla parter har insett fördelarna med samförståndslösningar i frågor som rör arbetsmiljön, eftersom de är till gagn för de anställda, personalorganisationerna, arbetsgivarna och samhället.

En översyn av arbetarskyddslagen resulterade år 1949 i en ny arbetarskyddslag och arbetarskyddskungörelse. Ett nytt ämbetsverk, Arbetarskyddsstyrelsen, inrättades. Yrkesinspektionen överfördes till det nya ämbetsverket. Staten tryckte på och ville se ett samarbete mellan parterna lokalt.

Den viktigaste författningen på arbetarskyddets område är arbetsmiljölagen (AML) från år 1977 (1977:1160). Lagen innehåller de grundläggande föreskrifterna om arbetarskyddet. Sedan tillkomsten har lagen genomgått flera förändringar. Åren 1990 och 1991 blev t.ex. lagen delvis reformerad. Lagens ändamål angavs i en särskild bestämmelse. Reglerna för minderåriga ändrades. Det infördes bestämmelser om elevmedverkan i arbetsmiljöarbetet. Frågorna om arbetets organisation och innehåll lyftes fram. Det infördes bestämmelser om arbetsgivarnas ansvar för ett regelbundet arbetsmiljöarbete. Motsvarande gäller även arbetsgivarnas ansvar för att på arbetsplatsen driva en verksamhet med rehabilitering och anpassning. Vidare utvidgades regleringen med produktsäkerhet och produktkontroll. Dessa ändringar innebar bl.a. att det infördes ett skyddsansvar för projektering vid byggnads- och anläggningsarbete.

Arbetsmiljölagen är en ramlag som kompletteras dels av arbetsmiljöförordningen från samma år (1977:1166), dels av föreskrifter som har utfärdats av Arbetarskyddsstyrelsen. Styrelsens föreskrifter anger de krav som skall vara uppfyllda i arbetsmiljöhänseende. De publiceras i Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling (AFS).

5.6 Företagshälsovården

Dåtid

Redan på 1700-talet beskrev Ramazzini i det berömda arbetet, De Morbis Artificium, (Modena 1700) att det kan finnas samband mellan arbete och hälsa. Han beskriver hur olika yrkeskategorier exponeras för faktorer som kan framkalla sjukdom av allehanda slag. Empiriskt insåg arbetsgivare inom vissa särskilt riskfyllda branscher, t.ex. gruvindustrin, att det kunde vara lönsamt att ha en viss medicinsk beredskap, framför allt kanske för att de skulle kunna ta hand om skador.

Företagshälsovården kan räkna sitt upphov från den gamla bruksläkartraditionen. Med ambitionen att försöka förebygga skador och sjukdomar orsakade av arbete, har det utvecklats olika traditioner när det gäller medicinska undersökningar av arbetssökande, nyanställda och anställda. Företagshälsovården har utvecklats mycket tack vare en samsyn mellan arbetstagare och arbetsgivare som via sina respektive organisationer kunnat utforma rekommendationer och regler. Utöver en gemensam nytta för arbetsgivare och arbetstagare har också samhällsnyttan varit en faktor som påverkat utvecklingen av dessa undersökningar. Som en grund för arbetet inom företagshälsovården har legat en strävan att genom förebyggande insatser minska risken för skador och sjukdomar samt att därigenom påverka produktion och kostnader gynnsamt. Även från samhällets sida har sådana förhoppningar på förebyggande insatser funnits.

Nutid

Som utredningen tidigare nämner har företagshälsovården kommit att utvecklas starkt i Sverige genom samarbete mellan arbetsmarknadens parter. En orsak är att om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning som verksamheten kräver. Vidare har Sverige undertecknat ILO:s konvention nr 161, vilket innebär att Sverige åtagit sig att verka för att företagshälsovården

utvecklas.

Företagshälsovården har förändrats en hel del under 1990-talet. Antalet företagshälsovårdsenheter har sjunkit. I företagshälsovården anställd personal har reducerats. Vidare har anstalet anställda som har tillgång till företagshälsovård minskat. Anledningarna till detta är slopandet av statsbidraget den 1 januari 1993 och uppsägningen av arbetsmiljöavtalen.

Det finns i dag cirka 700 företaghälsovårdsenheter med omkring 7.000 anställda. Dessutom finns det cirka 260 företag som är konsulter eller som arbetar med rehabilitering i arbetslivet.

Man räknar med att cirka 80% av de yrkesverksamma har tillgång till företagshälsovård. Tillgången är högre inom den offentliga sektorn än inom den privata sektorn. Anslutningen inom den privata sektorn gäller främst större och medelstora företag, medan många av de små företagen står utanför företagshälsovården.

6 Regler om medicinska undersökningar i arbetslivet

6.1 Medicinska undersökningar av arbetssökande

Arbetsgivarens fria anställningsrätt

En arbetsgivare i Sverige har i princip en *fri anställningsrätt*, vilket innebär att han fritt kan välja vem han vill anställa. Arbetsgivarens fria anställningsrätt innebär att en arbetsgivare i princip har rätt att ställa upp *vilka anställningsvillkor som helst*. Ett sådant villkor kan vara att den arbetssökande genomgår en medicinsk undersökning, t.ex. en alkohol- eller drogtest.

Arbetsgivarens anställningsrätt begränsas dock av s.k. *god sed* på arbetsmarknaden men även av allmänna bestämmelser i *lag*. I 25 § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) finns bestämmelser om företrädesrätt till återanställning och i 11 kap. 9 § regeringsformen (RF) och 4 § lagen (1994:260) om offentlig anställning (LOA) finns regler om tjänstetillsättning på bl.a. det statliga området som begränsar arbetsgivarens valmöjlighet av arbetssökande. Därutöver framgår av lagen (1994:134) om etnisk diskriminering att Diskrimineringsombudsmannen (DO) särskilt skall motverka att arbetssökande utsätts för etnisk diskriminering. I jämställdhetslagen (1991:433) finns bestämmelser som förbjuder en arbetsgivare att förbigå en bättre kvalificerad arbetssökande på grund av kön. Även den Europeiska Unionens (EU) princip om arbetskraftens fria rörlighet kan begränsa att arbetsgivaren fritt väljer sökanden. Denna princip innebär enligt romfördragets artikel 48, med undantag för vissa offentliga anställningar, ett förbud mot all diskriminering på grund av nationalitet mellan medlemsstaternas arbetstagare i fråga om anställning. Med arbetstagare menas i romfördraget även arbetssökande.

Den fria anställningsrätten kan även begränsas, t.ex. genom s.k. organisationsklausuler i *kollektivavtal,* dvs. klausuler enligt vilka arbetsgivaren är skyldig att endast anställa arbetstagare som tillhör en facklig organisation som har tecknat kollektivavtal med arbetsgivaren för arbetsplatsen. Anställningsrätten kan också inskränkas genom *myndighetsföreskrifter* om en nyrekryterad arbetsstyrkas sammansättning.

I stor utsträckning saknas i svensk rätt allmänna regler som skyddar arbetssökande eller ger dem rättigheter mot dem som är i färd att anställa dem. Några bestämmelser som förbjuder arbetsgivare att använda medicinska undersökningar som ett villkor för anställning finns inte heller. Som framgår nedan kan ibland frågan om medicinska undersökningar av arbetssökande vara författningsreglerad. Utredningen får dock i sammanhanget understryka att medicinska undersökningar endast kan genomföras med den arbetssökandes samtycke.

Reglering gällande arbetsmarknadens olika områden

På det *privata området* saknas lagreglering. Det finns på området olika former av överenskommelser mellan arbetsgivare och fackliga organisationer lokalt eller i skyddskommittéer som innehåller bestämmelser om medicinska undersökningar av arbetssökande.

När det gäller det *offentliga området* får utredningen peka på att det grundlagsskydd som medborgarna enligt 2 kap. 6 § regeringsformen har gentemot det allmänna, dvs. statliga myndigheter, kommuner och landsting, om det avser "påtvingade kroppsliga ingrepp", bl.a. kroppsbesiktning, t.ex. påtvingande läkarundersökningar, (se vidare nedan) *inte gäller* vid en anställningssituation. Om t.ex. en läkarundersökning krävs för att få den förmån som en anställning utgör, medför detta således inte att ett tvångsmässigt ingrepp föreligger.

Enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) gäller konventionen som lag i Sverige från den 1 januari 1995. Konventionen är också en del av EG-rätten. Enligt artikel 8 har envar rätt till skydd för sitt privatliv. Offentlig myndighet får inte störa åtnjutandet av denna rättighet annat än med stöd av lag och vad som i en demokrati är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd, förebyggan-

de av oordning eller brott, skyddande av hälsa och moral samt andra personers fri- och rättigheter. EG-domstolen har i en dom (C-404/92, X ./. EG-kommissionen) slagit fast att skyddet för privatlivet även innefattar enskildas rätt att hålla sitt hälsotillstånd hemligt. I det aktuella rättsfallet genomfördes en aidsanalys av en arbetssökandes blodprov, trots att den arbetssökande förklarat att ett sådant inte skulle få ske. Domstolen ansåg att de intressen som arbetsgivaren haft för att genomföra undersökningen inte medförde att denna kunde göras mot den enskildes vilja. Förfarandet ansågs strida mot konventionens artikel 8.

På det *statliga området* finns endast en bestämmelse i 5 § anställningsförordningen (1994:373) som avser arbetstagare, bl.a. hos myndigheter under regeringen samt vid de allmänna försäkringskassorna. Av denna bestämmelse framgår att en statlig arbetsgivare som villkor för att anställa någon *får* föreskriva att den som skall anställas skall lämna *läkarintyg*, om arbetsuppgifterna ställer *särskilda krav på hälsotillståndet* hos den som skall anställas. För försvarsmakten meddelas sådana föreskrifter av generalläkaren. En statlig arbetsgivare får meddela sådana föreskrifter efter samråd med Socialstyrelsen.

På det *kommunala och landstingskommunala området* regleras frågan om medicinska undersökningar även genom ett kollektivavtal, Allmänna bestämmelser (AB 95), som i huvudsak gäller för arbetstagare inom detta område. Enligt § *5 mom. 1 AB 95* finns under rubriken Tjänstbarhetsintyg regler som lägger i arbetsgivarens hand att bestämma om läkarintyg skall krävas av arbetssökande. Bestämmelsen lyder som följer.

"Om arbetsgivaren så påfordrar, är arbetstagare *i samband med anställandet* skyldig att avlämna ett av läkare utfärdat intyg om tjänstbarhet. Kostnaden för ett sådant intyg ersätts av arbetsgivaren. Tjänstbarhetsintyget skall vara avfattat enligt fastställt formulär och, om så påfordras, utfärdat av anvisad läkare".

Reglering gällande hela arbetsmarknaden

Den kommersiella livsmedelshanteringen är omgärdad av regler för att tillse att allmänheten utan fara kan tillgodogöra sig livsmedel som utbjuds. Med stöd av *livsmedelslagen* (1971:511) och *livsmedelsförordningen* (1971:807) kan Livsmedelsverket föreskriva om skyldighet för den som skall syssla med livsmedelshantering att inge läkarintyg. Regleringen gäller hela arbetsmarknaden.

6.2 Medicinska undersökningar av anställda

Reglering gällande arbetsmarknadens olika områden

Anställningsavtalet anses utgöra grunden för de anställdas skyldighet att underkasta sig medicinska undersökningar. Det kan fyllas ut av bl.a. innehållet i lag och i kollektivavtal. God sed på arbetsmarknaden och gällande medicinsk etik torde begränsa det reella utrymmet för arbetsgivaren att påfordra sådana undersökningar.

På det privata området finns det ingen allmän lagstiftning, som inskränker arbetsgivarens möjligheter att påfordra medicinska undersökningar. Den skyddsregel mot påtvingade kroppsliga ingrepp som finns i 2 kap. 6 § RF gäller heller inte privatanställda. I övrigt finns bl.a. olika former av överenskommelser som lokalt reglerar frågor om medicinska undersökningar av anställda på respektive arbetsplats.

Offentligt anställda skyddas gentemot allmänna arbetsgivare mot påtvingade kroppsliga ingrepp, som nämns ovan, genom 2 kap. 6 § RF. Enligt denna bestämmelse är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp även i andra fall än som avses i 2 kap. 4 § RF (dödsstraff) och 2 kap. 5 § RF (kroppsstraff m.m.). Med kroppsligt ingrepp avses i stadgandet främst våld mot människokroppen men även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknande företeelser som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning. Som exempel kan även nämnas åläggande att genomgå alkoholtest (se härom bl.a. prop. 1973:90 s. 242 och 243 f, SOU 1975:75 s. 144 ff. s. 199 och s. 358, prop. 1975/76:209 s. 147). Av Arbetsdomstolens (AD) dom AD 1984 nr 94 framgår att även samtal med läkare utan kroppsundersökning kan falla in under grundlagsstadgandet (se vidare nedan). Av Justitieombudsmannens (JO) ämbetsberättelse 1988/89 s. 350 kan även utläsas att JO då inte ansåg att åläggande om urinprov omfattades av stadgandet.

Skyddet gentemot det allmänna mot påtvingade kroppsliga ingrepp enligt 2 kap. 6 § RF, kan enligt 2 kap. 12 § RF endast inskränkas genom lag, om vissa förutsättningar är uppfyllda.

AD framförde i en dom (AD 1984 nr 94) kritik mot att en offentlig arbetsgivare utan lagstöd krävde att en arbetstagare skulle genomgå vissa hälsoundersökningar.

Fallet gällde en bussförare i Statens Järnvägar (SJ). Denne hade - med stöd av interna myndighetsföreskrifter - ålagts att genomgå ett antal läkarundersökningar, två s.k. periodiska och två extraordinära, främst av säkerhetsskäl. Läkarundersökningarna bestod endast i samtal mellan läkaren och den aktuelle bussföraren. AD fann att besluten om läkarundersökningarna stod i strid mot 2 kap. 6 § RF genom att dessa utgjort påtvingade kroppsliga ingrepp, som SJ saknat stöd i lag att genomföra. Domstolen konstaterade i sin dom att läkarundersökningarna i fråga var att anse som ingrepp i den mening som avses i RF under förutsättning att de var att betrakta som påtvingade. Så var enligt domstolen fallet inte bara när det kan bli fråga om fysiska tvångsåtgärder för att få undersökningen till stånd, utan också när hot om andra sanktioner kunde bli aktuellt. AD fann att det i målet var fråga om myndighetsutövning. Domstolen anförde emellertid att den inte tagit ställning till i vad mån 2 kap. 6 § RF kunde ha tillämplighet också utanför området för myndighetsutövning.

Domen, som torde omfatta alla slags påtvingade hälsoundersökningar, innebär att det måste finnas lagstöd för att en offentlig arbetsgivare skall kunna tvinga anställda att underkasta sig medicinska undersökningar. Efter domen kan man inte hävda att arbets- och anställningvillkor, som innehåller krav på sådana undersökningar, faller utanför 2 kap. 6 § RF.

För stats- och kommunalanställda regleras frågan om läkarundersökningar i lagen (1994:260) om offentlig anställning (LOA) och för domare och liknande tjänstemän som har s.k. fullmaktstjänster i lagen (1994:261) om fullmaktsanställning.

Som en följd av 1984 års AD-dom infördes i LOA en bestämmelse om periodiska hälsoundersökningar. Enligt 30 § första stycket LOA är en arbetstagare med arbetsuppgifter, där brister i arbetstagarens hälsotillstånd medför risk för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa eller för betydande skador på miljö eller egendom, skyldig att efter uppmaning av arbetsgivaren *regelbundet genomgå hälsoundersökningar* som är nödvändiga för bedömningen av huruvida arbetstagaren har sådana brister i sitt hälsotillstånd. Denna skyldighet gäller endast för arbetstagare som enligt *kollektivavtal* eller *föreskrifter* av regeringen är skyldiga att genomgå hälsoundersökningarna. Sysselsätts oorganiserade arbetstagare i sådant arbete som avses med kollektivavtalet, omfattas dessa av lagen. Bestämmelsen är subsidiär i förhållande till befintlig speciallagstiftning.

Bestämmelsen hänför sig bara till dem som är *offentligt anställda med typiskt sett riskfyllda arbeten*, dvs. vad som brukar kallas personal i *säkerhetstjänst*, där en anställds brister i hälsotillståndet kan äventyra de angivna skyddsintressena. Hit räknas bl.a. en mängd anställningar inom försvaret, vissa anställningar som polis, flygtrafikledare och tulltjänsteman. Vidare avses sådana offentliganställda som utövar hälso- och sjukvård eller utför transporter av personer och av gods eller som hanterar särskilt farliga ämnen eller föremål eller har något annat riskfyllt arbete. En del av personalen är redan på grund av bestämmelser i speciallagstiftning skyldig att genomgå periodiska hälsoundersökningar. På det statliga området torde ofta den berörda personalen omfattas av föreskrifterna om tjänstbarhetsintyg enligt 5 § anställningsförordningen (1994:373).

En förutsättning för att periodiska hälsoundersökningar skall kunna genomföras av offentliga arbetstagare är vidare att det finns föreskrifter om dessa undersökningar i kollektivavtal eller i en av regeringen utfärdad förordning. På det statliga området gäller från den 1 juli 1995 ett centralt kollektivavtal om "regelbundna hälsoundersökningar". Av avtalets 2 § första stycke framgår att undersökningarna avser arbetstagare med sådana arbetsuppgifter som anges i 30 § första stycket LOA. Av samma bestämmelses andra stycke kan utläsas att arbetsgivaren och lokal arbetstagarorganisation myndighetsvis får sluta lokalt kollektivavtal om sådana hälsoundersökningar. Om en lokal förhandling inte leder till att avtal träffas, får arbetsgivaren besluta att en arbetstagare skall genomgå regelbundna hälsoundersökningar. Parterna har i en särskild protokollsanteckning till avtalet uttalat, att de aktuella hälsoundersökningarna bör genomföras med "urskillning och återhållsamhet". Parterna är vidare enligt ytterligare en protokollsanteckning i avtalet ense om att löpande hålla sig underrättade om bl.a. lokala kollektivavtal i frågan. Efter vad som framkommit har på försvarets område ett lokalt sådant avtal slutits. I fråga om det kommunala och landstingskommunala området, se nedan.

I 11 § lagen om fullmaktsanställning stadgas, att om en arbetstagare som är anställd med fullmakt inte fullgör sina arbetsuppgifter tillfredsställande och det är sannolikt att den bristande arbetsförmågan beror på sjukdom eller jämförligt förhållande, kan arbetsgivaren besluta om läkarundersökning. Vägrar den anställde, kan han enligt 10 § p 4 avstängas från sitt arbete. Närmare bestämmelser om läkarundersökningen finns i 16-18 §§ anställningsförordningen.

Vad gäller de offentliga arbetstagare som anställts med konstitutorial före nya LOA:s ikraftträdande den 1 juli 1994 tillämpas äldre föreskrifter (se 8 p i övergångsbestämmelserna till lagen (1976:600) om offentlig anställning och 3 p i övergångsbestämmelserna till LOA). Detta torde innebära att för dessa arbetstagare regleras frågan om läkarundersökningar alltjämt enligt statstjänstemannalagen (1965:274).

På det kommunala och landstingskommunala området regleras frågan om medicinska undersökningar under anställning av 5 § mom. 2 AB 95. I denna punkt har en text som motsvarar 30 § första stycket LOA införts.

Även i 10 § p 4-6 samma avtal finns vissa kompletterande bestämmelser om läkarundersökning m.m.

Reglering gällande hela arbetsmarknaden

Samhället har uppställt vissa speciella regler om medicinska undersökningar under en anställning. Dessa regler kan avse att skydda t.ex. arbetstagaren eller allmänheten. Reglerna gäller hela arbetsmarknaden.

I *arbetsmiljölagen* (1977:1160; AML) finns bestämmelser som syftar till att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Lagen omfattar som huvudregel endast anställda.

AML lägger huvudansvaret för arbetsmiljön på arbetsgivaren. Ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete fordrar emellertid att alla på arbetsplatsen deltar i arbetet och att arbetstagarna och arbetsgivarna samverkar för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

Arbetsgivarens och de anställdas skyldigheter rörande arbetsmiljön anges i 3 kap. AML. I 3 kap. 2 § AML stadgas bl.a. att arbetsgivaren skall vidta alla de åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Om arbetsförhållandena påkallar det, skall arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning som verksamheten kräver. Av 3 kap. 4 § samma lag framgår bl.a. att arbetstagarna skall medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagarna skall vidare följa givna föreskrifter. Av 3 kap. 1 a § och 6 kap. 1 § AML framgår att arbetsgivaren och arbetstagarna skall samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö och till-

sammans organisera arbetsmiljöverksamheten på ett lämpligt sätt.

AD har i ett fall (AD 1991 nr 45) med utgångspunkt i arbetstagarnas medansvar för arbetsmiljön prövat frågan om arbetstagares skyldighet i visst fall att delta i en drogtest på en arbetsplats. Domstolen fann att de anställda enligt sina anställningsavtal var skyldiga att underkasta sig en sådant test. Skyldigheten tolkades in i avtalen.

Hos ett företag som arbetade med montage av byggnadsställningar uppkom misstankar om att missbruk av cannabis förekom bland de anställda. Arbetsgivaren och företagets skyddskommitté fattade beslut om en allmän urinprovtagning i syfte att utröna om det fanns grund för misstankarna och i sådant fall möjliggöra åtgärder. Två montörer vägrade att delta i provtagningen och hävdade att denna var ett obehörigt ingrepp i deras personliga integritet och att de inte var skyldiga att underkasta sig ett sådant ingrepp. Sedan montörerna vidhållit sin ståndpunkt, bl.a. vid en facklig förhandling, blev de uppsagda från sina anställningar. Domstolen fann att arbetstagarna varit skyldiga enligt anställningsavtalet att underkasta sig provtagningen. Domstolen pekade därvid bl.a. på att arbetstagarna hade ett medansvar för arbetsmiljön och säkerheten på arbetsplatsen. Domstolen slog vidare fast att det aktuella arbetet ställde krav på säkerhet, att urinprovtagning var en adekvat och tillräckligt säker metod att spåra cannabismissbruk, att ingreppet i den enskildes integritet allmänt sett fick betraktas som ringa, att arbetstagarna i förväg varskotts om att provtagningen skulle ske, dock inte när, att arbetsgivaren hade agerat efter samråd med arbetstagarna och företagets skyddskommitté och med deras samtycke samt att provtagningen inte var att anse som tvång i egentlig mening.

Domstolen uttalade beträffande tolkningen av domen bl.a. följande:

"Det bör tilläggas att arbetsdomstolen med detta ställningstagande inte har uttalat sig vare sig allmänt om vilken rätt som bör anses tillkomma en arbetsgivare att vidta kontrollåtgärder av skilda slag eller om hur en tvist om provtagning för att spåra narkotikamissbruk skulle bedömas under andra förhållanden än de som förelegat i detta mål. Sådana mer vittsyftande bedömningar bör på det aktuella området inte göras på grundval enbart av förhållandena i en enskild tvist. Det naturliga synes vara att ett ämne som detta regleras i kollektivavtal eller i förekommande fall genom lagstiftning".

Av 3 kap. 2 § och 2 a § AML följer ett allmänt ansvar för arbetsgivaren att se till att hälsoövervakning och medicinska undersökningar kommer till stånd i behövlig omfattning. Arbetsgivaren skall enligt den sist nämnda bestämmelsen även se till att det i hans verksamhet bl.a. finns en på lämpligt sätt organiserad rehabiliteringsverksamhet för full-

görandet av uppgifterna i AML och enligt 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

En närmare reglering av arbetsgivarens skyldighet att låta utföra läkarundersökningar kan ske genom direkt straffsanktionerade föreskrifter enligt 4 kap. 5 § AML. Av den sist nämnda bestämmelsen framgår, att om *ett arbete innebär risk för ohälsa eller olycksfall*, kan regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetarskyddsstyrelsen, föreskriva om skyldighet att föranstalta om bl.a. läkarundersökning av dem som skall sysselsättas i arbetet. Föreskrifter kan t.ex. meddelas om förbud att till arbetet anlita den som vid läkarundersökning har företett sjuklighet eller svaghet som gör personen särskilt mottaglig för en sådan risk. Arbetarskyddsstyrelsen har med stöd av 4 kap. 5 § AML eller motsvarande tidigare bestämmelse i arbetsmiljölagen samt 18 § första stycket första punkten arbetsmiljöförordningen (1977:1166) genom åren också utfärdat föreskrifter (Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling, AFS) avseende läkarundersökning vid arbete med vissa ämnen eller på vissa områden, t.ex avseende arbete med kadmium (AFS 1989:3), arbete med försöksdjur (AFS 1990:11), asbest (AFS 1992:2), kvarts (1992:16), bly (AFS 1992:17), härdplaster (AFS 1993:4) och dykeriarbete (1993:57).

Om ett arbetet medför *särskild risk för vissa grupper av arbetstagare*, t.ex. allergiker, kan förskrifter utfärdas med stöd av 4 kap. 6 § AML. Föreskrifter med detta innehåll om *minderårigas arbete* kan utfärdas med stöd av 5 kap. 2 och 3 §§ samma lag.

Även *strålskyddslagen* tillämpas på dem som skall sysselsättas och på dem som är sysselsatta i arbete med joniserande strålning. En sådan anställd är enligt bestämmelserna skyldig att underkasta sig läkarundersökning för att man skall kunna bedöma risken för skada i sådant arbete.

Inom *kommunikationsväsendet* ställs från samhällets sida i vissa fall stora krav på den enskildes psykiska och fysiska förmåga att utföra arbetet. I bl.a. *luftfartslagen (1957:297), mönstringslagen (1983:929) och järnvägssäkerhetslagen (1990:1157)* finns bestämmelser om bl.a. läkarundersökningar av anställda. *Livsmedelslagen (1971:511)* och *livsmedelsförordningen (1971:807)* innehåller också bestämmelser om läkarundersökningar m.m. under pågående anställning.

Vissa särbestämmelser

Bestämmelser om läkarundersökning av arbetstagare som inte tillfredsställande kan utöva yrket finns i *lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område, lagen (1994:844) om behörighet att utöva veterinäryrket samt i kyrkolagen (1992:300).*

7 Internationella förhållanden

7.1 Inledning

Av direktiven framgår att utredningen även bör studera hur andra länder har hanterat de berörda frågorna. Utredningen har därför valt att närmare utreda förhållandena i Danmark, Finland, Island och Norge. Vidare har utredningen valt att studera förhållandena i England, Kanada, Tyskland och USA. När det gäller de nordiska länderna har utredningen besökt Arbetsmarknadsdepartementet i Danmark, Finland och Norge. I övriga fall har endast skriftväxling förekommit. Utredningen har även besökt Luxemburg för att orientera sig om förhållandena i den Europeiska Unionen.

7.2 Norden

Danmark

Danmark, som i förhållande till flertalet övriga länder i Europa har en mer begränsad arbetsrättslig lagstiftning, saknar allmänna lagregler som förbjuder arbetsgivaren att kräva olika former av medicinska undersökningar av arbetssökande och anställda. Arbetsgivarens möjligheter härvidlag kan dock komma att begränsas av ny lagstiftning.

I Danmark föreligger nämligen (mars 1996) ett lagförslag om användande av hälsoupplysningar m.m. på arbetsmarknaden (lov om brug af helbredsoplysningar m.v. på arbejdsmarknaden). Lagen, som är tänkt att vara subsidiär i förhållande till befintlig lagstiftning på området, avses gälla bruket av sådana upplysningar på hela arbetsmarknaden. Den har till *syfte* att *säkerställa att hälsoupplysningar inte oberättigat används för att begränsa löntagares möjligheter att erhålla eller behålla en anställning*. Lagen avses att tillämpas oavsett om upplysningarna inhämtats genom genetiska prov, allmänna undersökningar eller genom andra källor.

Undersökningar som inte har till syfte att inhämta information om en persons sjukdomar eller symptom på sjukdomar skall inte omfattas av lagen. Det kan t.ex. röra sig om alkohol- eller drogtester i kontrollerande syfte. Huruvida sådana tester kan anses berättigade, anges utgöra ett allmänt arbetsrättsligt spörsmål.

Enligt lagförslaget skall som huvudregel gälla att en arbetsgivare i samband med eller under en anställning endast får begära *upplysningar* om en löntagares hälsa, om *syftet med detta är att få klarlagt om löntagaren lider av eller lidit av en sjukdom eller har eller har haft symptom på en sjukdom, om sjukdomen kan ha en väsentlig betydelse för löntagarens arbetsförmåga i det aktuella arbetet.* Lagen förbjuder i princip en arbetsgivare att inhämta eller använda hälsoupplysningar rörande löntagarens *risk för att utveckla eller få en sjukdom.* Undantag kan dock medges, bl.a. p.g.a. arbetsmiljöförhållanden eller för att tillgodose "vaesentlig hensyn til virksomhedens drift". I det sista fallet krävs dock att avtal om detta träffas mellan arbetsgivaren/arbetsgivarorganisationen och löntagarorganisationen.

En arbetsgivarens begäran om upplysningar om en person genomgått en HIV-test eller är HIV-positiv skall omfattas av lagen. Då upplysningar enligt lagförslaget som huvudregel endast får inhämtas om *aktuella* sjukdomar eller symptom på sjukdomar som är *relevanta* för arbetet, saknar upplysningen att en person är HIV-positiv betydelse. En arbetsgivare bör således inte kunna kräva att en löntagare genomgår en HIV-test.

Löntagaren har en skyldighet att i samband med anställningen eller på fråga av arbetsgivaren informera om, om han lider av eller har symptom på en sjukdom som kan ha väsentlig betydelse för hans arbetsförmåga i det aktuella arbetet. Det förhållandet att en person är HIV-positiv, skall som huvudregel inte heller omfattas av löntagarens upplysningsplikt.

Innan en hälsoundersökning genomförs, skall den som genomför undersökningen försäkra sig om att löntagaren är både skriftligt och muntligt informerad om bl.a. undersökningens föremål, art, metod m.m. En hälsoundersökning får endast genomföras om löntagaren skriftligen samtyckt till denna. Sedan informationen lämnats, skall löntagaren ha en betänketid på minst två arbetsdagar för att bestämma om ett samtycke skall ges.

En begäran om undersökning skall genom löntagaren och efter löntagarens val överlämnas antingen till den läkare som löntagaren vanligen besöker eller till en sakkunnig vid den företagshälsovård, till vilken arbetsgivarens verksamhet är knuten. Den som mottar en begäran om undersökning ansvarar för att denna utförs med tillräcklig sakkunskap. Den som mottagit en begäran om undersökning skall, sedan undersökningen är klar, också överlämna resultatet av denna till löntagaren.

Lagförslaget innehåller även bestämmelser om ett sakkunnigt råd, som i vissa riskfall med hänsyn bl.a. till konsumentsäkerhet, den yttre miljön eller andra samhällsintressen, och då avtal om undantag p.g.a. väsentlig hänsyn till verksamhetens drift inte kan träffas, skall kunna medge att upplysningar i vidare mån än vad lagen föreskriver inhämtas. Vidare finns bestämmelser om tystnadsplikt för de läkare, kliniker, laboratorier, myndigheter m.fl. som medverkat vid en undersökning samt även om skadestånds- och bötesbestämmelser.

Vem som skall ansvara för kostnaderna för hälsoundersökningarna anges inte i lagförslaget, med undantag för de undersökningar som sker av arbetsmiljöskäl. Denna fråga torde komma att regleras i de enskilda anställningsavtalen. Normalt torde arbetsgivaren stå för dessa kostnader.

Utanför lagen faller hälsoundersökningar som sammanhänger med frågor om pension och försäkringar.

Av arbetsmiljölagen (lov om arbejdsmiljo; AML) framgår att arbetsministern är bemyndigad att, för verksamheter som är farliga för de anställdas hälsa, föreskriva om hälsoundersökningar. Sådana föreskrifter finns bl.a. rörande arbete med asbest, bly, joniserande strålning m.fl.

Arbetsmarknadsdepartementet reglerar genom bekendtgorelse om företagshälsovården även frågan om hälsoundersökningar, bl.a. enligt AML. Närmare föreskrifter om hälsoundersökningarna enligt AML finns även i Arbejdstilsynets bekendtgorelser. Undersökningarna bekostas av arbetsgivaren. Resultatet från de hälsoundersökningar som vidtas med stöd av arbetsmiljölagen får inte delges arbetsgivaren.

Utredningen inhämtade vad gäller *företagshälsovården* (bedriftssundhetstjenste, BST) bl.a. följande. Denna typ av hälsovård omfattar för närvarande 850.000 av de 2.1 miljoner danska arbetstagarna, huvudsak-

ligen industri- och transportarbetare. Målet för Arbetsmarknadsdepartementet är att hela arbetsmarknaden kring sekelskiftet skall omfattas av företagshälsovården. Staten ger bidrag till upprättandet av företagshälsovårdsenheter men arbetsgivarna svarar för driften.

Inom företagshälsovården finns bl.a. läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer, tekniker och arbetsmedicinsk expertis. Den största gruppen är tekniker.

Enligt en bekendtgorelse från Arbetsmarknadsdepartementet rörande företagshälsovården skall verksamheten vara förebyggande bl.a. vad gäller arbetsskador.

Finland

Fr.o.m. år 1993 gäller i Finland ett Statsråds beslut om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa. Särskild fara för ohälsa kan förorsakas av arbetsförhållandena med hänsyn till fysiska, kemiska eller biologiska faktorer. Dessa kan vålla sjukdom, för stor exponering eller fara för fortplantningsförmågan. Sådana första undersökningar och periodiska undersökningar som avses i detta beslut är t.ex. kliniska undersökningar som görs av läkare. Ytterligare exempel är andra kompletterande undersökningar, undersökningar eller delar av undersökningar samt funktionstest och exponeringsmätningar som gjorts under en läkares övervakning. Avsikten är att den första undersökningen skall göras innan sådant arbete som medför särskild fara för ohälsa påbörjas. Dock senast inom en månad efter det arbetet har påbörjats. Under arbetets gång skall periodiska undersökningar i allmänhet äga rum med 1-3 års mellanrum.

Till statsrådets beslut finns ett komplement, "blå boken" med anvisningar, bl.a. om i vilka fall man får göra en läkarundersökning. Farliga arbeten, där det krävs en undersökning som villkor för att få ett arbete, förekommer som berör cirka 500.000 arbetare av 1,9 miljoner. Den allra största delen avser buller. Det är dock vanligt att en arbetsgivare alltid begär en undersökning inför en anställning. Däremot är det ovanligt med drogtester. Enligt uppgift förekommer sådana bara hos ett företag som sysslar med internationella transporter. I den blå boken har inte angivits att hälsoundersökningarna även får innefatta sådana tester eller omvänt att de skall vara förbjudna. Däremot finns det ett uttalande från ministern om att de i princip kan göras. Traditionellt förekommer

däremot alkoholtester.

HIV-tester görs då och då. Det beror på företagens inställning.

För vissa yrkesgrupper, t.ex. inom försvaret och kommunikationsväsendet, har centrala kollektivavtal tecknats som reglerar vissa frågor om läkarundersökningar och tester.

I fråga om genteknik i arbetslivet förekommer för närvarande ingen debatt i denna fråga. Det finns inte heller någon bestämmelse om detta i gentekniklagen eller genteknikförordningen från år 1995. På vissa speciella arbetsplatser kan emellertid en anställd med viss genetisk defekt lättare få vissa sjukdomar. Av anvisningarna i blå boken framgår emellertid att arbetsgivare i sådana fall får begära en erforderlig genetisk test.

Läkaren skall ge arbetsgivaren ett skriftligt utlåtande om resultaten av hälsoundersökningen till den del de angår arbetarskydd och företagshälsovård, i vilket det vid behov skall ingå ett förslag om sådana arbetarskyddsåtgärder som på grund av undersökningen har visat sig påkallade.

Arbetsgivarna svarar alltid för erforderliga kostnader för undersökningarna.

Varje arbetsgivare är enligt lagen om företagshälsovård sedan år 1978 skyldig att anordna företagshälsovård för att förebygga hälsorisker till följd av arbetet. Till företagshälsovården hör:

1) utredning av de risker och men för hälsan, som arbetet och förhållandena på arbetsplatsen medför för arbetstagaren,
2) information till arbetstagarna om hälsoriskerna i arbetet,
3) utredning av personliga förutsättningar vad hälsan beträffar, då arbetstagaren placeras i arbete som kan medföra risk eller men för hälsan,
4) anordnande av hälsoundersökningar av arbetstagare som medför särskild fara för ohälsa inom bestämd tid efter det att arbetstagaren antagits i arbetet,
5) uppföljning av hur arbetstagare som på grund av lyte, skada eller sjukdom är handikappad klarar sig i arbetet med beaktande av arbetstagarens förutsättningar samt
6) deltagande i anordnande av första hjälpen.

Inom företagshälsovården finns 1.500 läkare, 2.000 sjuksköterskor och 200 terapeuter anställda. Cirka 40% av företagen har en egen företagshälsovård.

En arbetsgivare har rätt att av de personer som arbetar inom företagshälsovården få sådana uppgifter, vilka dessa erhållit på grund av sin ställning och vilka är av betydelse med hänsyn till arbetstagarens hälsa och med hänsyn till de hygieniska förhållandena på arbetsplatsen. Sådan uppgifter får dock inte yppas om vilka det stadgats eller bestämts att de skall hemlighållas, om inte den till vars förmån skyldigheten att hemlighålla har stadgats eller bestämts lämnar sitt samtycke därtill.

Island

Enligt uppgifter från Sveriges ambassad i Reykjavik, Island, finns det ingen lagstiftning som reglerar frågan om medicinska undersökningar i arbetslivet. Island har även i det nordiska samarbetet klart varit emot en lagstiftning på området. Möjligen kan emellertid verksamheten förekomma i individuella arbetskontrakt mellan en arbetsgivare och en anställd, t.ex. inom vissa delar av sjönäringen.

Norge

I Norge saknas lagregler som förhindrar en arbetsgivare att kräva hälsoundersökningar, t.ex. alkohol-, drog- eller HIV-/aidstester av arbetssökande och anställda.

Frågor om hälsoundersökningar och tester kan regleras i det enskilda anställningsavtalet eller företagets arbetsreglemente enligt arbetsmiljölagen (Lov om arbeidervern og arbeidsmiljo m.v.; AML). Inom Offshoreindustrin, bl.a. oljeindustrin, finns speciella reglementen som förbjuder alkohol och droger på arbetsplatsen och som kan innehålla regler om alkohol- och drogtester, t.ex. i Arbeidsreglement for ESSO Norge AS.

När det gäller alkohol- och drogtester finns speciallagar, bl.a. pliktavholdsloven, som förbjuder arbetstagare att använda alkohol och droger i tjänsten. De rör bl.a. arbetstagare som är verksamma inom det militära området, inom luftfarten, järnvägen, trafikväsendet och sjöfarten. De aktuella författningarna reglerar dock inte själva provtagningen. Denna

kan i flera fall utföras av polisen.

I fråga om gentester är arbetsgivaren i praktiken förbjuden att använda sådana. I Norge gäller nämligen sedan den 1 september 1994 en lag om medicinskt bruk av bioteknologi, Lov om medisinsk bruk av bioteknologi. Lagen är en ramlag och avser inte enbart arbetsmarknaden. Den reglerar bruket av bioteknologi på människor och har till syfte att säkra att det medicinska bruket av denna teknologi sker på bästa sätt i ett samhälle, där det finns plats för alla. Detta skall ske i enlighet med principerna om respekt för människans värde, människans rättigheter och personliga integritet och utan diskriminering på grund av arvsanlag samt vara baserat på de etiska normer som är nedlagda i vårt västerländska kulturarv. Av lagen framgår att *genetiska undersökningar endast får användas av medicinska skäl i ett diagnostiskt och behandlingsmässigt syfte*. "Dette innebaerer at genetiske undersokelser ikke kan foretas ut i fra andra siktemål, f.eks å få klarlagt om en person er fysisk/helsemessig egnet til bestemt arbeid" (Ot.prp nr 37 1993-94 s. 54). Lagen anger vidare att det är *förbjudet att be om, motta, besitta eller använda upplysningar om en annan människa som framkommit vid genetiska undersökningar*. Det är också förbjudet att fråga någon om en genetisk undersökning utförts. Vissa undantag finns dock, bl.a. för forskningsändamål.

De flesta hälsoundersökningar m.m. torde ske inom arbetsmiljöområdet. Enligt AML ansvarar arbetsgivaren för arbetsmiljön. I detta ligger en skyldighet att kontrollera de anställdas hälsa när det i arbetet finns en risk för denna. De anställda är skyldiga att samarbeta med arbetsgivaren i detta avseende. Företag med minst 50 anställda skall ha en skyddskommitté (arbeidsmiljoutvalg). Alla företag som faller under lagen skall ha skyddsombud (verneombud) på arbetsplatsen. Enligt lagen skall det dessutom, vid företag där det är nödvändigt att genomföra en särskild övervakning av arbetsmiljön eller hälsokontroll av arbetstagarna, finnas skydds- och hälsopersonal (verne- og helsepersonal). Dessa skall bistå arbetsgivaren, arbetstagarna, skyddskommittén och skyddsombudet samt dessutom samarbeta med och bistå Direktoratet for arbeidstilsynet (ATS). Denna personal skall ha en fri och oavhängig ställning när de fullgör sina funktioner.

ATS kan utfärda föreskrifter om hälsoundersökning av anställda i vissa riskfyllda arbeten, t.ex. rörande dykning och arbeten med joniserande strålning. Vad beträffar oljeindustrin finns föreskrifter om hälsoundersökningar på anställda som är fastställda av Helsedirektoratet.

Till *företagshälsovården* (bedriftshelsetjensten) är ungefär 800.000 av Norges arbetstagare anslutna. Det motsvarar ungefär hälften av de norska arbetstagarna på fastlandet. Företagshälsovårdens uppgift skall vara förebyggande.

7.3 Vissa andra länder

England

I England saknas rättsregler som reglerar arbetsgivarnas möjligheter att kräva medicinska undersökningar av *arbetssökande* så länge testerna inte bryter mot bl.a. straff- eller jämställdhetslagstiftningen.

När det gäller *medicinska undersökningar av anställda* saknas även här uttryckliga lagregler på området. I varje anställningsavtal tolkas dock enligt bl.a. "common law" en skyldighet in för arbetsgivaren att bl.a. ansvara för de anställdas säkerhet och hälsa samt för arbetsmiljön. En arbetsgivares möjligheter att införa medicinska undersökningar med stöd av denna princip kan dock i sin tur påverkas bl.a. av den i varje anställningsavtal intolkade termen "*trust and confidence*" mellan arbetsgivare och arbetstagare. Om denna term anses kränkt av arbetsgivarens medicinska undersökningar, kan arbetstagaren ha rätt att säga upp sig och kräva att det hela bedöms som en uppsägning från arbetsgivarens sida.

Frågan om *gentester* har debatterats under senare år, dock utan att detta lett till någon lagstiftning. The British Medical Association (MBA) hävdade år 1992 i rapporten "*Our genetic future: The Science and Ethics of genetic technology*" att en fara förelåg för en omfattande genetisk diskriminering med sociala och ekonomiska konsekvenser. Samtidigt uttalade MBA bl.a. att genetisk kartläggning av sambandet mellan gener och sjukdomar kunde missbrukas, vilket gjorde att det kunde finnas behov av riktlinjer eller lagstiftning. I rapporten *"Nuffield Council on Bioethics. Genetic Screening. Ethical Issues"* från november 1993 uttalade rådet bl.a. följande. Ett krav inför all gentestning bör vara att den som skall testas har gett sitt samtycke. Den som skall testas bör kunna få råd såväl före som efter testen. Utomstående skall inte kunna få tillgång till resultatet, med mindre än att den testade samtyckt till detta. Undantag från denna sekretess kan göras i de fall andra människor hotas, om testresultatet inte blir känt. Rådet rekommenderade vidare att genetiska tester på anställda endast bör övervägas, om det

finns klara bevis för att känsliga människor påverkas av ämnen i arbetsmiljön, att dessa förhållanden utgör en allvarlig fara för de anställdas hälsa eller för tredje man samt att denna fara inte kan undanröjas eller märkbart minskas genom rimliga åtgärder.

För närvarande syns gentestning i England endast ske av piloter inom försvarsmakten. Testen har till syfte att upptäcka s.k. sickle cell disease hos dessa personer. Sickle cell disease är en sjukdom hos de röda blodkropparna som medför att minskat lufttryck kan leda till blockering av blodkärlen.

Av *The Transport and Works Act från år 1992* framgår att vissa grupper av arbetstagare inom transportväsendet inte får vara arbetsoförmögna p.g.a. alkohol- eller drogkonsumtion. Dessa arbetstagare bryter även mot bestämmelserna, om det vid en alkoholtest visar sig att alkoholkoncentrationen i t.ex. blod eller utandningsluften överskrider de gränser som bestämmelserna anger, vilka är de samma som för bilförare. Dessa tester utförs av polis. Liknande bestämmelser, särskilt om alkohol, finns också beträffande andra arbetstagargrupper, t.ex. sjömän, järnvägsanställda och anställda som arbetar med joniserande strålning.

I fråga om *företagshälsovården* (occupational health surveillance) följer av the Management of Health and Safety Regulations från år 1992 att varje arbetsgivare skall ha en sådan företagshälsovård som svarar mot de risker som de anställda utsätts för i arbetet. Ett av syftena med denna vård är att reducera arbetstagarnas exponering, t.ex.för farliga ämnen.

Kanada

På grund av Kanadas federala struktur kan de lagar som berör medicinska undersökningar i arbetslivet var federala och delstatliga. Dessa regler är inte enhetliga men några huvudlinjer kan ändock anges.

En anställd kan enligt vissa federala författningar åläggas att genomgå medicinska undersökningar, t.ex. enligt *the Railway Saftey Act* och *the Atomic Energy Control Regulations*. Även vissa delstater har liknande bestämmelser, bl.a. Ontario.

Bestämmelser i arbetsskyddslagstiftningen kan också utgöra en allmän grund för anställdas skyldighet att genomgå sådana undersökningar. I

bl.a. section 81 i *the Canadian Labour Code* stadgas, att federalt arbete skall utföras på ett sätt som inte innebär en risk för säkerhet och hälsa.

En arbetsgivare kan också kräva att arbetstagare underkastar sig medicinska undersökningar, om detta regleras i kollektivavtal. En arbetsgivare kan dessutom enligt principer i *comman law* ha en rätt eller t.o.m. en skyldighet att genomföra medicinska undersökningar. Han kan nämligen enligt samma principer sägas ansvara för att arbetstagarna är fysiskt kapabla att genomföra ålagda arbetsuppgifter på ett säkert och effektivt sätt. Han har därför en rätt att försäkra sig om att så är fallet. Begränsningar i arbetsgivarens möjligheter att använda medicinska undersökningar i arbetslivet torde emellertid också finnas i common law. Arbetsgivaren får inte genomföra oskäliga sådana undersökningar och heller inte kränka arbetstagarnas fysiska integritet.

Det saknas i Kanada federala eller delstatliga lagar som särskilt förbjuder användandet av alkohol-, drog-, HIV-/aids- eller genetiska tester. Gentester förekommer dock inte alls i arbetslivet.

Kanadas Privacy Commissioner, som skall vaka över att medborgarnas grundlagsfästa fri- och rättigheter inte träds för när, har år 1992 lagt fram en rapport "Genetic Testing and Privacy" med ett lagförslag, där det bl.a. föreslås att det skall vara förbjudet för en arbetsgivare att samla in genetisk information om anställda eller arbetssökande. Frivilliga genetiska undersökningar skall få förekomma under förutsättning att den anställde har full kontroll över den information som kommer fram genom testen. Lagförslaget har ännu inte lett till lagstiftning.

I början av 1990-talet genomförde *the Conference Board of Canada* en undersökning bland företag och organisationer om alkohol- och drogtestning i arbetslivet. Av de som deltog i undersökningen använde 14% testning.

Den kanadensiska försvarsmakten, *Canadian Forces*, beslutade år 1992 att införa drogtestning av personal bl.a. för att höja säkerheten.

Ett förfarande med frivilliga drogtester för lastbilschaufförer som fraktar varor till USA håller för närvarande (december 1995) på att utarbetas av det kanadensiska Kommunikationsdepartementet, *Transport Canada*.

Ett lagförslag från *Transport Canada*, 1990, om alkohol- och drogtestning har

inte lett till lagstiftning. Enligt lagförslaget skulle anställda inom den federalt reglerade transportsektorn med säkerhetskänsliga arbeten (safety sensitive jobs) alkohol- och drogtestas. Kritik mot förslaget framfördes bl.a. av "Canada´s Privacy Commissioner", som har att vaka över att medborgarnas grundlagsfästa fri- och rättigheter inte träds för när.

Kanadas konstitution innehåller vissa bestämmelser som begränsar möjligheterna för arbetsgivare att använda medicinska undersökningar i arbetslivet. *The Canadian Charter of Rights and Freedoms,* som huvudsakligen är tillämplig på federala och delstatliga offentliganställda, stadgar att "everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprives thereof exept in accordance with the principles of fundamental justice" (section 7). Vidare stadgas att "everyone has the right to be secure against unreasonable search or seizure" (section 8).

Kanadas högsta domstol har också i en rapport år 1988 slagit fast att "the use of a person´s body without his consent to obtain information about him invades an area of personal privacy essential to the maintenance of his human dignity". Domstolen har emellertid också slagit fast att det skydd för de enskilda som anges i the Charter ovan, section 8, inte är absolut. De enskildas anspråk på skydd för privatlivet måste balanseras mot arbetsgivarens intressen. Domstolen grundade sitt uttalande på att section 1 innehåller ett stadgande som anger att rättigheterna i the Charter är underkastade sådana skäliga begränsningar som kan rättfärdigas i ett fritt och demokratiskt samhälle.

Analogier från dessa bestämmelser i the Charter har i skiljedomar använts för ange gränserna för privata arbetsgivares möjligheter att använda medicinska undersökningar i arbetslivet.

I federala och delstatliga författningar om mänskliga rättigheter, t.ex. *the federal Canadian Human Rights Act* och *the Quebec Charter of Rights and Freedoms,* finns också bestämmelser som innehåller vissa garantier mot oskäliga medicinska undersökningar. Dessa författningar förbjuder bl.a. diskriminering i arbetslivet p.g.a. "physical disability or handicap". I section 25 i den första författningen definieras "disability" bl.a. som "previous dependence on alcohol and drug". *The Canadian Human Rights Commission* uttalade år 1987 att användandet av positiva resultat från alkohol- eller drogtester kan anses diskriminerande enligt författningen. Kommissionen menade också att författningen även omfattade "perceived drug dependence as well as actual drug dependen-

ce".

Enligt section 15 (a) i *the federal Canadian Human Rights Act* finns ett undantag från diskrimineringsförbudet om "disability". Det gäller om arbetsgivaren ålagt arbetstagarna de medicinska undersökningarna i god tro (bona fide) och om undersökningarnas nödvändighet kan anses skäliga för att ett arbete skall kunna utföras utan risk för arbetstagarna eller tredje man (BFOR, bona fide ocupational requirement). Detta undantag torde framför allt bli aktuellt för anställda med säkerhetskänsliga arbetsuppgifter.

Även om dessa rättighetsförfattningar inte förbjuder olika former av medicinska undersökningar, t.ex. alkohol- eller drogtester, måste en arbetsgivare rättfärdiga varför en arbetssökande inte får anställning eller en anställd sägs upp p.g.a. resultatet av en sådan test. I detta ligger att arbetsgivaren bl.a. måste visa, dels att testen är knutet till utförandet av vissa arbetsuppgifter, dels att arbetsuppgifterna, utförda av en påverkad person, utgör ett hot mot den enskildes egen och andras säkerhet.

Federala arbetsgivare har bl.a. genom *the Federal Privacy Act* begränsade möjligheter att samla in information om sina anställdas hälsa.

Tyskland

I den tyska grundlagen finns en rättighet nedlagd som begränsar en arbetsgivarens möjligheter att använda sig av medicinska undersökningar av arbetssökande och anställda. Genom art. 1 § 1 (skyddet för den mänskliga värdigheten) och art. 2 § 1 (rätten till frihet) skyddas nämligen medborgarnas personliga integritet genom en allmän s.k. personlighetsrätt (*Allgemeines Persönlichkeitsrecht*).

Denna rätt har genom den tyska författningsdomstolens domar byggts ut, bl.a. med principen om individens självbestämmande över information om sin person (*informationelle Selbstbestimmung*). Denna självbestämmanderätt kan endast begränsas av mer vägande samhällsintressen (*überwiegenden Allgemeinintresse*). Den tyska förbundsarbetsdomstolen har fastslagit att detta självbestämmande även gäller på det privata området. Enligt doktrinen omfattas endast känsliga och intima personuppgifter av denna rätt, t.ex. sjukdomar.

Personlighetsrätten begränsar t.ex. arbetsgivarens möjligheter att ställa frågor till eller begära information av/om arbetssökande och anställda om deras hälsa samt även att få del av information om resultatet av de medicinska undersökningarna, t.ex. av alkohol- eller drogtester.

Vilka frågor rörande hälsan som en arbetsgivare kan ställa till arbetssökande eller anställda har prövats av förbundsarbetsdomstolen i ett flertal fall. Domstolens ställningstaganden kan sammanfattas på så sätt att frågor endast får ställas för att bedöma den enskildes förmåga och kompetens i förhållande till den aktuella anställningen. Arbetsgivarens intresse av informationen måste vara större än den enskildes rätt till integritet. Domstolen har bl.a. uttalat att frågor rörande framtida hälsoproblem inte är tillåtna. Den arbetssökande har dock också en informationsplikt om sitt befintliga hälsotillstånd, om detta tillstånd påverkar hans förmåga att utföra arbetet ifråga.

Vid sidan av dessa för arbetsgivaren begränsande principer saknas i Tyskland lagstiftning som reglerar möjligheterna att kräva medicinska undersökningar, inklusive specifika tester som t.ex. drog- och gentester av arbetssökande och anställda. Viss arbetsrättslig lagstiftning om inflytande av företagsråd samt även datalagstiftningen kan dock ytterligare försvåra arbetsgivarens möjligheter härvidlag.

När det gäller arbetssökande finns i bl.a. livsmedels-, epidemi-, transport- och ungdomsskyddslagstiftningen bestämmelser om medicinska undersökningar vid nyanställning.

Medicinska undersökningar i övrigt vid nyanställning är enligt ovan nämnda konstitutionella principer endast tillåtna, om den arbetssökande infomerats om dess art och omfattning och därefter godkänt undersökningen. Genom undersökningen får endast den arbetssökandes lämplighet för det avsedda arbete fastställas. Även sjukdomar som i och för sig inte minskar den enskildes prestationsförmåga men väl medför en risk för arbetstagarna på arbetsplatsen eller för kunder kan dock kontrolleras.

Under *pågående anställning* kan vissa medicinska undersökningar ske enligt gällande lagstiftning. Det gäller dels undersökningar för att se om en arbetstagare uppfyller de fysiska och psykiska krav som gäller för en planerad arbetsplats, bl.a. livsmedels- och lufttrafiklagstiftningen, dels förebyggande arbetsmedicinska undersökningar, t.ex. lagstiftning om farliga ämnen, strålskydd, röntgen och förhindrande av olycksfall i

arbetet.

I fråga om medicinska undersökningar i övrigt under en anställning kan utredningen i sammanhanget bl.a. nämna att enligt de föreskrifter som gäller verksamma yrkesförbund inom näringslivet, 38 § 1 och 2 stycket UUV (Unfallverhütungsvorschriften, VBG den 1 april 1977), får en försäkringstagare inte genom förtäring av alkohol försätta sig i ett tillstånd, i vilket han kan utgöra en fara för sig själv eller andra. En försäkringstagare som genom konsumtion av alkohol eller andra droger försatt sig i ett sådant tillsånd får inte sysselsättas med arbete. För att en arbetsgivare skall kunna vidta t.ex. en alkoholtest i den situationen fordras dock den enskildes medgivande.

På arbetsmarknaden finns s.k. arbetsöverenskommelser (Betriebsvereinbarungen) som kan innehålla regler om frivilliga utandningsprov.

USA

Americans With Disabillities Act

Americans With Disabillities Act (ADA) år 1990, med tillägg om handikappade på arbetsmarknaden år 1992, anses vara den viktigaste anti-diskrimineringslagen som införts i USA sedan medborgarrättslagen år 1964. ADA:s syfte är att skapa likabehandling för alla på arbetsmarknaden. Den har därför krav på arbetsgivare om t.ex. tillgänglighet och annat som skall ge personer med handikapp möjligheter att utnyttja sina resurser. Däremot är inte ADA en lag som kräver positiv särbehandling i form av kvotering e.dyl. Omring 43 miljoner amerikaner med något slag av arbetshandikapp får stöd av lagen. Det gäller, förutom rörelsehindrade personer, även dem som är cancersjuka, blinda, epileptiker, AIDS-sjuka, HIV-smittade, döva, hörselskadade, personer med inlärningsvårigheter samt psykiskt sjuka. Till handikappade räknas också alkoholister samt f.d. missbrukare eller missbrukare som är under rehabilitering.

Lagen har också en stor påverkan på anställningsförfarandet. Klara restriktioner finns mot att arbetsgivare med minst 15 anställda utför eller kräver medicinska undersökninar, särskilt om det gäller annat än drogtester. Med medicinska undersökningar avses närmast vad man i Sverige kallar läkarundersökningar. Tillsynsmyndighet är Equal Employment Opportunity Commission.

Medicinska undersökningar, inklusive alkoholtester och frågor om hälsotillståndet i samband med frågor om eventuellt bruk av droger, måste ske *efter* det att den arbetssökande erbjudits arbete men *före* det att anställningen börjar. Så fort en person börjat sin anställning är denne anställd och lagen är mer restriktiv när det gäller medicinska undersökningar av anställda än av arbetssökande. Arbetsgivaren är förbjuden att medicinskt undersöka anställda, om inte arbetsgivaren kan visa att det är *nödvändigt för verksamheten.*

Om drogtester

The Institute for a Drug-Free Workplace är en oberoende icke vinstdrivande sammanslutning av företag och näringslivsorganisationer som bildades år 1989. Institutet arbetar med information och vägledning till arbetsplatser för att förhindra att drogmissbruk får spridning i arbetslivet. En vägledning till arbetsgivare för att rätt kunna hantera drogtestning m.m. gavs ut år 1994, Workplace Drug Testing: An Employer´s Development & Implementation Guide.

I vägledningen sägs att de anställda ställer upp på drogtester, de är företagens allierade i kampen mot droger på arbetsplatsen. I gallup-undersökningar, som institutet låtit göra de senaste åren, framgår att ungefär två tredjedelar av de anställda vill att företaget de arbetar hos skall ha drogtester. När det gäller arbeten med höga säkerhetskrav är nästan alla anställda positiva till återkommande tester. Drogtester har också blivit allt vanligare. År 1983 var det bara ett fåtal av de 200 största företagen som utförde tester. År 1991 visade en undersökning att nästan alla hade infört någon slags test för de anställda eller för dem som sökte arbete. De flesta företag hade dessutom förebyggande drog-utbildning för de anställda.

En brett upplagd undersökning utförd av American Management Association visar att 87% av företagen i USA hade drogtestnings-program på sina arbetsplatser år 1994. Sju år tidigare var det bara cirka 20% av företagen.

När det gäller testning av *arbetssökande* har den amerikanska arbets-domstolen (National Labor Relations Board) fastslagit att ett företag inte behöver förhandla med den lokala fackföreningen för att kunna testa dem som söker arbete. Däremot skall man se testning av dem som redan är *anställda* som arbetsvillkor som kräver förhandlingar enligt amerikansk arbetsrättslig lagstiftning (National Labor Relations Act). De

flesta arbetsgivare begränsar testerna av de sökande till dem som kan komma ifråga för anställning och då med villkoret att referenser och resultat från en kommande test visar rätt.

Sedan ADA kom har det blivit mer grannlaga hur de sökande behandlas. ADA tillåter inte att medicinska undersökningar görs på sökande *innan* de fått erbjudande om arbete. Däremot får drogtester göras på alla sökande. Från arbetsgivarens synpunkt kan det naturligtvis te sig rationellt att i samband med drogtestning av arbetssökande också ställa frågor som rör hälsotillståndet i övrigt. Detta strider dock mot ADA. Oftast när amerikaner talar om droger inkluderas alkohol. Enligt ADA skall dock en alkoholtest ses som en medicinsk undersökning och alla de restriktioner som finns för arbetsgivare att använda medicinska undersökningar inför anställningar skall också gälla alkoholtestning. Eftersom det inte är olagligt att konsumera alkohol, kan ett positivt alkoholprov inte utgöra det enda skälet för att neka en person anställning.

För att säkerställa att de sökande blir likabehandlade av ett företag är det, enligt ovan nämnda institut, viktigt att testa sökande till alla befattningar i företaget, inte bara till dem som företaget självt identifierat som särskilt riskfyllda eller som företaget anser kräver högre säkerhetsnivå. En sådan ensidig identifiering kan alltid ifrågasättas och den sökande kan känna sig diskriminerad. Sex stater har restriktioner mot att drogtesta sökande före anställningen. Däremot är det ingen av staterna som förbjuder testning.

Vägledningen enligt ovan klassificerar 14 olika skäl/situationer för drogtestning, t.ex. enligt lagstiftning, riskfyllda arbeten, olyckor och vid rehabilitering.

Av 600.000 tester som utfördes under år 1993 inom transportsektorn, och som gällde personer som arbetade eller skulle arbeta med uppgifter som innebar risker för dem själva eller andra, var resultatet av testerna positiva enligt följande:

Orsak till att test gjordes:	Andel positiva tester:
På förekommen anledning	9,85%
Personer som sökte arbete	3,38%
Efter tillbud/olycka	3,25%
Slumpmässig testning	2,35%
Återanställning av medarbetare	2,32%
Periodiskt återkommande	1,45%

Om utredningens enkät

Några frågor i en enkät har av utredningen tillställts arbetsmarknadsrådet i Washington. En av denne gjord förfrågan hos fem olika myndigheter/organisationer utvisar i huvudsak följande:

1. *Brukar en arbetsgivare i något fall ställa krav på medicinska undersökningar/bedömningar i samband med nyanställning?*

En federal lag reglerar att det skall företas ett "pre-employment-drugtest" för buss- och lastbilschaufförer. Fordonen skall vara av viss storlek eller transportera farligt gods. Det föreligger även ett krav på att flygkontrollörer, piloter, lokförare samt lastbilsförare genomgår en "Fitness for Duty"-test vartannat år.

Både privata och offentliga arbetsgivare har rätt att kräva läkarundersökning liksom drog- och alkoholtestningar. Arbetsgivare har laglig rätt att kräva t.ex. urinprov av piloter och andra som har ansvar för allmänhetens säkerhet. Utöver anställda inom transportväsendet krävs drog- och alkoholtestning av federalt anställda i känsliga positioner i regeringskansliet och näringslivet.

I övrigt får det göras om det finns en överenskommelse om att arbetsgivarna får göra det. Från fackligt håll är man dock mycket restriktiv med att gå med på sådana överenskommelser.

2. *På vilken grund kan en arbetsgivare kräva att de medicinska undersökningarna/bedömningarna görs?*

En arbetsgivare kan kräva testning med stöd av lagen "The Drug Free Work Place Act" från år 1988 eller annan delstatlig författning. Det kan även ske genom att de fackliga organisationerna gått med på detta i avtal. Inom några områden i transportsektorn finns sådana överenskommelser.

3. *Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar är det fråga om?*

Det gäller drog- och alkoholtester men inte HIV-tester. I vissa fall förekommer även syn- och hörselkontroller. Dessa tester utförs av läkare som är fristående från företagens intressen. Analyserna görs av oberoende testlaboratorier.

4. *Brukar en arbetsgivare under pågående anställning ställa krav på medicinska undersökningar/bedömningar?*

Det finns federala lagar om testningar som kan åberopas när det gäller att testa redan anställda. Det gäller främst om en olycka skett eller en arbetsgivare kan anses ha skälig anledning att misstänka att en anställd är påverkad. Vissa arbetsgivare kräver även periodiska, reguljära medicinska undersökningar, t.ex. inom flyget. De fackliga organisationerna är dock ovilliga att gå med på denna typ av återkommande tester, om det inte är uppenbart från allmänna säkerhetsaspekter.

5. *På vilken grund kan en arbetsgivare kräva att medicinska undersökningar/bedömningar görs?*

Enligt delstatlig författning, kollektivavtal, anställningsavtal samt företagets uppfattning, om det inte är förbjudet i någon delstatslagstiftning.

6. *Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar är det fråga om?*

Drog- och alkoholtester men inte HIV-tester.

7. *Ställs i något fall krav på medicinska undersökningar/bedömningar för vissa yrkesgrupper?*

I huvudsak bara inom transportväsendet, inom företag som arbetar med statliga kontrakt och för dem med säkerhetskänsliga arbeten.

8. *Finns det generellt sett någon skillnad mellan offentliga och privata arbetsgivare i bedömningen av denna verksamhet?*

Både ja och nej. I grundlagen skyddas dock medborgaren från intrång i privatlivet från statens sida. En federalt eller delstatligt anställd kan därför vägra att låta sig testas. En anställd i ett privat företag kan däremot inte vägra att låta sig testas, om arbetsgivaren beordrar detta.

7.4 Den europeiska unionen

Reglering av arbetsmiljö och läkarundersökningar

På detta område finns en omfattande reglering rörande skyddet för arbetstagare mot exempelvis exponering av farliga miljöer och ämnen. Denna reglering innehåller ofta bestämmelser om läkarundersökningar av arbetstagare.

Fastän dåvarande EG:s institutioner före år 1986 endast hade en begränsad behörighet inom området säkerhet och hälsa, har ministerrådet utfärdat ett flertal direktiv som grundar sig på Romfördragets artikel 100 om s.k. tillnärmning av lagarna, bl.a. rådets direktiv 82/605/EEG/ av den 28 juli 1982 om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering i arbetet för blymetall och joniska föreningar samt rådets direktiv 83/477/EEG av den 19 september 1983 om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för asbest i arbetet. Dessa direktiv innehåller bestämmelser om läkarundersökningar av arbetstagare.

Frågor om arbetsmiljön regleras nu explicit i Romfördragets artikel 118 a. Denna artikel infogades genom *1986 års enhetsakt* i Romfördraget. Artikeln bekräftar gemenskapens behörighet vad gäller arbetstagares hälsa och säkerhet. Artikel 118 a 1 lyder som följer.

Medlemsstaterna skall särskilt sträva efter att främja förbättringar, främst i fråga om arbetsmiljön, av arbetstagares hälsa och säkerhet och skall ha som mål att harmonisera förhållandena på detta område, samtidigt som redan gjorda förbättringar bibehålls.

Genom artikel 118 a kan ministerrådet, på förslag av EU-kommissionen och efter samarbete med EU-parlamentet och efter hörande av den Ekonomiska och sociala kommittén, genom direktiv införa minimiföreskrifter på området.

Till följd av artikel 118 a i Romfördraget har den 12 juni 1989 ett *ramdirektiv,* 89/391 EEG och ett antal särdirektiv antagits i avsikt att täcka alla risker som gäller säkerhet i arbetet. Ramdirektivet gäller åtgärder att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. Det omfattar allmänna principer för att förebygga yrkesbetingade risker, skydd av säkerhet och hälsa, eliminering av riskfaktorer och faktorer som kan förorsaka olycksfall, information, samråd, medverkan och utbildning av arbetstagare och deras representanter samt allmänna riktlinjer för genomförandet av dessa principer.

Bland de *särdirektiv* som antagits i enlighet med ramdirektivet kan utredningen nämna bl.a. följande. Rådets direktiv 90/394/EEG av den 28 juni 1990 om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för carcinogener i arbetet samt rådets direktiv 90/679/ av den 26 november 1990 om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agenser i arbetet. Även rådets direktiv 91/383 av den 25 juni 1991 om komplettering av åtgärderna för att främja förbättringar av säkerhet och hälsa på arbetsplatsen för arbetstagare med tidsbegränsat anställningsförhållande eller tillfälligt anställningsförhållande. Dessa särdirektiv innehåller bestämmelser om läkarundersökningar av aktuella arbetstagare.

För Sveriges del torde motsvarigheterna till dessa direktiv återfinnas i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter.

Alkohol- och drogtester

Enligt vad utredningen erfarit har inte ministerrådet antagit några särdirektiv som särskilt berör frågan om hanteringen av problem rörande alkohol och droger på arbetsplatsen. Genom det ovan nämnda ramdirektivet från i juni 1989, 89/391, torde gemenskapen dock ha en möjlighet att agera.

När det gäller kvalitetssäkring av drogtester begärde ministerrådet med medlemsstaternas hälsovårdsministrar den 16 maj 1989 (Official Journal of the European Communities No C. 185 of 22 July 1989 p 2) att bl.a.

denna fråga skulle utredas inom gemenskapen. Detta arbete pågår alltjämt. Kommissionen presenterade i april 1995 en intern rapport för ministerrådet. I denna rapport riktas viss kritik mot analysförfarandet vid medlemsstaternas laboratorier, bl.a. vad gäller den kromatografiska analysen.

Gentester

Inte heller på detta område finns några tvingande gemenskapsrättsliga regler.

På detta område kan utredningen nämna följande.

I mars 1989 antog *Europaparlamentet* en resolution om etiska och rättsliga problem i samband med genetiska tester ("Resolution on ethical and legal problems of genetic engeneering" adopted by European Parliament in March 1989 - Official Journal of the European Communities, No C. 96, 17 April 1989 p 165). Resolutionen innehåller rekommendationer om vilka principer som skall gälla vid sådana tester.

När det gäller gentester på löntagare anfördes bl.a. följande.

- Det understryks att genetiska undersökningar av enskilda individer med syftet att utestänga de personer som är särskilt mottagliga för sjukdomar från arbete, aldrig får bli ett alternativ till en förbättring av arbetsmiljön.

- Det uppmanas till lagfäst förbud mot ett urval av arbetstagare på grund av genetiska kriterier och mot ett allmänt bruk av genetiska analyser för massundersökningar av anställda.

Ministerrådet har i ett beslut i juni 1990 (Council decision 29 June 1990) om människans arvsmassa anfört bl.a. följande: att rätten till genetisk identitet är en del av individens integritet och värdighet, att individen måste försäkras rätt att, utifrån en fullständig kunskap om förhållandena, acceptera eller neka till att bli informerad om sina genetiska karaktäristika samt att, då det inte finns klara normer och bestämmelser om vissa sidor av genteknikens möjliga utveckling, kan det uppstå en risk för att det genomförs analyser i övervakningssyfte, vilket skulle kunna få genomgripande konsekvenser för samhällslivet. Det krävs därför att nödvändiga föranstalter vidtas för att undgå en oacceptabel ut-

veckling, särskilt i form av förutsägbar medicin.

HIV-/Aidstester

Även på detta område saknas gemenskapsrättsliga regler av tvingande karaktär.

På ett möte mellan *ministerrådet* och medlemsstaternas hälsovårdsministrar i december 1988 antog rådet vissa *uttalanden* om aids på arbetsplatsen (Conclusions of the council and the Ministers for Health of the member States, meeting within the Council, on 15 December 1988 concerning AIDS (89/C. 28/01).

Rådet uttalade bl.a. att enskilda som infekterats av HIV-virus inte utgör någon fara för sina arbetskamrater. Det saknas därför anledning att undersöka enskilda efter HIV-antikroppar (7). Anställda som är HIV-positiva men som inte visar några symptom på sjukdomen aids skall anses som och behandlas som normala arbetstagare (8). De anställda skall inte vara skyldiga att underrätta sin arbetsgivare om HIV-infektionen (9). Anställda som drabbats av aids skall behandlas på samma sätt som arbetstagare med andra svåra sjukdomar som påverkar utförandet av deras arbetsuppgifter. När sjukdomen minskar den anställdes möjligheter att utföra sina arbetsuppgifter, skall dessa eller arbetstiden justeras, så att en sådan anställd kan arbeta så länge som möjligt (11).

Framtiden

Det mesta beträffande EU:s framtida agerande på området syns fokuseras kring frågor om genteknik och då bl.a. gentester i arbetslivet.

Inom EU sker ett kontinuerligt arbete i *BIOMED* (Biomedical/Health Research), vilket är EU:s program för medicin- och hälsoforskning. Arbetet syftar huvudsakligen till samordning av medlemsländernas forskning. BIOMED 1;1991-94 innehåller t.ex. ett projketområde som skall utvärdera biomedicinska etiska frågor. Det nya biomedicinska forskningsprogrammet BIOMED 2 innehåller forskningsområdet Biomedicinsk etik. Ett projekt inom programmet (Ethical, social and scientific problems related to the application of genetic screening and genetic monitoring for employees in the cont. of a European approach

to health and safety at work) berör gentester i arbetslivet. EU:s arbete på detta område sker även inom den till BIOMED kopplade organisationen *HUGO* (Human Genome Organisation). Inom denna organisation koordineras internationella strävanden på området och uppmuntras bl.a. till offentlig debatt samt ges information och råd i samband med vetenskapligt, etiskt, socialt, juridiskt och kommersiellt användande av projekt som rör människans arvsmassa. En särskild arbetsgrupp inom organisationen (HUGO-projektet) skall granska de etiska, sociala och legala aspekterna av den pågående kartläggningen av människans arvsanlag. Gruppen har särskilt poängterat vikten av att genetiska tester i arbetslivet omgärdas med garantier mot missbruk.

EU-kommissionen har under år 1995 antagit ett *gemenskapsprogram* för arbetarskyddsfrågor för åren 1996 - 2000. Åtgärd 3 med rubriken "Nya hälso- och säkerhetsrisker" upptar bl.a. som ett viktigt problem att undersöka följande. "Fördelar eller nackdelar som kan uppstå till följd av särskilda tekniker för övervakning av arbetsstyrkans hälsotillstånd (inbegripet genetisk hälsoundersökning och genetisk övervakning) med hänsyn till etiska, sociala, psykosociala och rättsliga följder i samband med dess användande."

EU-kommissionens femte generaldirektorat arbetar f.n. nära *Europarådet* med frågor rörande medicinska undersökningar i arbetslivet. Vad som särskilt diskuteras är den etiska sidan av dessa undersökningar och då särskilt genetiska undersökningar. Ambitionen är att allmänna riktlinjer i dessa frågor skall kunna publiceras före utgången av år 1996.

7.5 International labour organization

Internationella arbetsorganisationen (ILO) har sedan år 1946 ställning som ett av Förenta Nationernas (FN) fackorgan. ILO-konferensen utarbetar konventioner och rekommendationer på arbetslivets område. Konventionerna och rekommendationerna innehåller minimistandarder som anger den lägsta godtagbara nivån i olika arbetsrättsliga avseenden. Konventionerna blir bindande för Sverige genom ratificering. Som exempel på sådana för landet bindande konventioner kan utredningen nämna 1981 års konvention (nr 155, ratificerad år 1982) om arbetarskydd och arbetsmiljö samt 1985 års konvention (nr 161, ratificerad år 1986) om företagshälsovård.

När det gäller medicinska undersökningar finns endast ett fåtal allmänna konventionsregler om detta, t.ex. de ovan nämnda 1981 och 1985 års konventioner. Några för Sverige bindande konventioner som mer enbart eller mer i detalj berör dessa frågor finns inte.

Inom ILO pågår dock arbete på detta fält som ännu inte har formen av konventioner eller rekommendationer. Vad gäller drog- och alkoholtester kan utredningen som exempel nämna att ett interregionalt expertmöte inom ILO år 1993 framlagt vissa riktlinjer (Guiding principles on drug and alkohol testing in the workplace as adopted by the ILO Interregional Tripartite Experts Meeting on Drug and Alcohol Testing in the Workplace, 10-14 May 1993, Oslo (Honefoss), Norway). Riktlinjerna behandlar bl.a. juridiska och etiska frågeställningar, tekniska och vetenskapliga aspekter samt utformningen av drogprogram och drogplaner.

I riktlinjerna förespråkas bl.a. att arbetsgivaren, för att nå största möjliga samförstånd om testernas värde för företaget, tillsammans med arbetstagare och deras representanter utvärderar arbetsplatsens behov av åtgärder mot alkohol och narkotika samt tillsammans beslutar vilka åtgärder som är lämpliga för arbetsplatsen.

Om drogtester skall ingå i företagets strategi mot alkohol och droger, bör de utgöra en del av företagets program för att öka säkerheten på arbetsplatsen och för att förbättra företagets arbetsmiljö och produktivitet. En viktig del av företagets drogprogram är den skrivna drogpolicyn. I denna bör alla detaljer kring drogtesterna och testproceduren regleras, t.ex. syftet med testen, vad resultatet skall användas till, en beskrivning av test- och analysmetoder, sekretessbestämmelser samt vilka droger som företaget avser att testa för.

I riktlinjerna behandlas också kraven på testprocedurens säkerhet och ILO rekommenderar att denna procedur skall följa de krav som National Institute on Drug Abuse (NIDA) ställer på amerikanska laboratorier. I riktlinjerna uttalas också att tester för annat än droger, t.ex. för aids och andra sjukdomar eller graviditetstester inte bör utföras. Vidare sägs att ett testresultat från en screening av urin alltid skall konfirmeras med en annan metod, t.ex. gaskromatografi. Där sägs också att positiva testresultat inte automatiskt betyder att den testade är en missbrukare, varför positiva resultat alltid skall utvärderas av oberoende medicinsk expertis för att utesluta alternativa orsaker till resul-tatet.

Riktlinjerna behandlar också etiska och juridiska aspekter på drogtester. De etiska aspekterna är framför allt att företagen måste väga behovet av tester mot det faktum att arbetstagarens integritet kränks av dessa. Företagen måste också tillse att sekretesskraven kring testresultaten uppfylls. De juridiska aspekterna

kan sammanfattas på så sätt att testerna och testproceduren måste överensstämma med internationella överenskommelser och nationell lag.

I riktlinjerna understyks att det inte finns några undersökningar som visar att drogtestningsprogram minskar de problem som missbruk av alkohol och narkotika kan orsaka på en arbetsplats. Det finns inte heller några belägg för att drogtester innebär att produktivitet eller säkerhet på arbetsplatsen ökar.

ILO har under åren 1994/95 (revision 2, 31 Janaury 1995) utarbetat en handledning om hanterandet av alkohol- och drogrelaterade problem på arbetsplatsen (Code of practice on the mangement of alcohol- and drug-related issues in the workplace). Denna handledning behandlar bl.a. frågor om drogplaner. När det gäller alkohol- och drogtester hänvisas till 1993 års riktlinjer.

7.6 Europarådet

Europarådet har under en längre tid arbetat med frågor som rör bioetik. Ministerrådet vid Europarådet antog år 1992 riktlinjer för gentester på människor i hälso- och sjukvårdssammanhang. Gentestning i arbetslivet behandlas därvid inte särskilt men riktlinjerna kan sannolikt ändå tillämpas på arbetsmiljöområdet. Europarådets bioetiska kommitté (Sterling Committee on Bioethics) skall belysa etiska och sociala effekter av gentekniken. År 1992 tillsattes en särskild arbetsgrupp av denna kommitté. Arbetsgruppen har år 1994 föreslagit en konvention för att skydda människors värdighet och rättigheter vid tillämpningen av gentekniken. Konventionen beräknas bli färdig under år 1996.

7.7 Förenta nationerna

Förenta Nationernas (FN) konvention om de medborgerliga och politiska rättigheterna innehåller bestämmelser om vissa grundläggande fri- och rättigheter, bland dem artikel 17 om individens rätt till skydd för sitt privatliv. Enligt artikel 17 är godtyckliga eller olagliga ingripanden i de enskildas privatliv förbjudna. Artikeln stadgar att varje människa har rätt till att skyddas i lag gentemot dylika ingripanden. Enligt konventionens artikel 4 får avvikelser från artikel 17 ske i ett allmänt nödläge men endast om vissa villkor är uppfyllda och om undantaget inte innebär att någon diskrimineras på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion eller social härkomst.

Genom artikel 17 i konventionen finns en skyldighet för konventionsstaterna att i lag skydda individen mot alla sorters ingrepp i privatlivet, oavsett om det är staten själv eller om det är enskilda personer som utför ingreppen. Det bör dock understrykas att svensk rättspraxis innebär att internationella överenskommelser måste införlivas i svensk rätt genom lagstiftning för att kunna åberopas inför svensk domstol. FN-konventionen har inte införlivats genom lagstiftning.

The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) tillsatte år 1993 en kommitté (International Bioethics Committee), som har som uppgift att ta fram ett förslag till deklaration om skydd av det mänskliga genomet. Enligt planerna skall förslaget godkännas av UNESCO år 1998. Det skall sedan följas av en FN-konvention. En särskild undergrupp arbetar med gentestning. Denna undergrupp kommer bl.a. att beröra hur missbruk av genetisk information kan förebyggas.

7.8 Nordiska rådet

År 1991 behandlades vid Nordiska rådets 39:de session ett medlemsförslag om användningen av genetiska tester i samband med anställning. Förslaget avstyrktes emellertid med hänvisning till att frågan borde prövas i ett större sammanhang än enbart i förhållande till anställning och försäkring. Rådet konstaterade dock att den genetiska utvecklingen går mycket fort och att den noga måste följas. Rådet uttalade även att det inte går att bortse från att gentester kan komma att bli aktuella och att det därför kan vara ändamålsenligt att reglera frågan på ett tidigt stadium.

8 Utredningens enkätundersökning

8.1 Bakgrund

Enligt direktiven skall utredningen kartlägga förekomsten av olika former av medicinska undersökningar, såväl i samband med en anställning som under en anställning. Med anledning härav har utredningen utarbetat frågeformulär för centrala statliga myndigheter, landsting, kommuner, privata företag, kooperativa företag och företagshälsovårdsenheter. Frågefomulären finns som bilagor (10-13). Det som därvid framkommit redovisas nedan i en sammanfattningt. En utförligare redovisning finns i bilaga 14.

Undersökningen är genomförd i olika etapper:

Förfrågan till centrala statliga myndigheter, större privata och kooperativa företag samt kommuner och landsting

Undersökningen har skett i två steg.

1. Inledningsvis sände utredningen ut en mindre enkät till samtliga centrala statliga myndigheter samt privata och kooperativa företag med minst 100 anställda. Frågeformuläret återfinns som bilaga 10.

2. För att få ett bättre beslutsunderlag beslöt utredningen att göra en fördjupad studie av de statliga myndigheter samt privata och kooperativa företag som i den mindre enkäten antingen svarat att de i något fall under år 1994 ställt krav på medicinska undersökningar i samband med nyanställning eller under pågående anställning erbjudit eller ställt krav på medicinska undersökningar i något fall. Dessa tillställdes ett mer omfattande frågeformulär. Även samtliga landsting och 96 av Kommunförbundet utvalda kommuner fick det mer omfattande frågeformuläret. Frågeformuläret återfinns som bilaga 11.

Bortfall

I den mindre enkäten var svarsbortfallet 21 procent. Målgruppen för den stora enkäten var de som krävt eller erbjudit medicinska undersökningar i målgruppen för den mindre enkäten, förutom landstingen och ett urval kommuner. Det sammanlagda svarsbortfallet består då dels av de som inte besvarat den stora enkäten, 37 procent, dels av de i svarsbortfallet i den lilla enkäten som genomfört medicinska undersökningar. För de frågor som förekom i både den mindre och den större enkäten är bortfallet lägre, medan bortfallet är större för de frågor som endast förekom i den större enkäten, eftersom det finns ett bortfall i båda stegen. Detta måste beaktas vid en generell bedömning av hur vanligt förekommande det är med medicinska undersökningar i arbetslivet.

Förfrågan till vissa mindre företag

Utredningen har även utarbetat ett mer kortfattat frågeformulär för att kartlägga förhållandena i företag med färre än 100 anställda. Frågeformuläret återfinns som bilaga 12. Utredningen har därefter uppdragit åt Testhuset marknad opinion (TEMO) att göra en telefonintervju i enlighet med frågeformuläret med 600 slumpmässigt utvalda företag i olika branscher i hela riket samt att sammanställa och analysera inkomna svar.

Förfrågan till vissa företagshälsovårdsenheter

För att kartlägga förhållandena inom företagshälsovården har utredningen utarbetat ett frågeformulär för dessa. Frågeformuläret återfinns som bilaga 13. Formuläret har tillställts 118 slumpvis utvalda företagshälsovårdsenheter efter samråd med Föreningen Svensk Företagshälsovård.

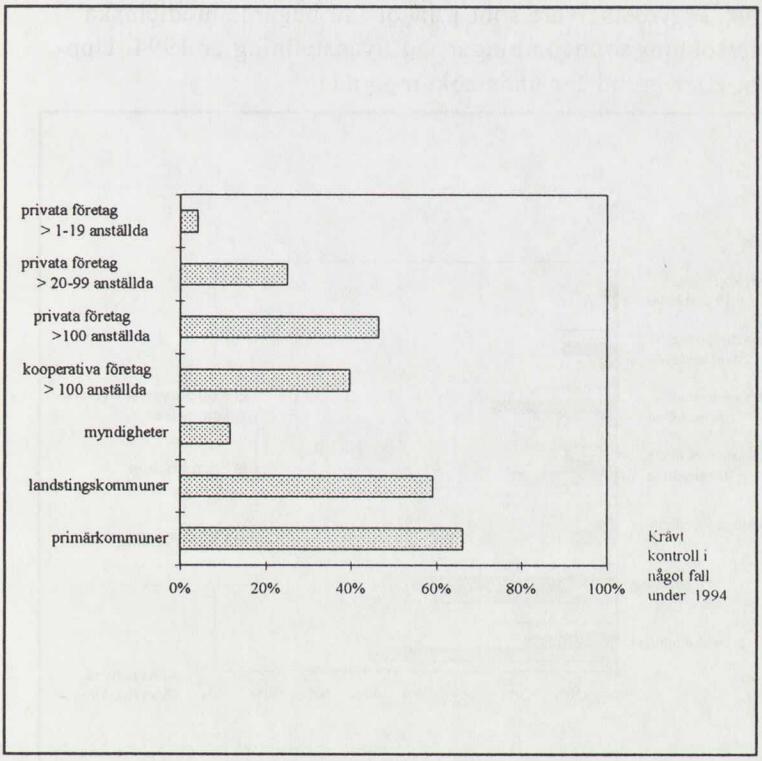
8.2 Resultatet av kartläggningen

Undersökningar i samband med nyanställning

Av privata och kooperativa företag med minst 100 anställda är det 46 respektive 40 procent av arbetsgivarna som åtminstone någon gång under år 1994 begärt medicinska undersökningar i samband med nyanställning. Andelen som krävt medicinska undersökningar är lägre i mindre företag. Sålunda är andelen privata företag med 1-19 anställda

och 20-99 anställda som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning 4 respektive 25 procent. Vid en jämförelse mellan olika näringsgrenar är det framför allt tillverkningsindustri och hotell/restaurang som ligger över genomsnittet. Av statliga myndigheter är det 12 procent som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning. Motsvarande siffra för landsting och kommuner är ca 60 procent (se figur 1).

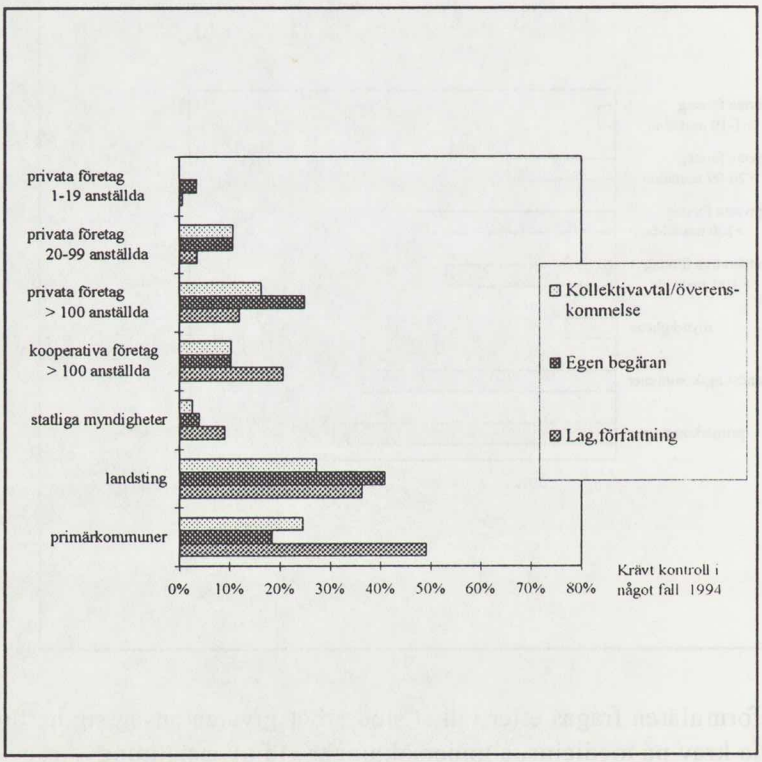
Figur 1: Arbetsgivare som i något fall begärde medicinska undersökningar/bedömningar vid nyanställning år 1994.



I frågeformulären frågas efter vilket stöd arbetsgivaren ansåg sig ha för att ställa krav på medicinska undersökningar vid nyanställning. Arbetsgivaren kunde svara att kraven grundade sig på stöd i lag/författning, i kollektivavtal/överenskommelse eller att kraven ställdes *på annan grund* (i den mindre enkäten till företag med fler än 100 anställda samt till statliga myndigheter och i enkäten till företag med upp till 100 anställda) eller *enbart på arbetsgivarens begäran* (i den större enkäten till företag med fler än 100 anställda samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner).

Av privata företag med minst 100 anställda svarade var fjärde arbetsgivare att de i något fall under år 1994 ställt krav enbart på egen begäran. Av landstingen var det ca 40 procent som gjort detta. Varannan kommun och vart tredje landsting hade ställt krav med stöd av lag/författning. Av privata företag med minst 100 anställda var detta mindre vanligt. En jämförelse mellan privata företag visar att andelen företag som krävt medicinska undersökningar enbart på egen begäran är högst bland de största företagen (se figur 2).

Figur 2: Arbetsgivare som i något fall begärde medicinska undersökningar/bedömningar vid nyanställning år 1994. Uppdelat efter grund för undersökningarna.



Av de privata företag som krävt medicinska undersökningar anger mer än 80 procent att kraven gällde *alla* som anställdes. Motsvarande siffra för landsting och kommuner är omkring 60 procent. Av statliga myndigheter är motsvarande andel lägre. Hos dessa har arbetsgivarna framför allt riktat kraven till vissa yrkesgrupper. *De medicinska undersökningarna vid nyanställning är således omfattande hos arbetsgivare som ställer sådana krav vid nyanställning. Av* exempelvis privata företag med minst 100 anställda är det 46 procent som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning. Av dessa företag krävde drygt 80 procent undersökningar av alla. Det skulle därmed kunna uppskattas att det krävts medicinska undersökningar av samtliga nyanställda i 38 procent av de företag inom denna kategori vilka nyanställt (se tabell 1).

Tabell 1: Andel arbetsgivare som krävt medicinska undersökningar av samtliga vid nyanställning under år 1994.

Typ av företag/myndighet	Skattad andel arbetsgivare som kräver medicinsk undersökning av alla nyanställda. Procent
Privata företag 1-19 anställda	3
Privata företag 20-99 anställda	25
Privata företag ≥ 100 anställda	38*

* Bygger på antagandet att krav som grundats på lag/författning ställts i samma utsträckning som krav som grundats på kollektivavtal/överenskommelse och egen begäran. Detta eftersom uppgift saknas om omfattningen av krav med stöd av lag. Siffran kan vara överskattad.

De vanligaste typerna av medicinska undersökningar är undersökningar av läkare/sjuksköterska och hälsodeklarationer. Dessa förekommer, beroende på sektor, hos 50 till 79 procent av arbetsgivarna som krävt medicinska undersökningar. Motsvarande siffror för enbart provtagningar är mellan 7 och 37 procent och för drog- och alkoholtester mellan 0 och 12 procent. HIV-tester ingår hos 0 till 2 procent av arbetsgivarna som krävt medicinska undersökningar (se tabell 2).

Tabell 2: Procentandel arbetsgivare som begärt vissa typer av undersökningar av dem som krävt medicinska undersökningar med stöd av kollektivavtal/överenskommelse eller enbart på arbetsgivarens begäran i samband med nyanställning*.

	Privata ftg >100 anst.	Statliga myndig-heter+	Lands -ting	Kom-muner	Privata ftg <100 anst.
	%	%	%	%	%
Undersökning läkare/sjuksköterska	71	63	53	65	57
Enbart provtagning	20	37	7	10	22
Drogtest	12	0	0	3	1
Alkoholtest	5	12	0	0	
HIV-test	2	0	0	0	1
Syn/hörsel-undersökning	2	13	0	0	
Hälsodeklaration	67	50	67	79	56
Övrigt	1	13	0	7	6

*) Vad gäller alla kolumner utom företag med färre än 100 anställda är siffrorna ett vägt medelvärde av motsvarande siffror för medicinska undersökningar baserade på kollektivavtal/överenskommelse och undersökningar baserade enbart på arbetsgivarens begäran. Vägningsfaktorn baseras på andelen arbetsgivare, av de som nyanställt, som angett att de genomfört undersökningar baserade på respektive grund. Dessa siffror är behäftade med en viss osäkerhet, beroende på att samma arbetsgivare kan ingå både i gruppen som krävt medicinska undersökningar baserade på kollektivavtal/överenskommelse och enbart på egen begäran. Tillgängliga data ger inte möjlighet att ta hänsyn till detta.

+) Baseras på endast 8 svarande.

De allra flesta arbetsgivare som kräver medicinska undersökningar vid nyanställning anlitar företagshälsovården för genomförande av dessa.

Drogtester krävs framför allt av större privata företag. Alkoholtester förekommer i ungefär samma omfattning hos statliga myndigheter, landsting, kommuner och större privata företag. HIV-tester krävs vid nyanställning främst av privata företag. Två av företagen i gruppen med minst 100 anställda har vart och ett krävt HIV-tester av fler än 10 per-

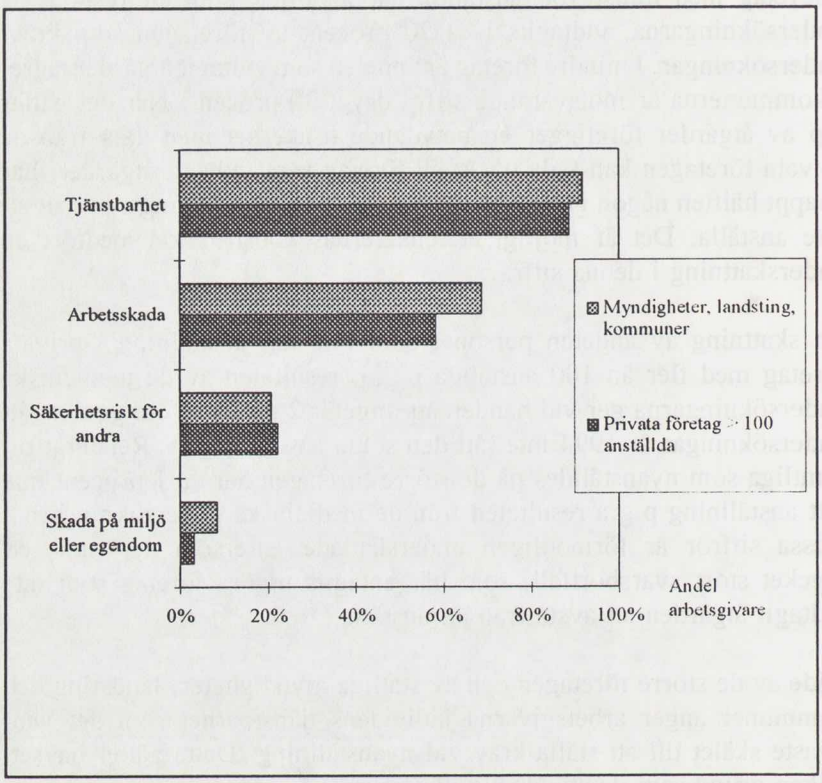
soner. Dessa företag finns inom tillverkningsindustri och handel. Som grund för undersökningarna har de i dessa fall angett centralt eller lokalt avtal/överenskommelse.

I företag med minst 100 anställda har åtgärder, som ett resultat av undersökningarna, vidtagits i ca 20 procent av företagen som krävt undersökningar. I mindre företag är andelen som vidtagit åtgärder lägre. I kommunerna är motsvarande siffra drygt 30 procent. När det gäller typ av åtgärder föreligger en betydande osäkerhet men data från de privata företagen kan tyda på att av företag som vidtagit åtgärder, har knappt hälften någon gång som ett resultat av undersökningarna valt att inte anställa. Det är möjligt att enkäternas konstruktion medfört en underskattning i denna siffra.

En skattning av andelen personer som inte fått anställning i privata företag med fler än 100 anställda p.g.a. resultaten av de medicinska undersökningarna ger vid handen att ungefär 2 procent som genomgått undersökningar år 1994 inte fått den sökta anställningen. Relaterat till samtliga som nyanställdes på de större företagen har ca 1 procent inte fått anställning p.g.a resultaten från de medicinska undersökningarna. Dessa siffror är förmodligen underskattade, eftersom det finns ett mycket stort svarsbortfall, som här antagits utgöra företag som inte vidtagit åtgärden att avstå från att anställa.

Både av de större företagen och av statliga myndigheter, landsting och kommuner anger arbetsgivarna individens tjänstbarhet som det vanligaste skälet till att ställa krav vid nyanställning. Detta gäller oavsett vilken grund som de stödde sig på (figur 3).

Figur 3: Arbetsgivares skäl för ställda krav vid nyanställning år 1994. Krav grundade på kollektivavtal/överenskommelse och på egen begäran.



Det är minst lika vanligt hos statliga myndigheter, landsting och kommuner som i de stora företagen i den privata sektorn att ange risk för arbetsskada i den sökta anställningen som skäl för kraven på undersökningar vid nyanställning. Det kan tyda på att selektionen av individer med utgångspunkt i risken för arbetsskada sker i samma utsträckning hos statliga myndigheter, landsting och kommuner som i de större privata företagen.

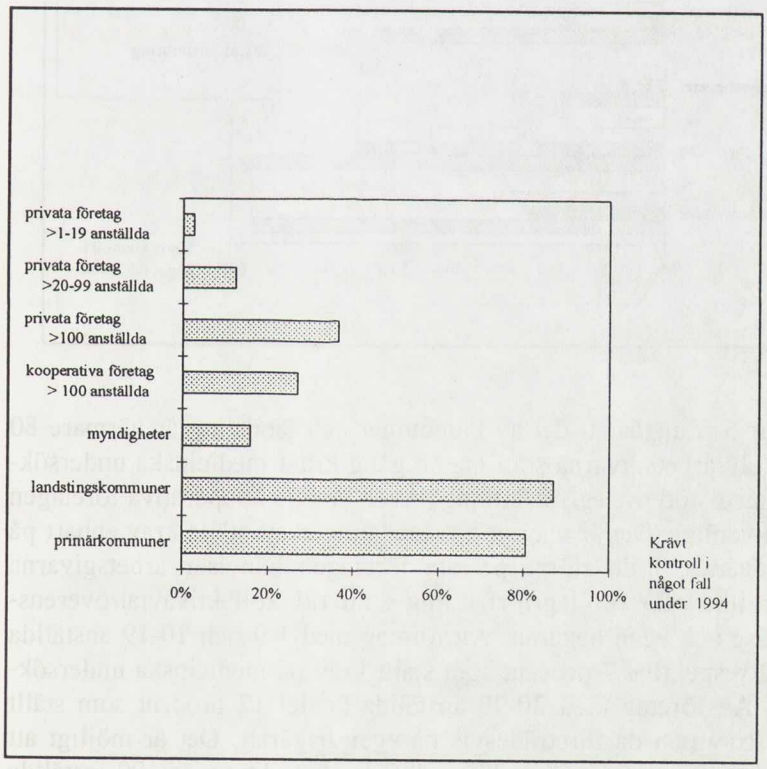
Undersökningar av anställd personal

Av privata företag med minst 100 anställda är det 36 procent som under år 1994 åtminstone någon gång krävt medicinska undersökningar av

anställd personal. Motsvarande siffra hos kooperativa företag är 27 procent. Andelen är lägre hos mindre företag. Således är andelen privata företag med 1-19 anställda och 20-99 anställda som krävt medicinska undersökningar av anställd personal 2 respektive 12 procent. Av statliga myndigheter är det 16 procent som någon gång krävt medicinska undersökningar under pågående anställning. Motsvarande siffra för landsting och kommuner är 87 respektiv 81 procent (figur 4).

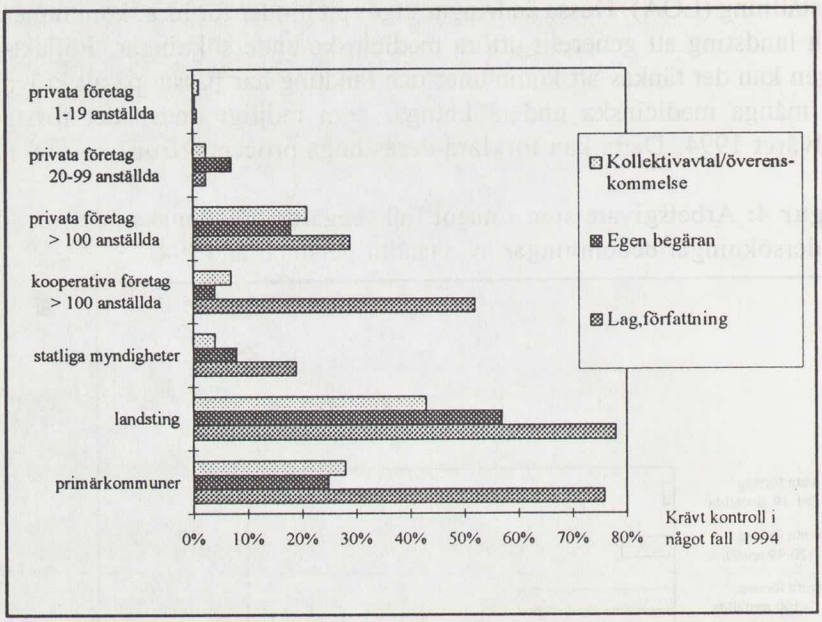
Fr.o.m. den 1 juli 1994 ändrades bestämmelserna i lagen om offentlig anställning (LOA). Dessa ändringar utgör ett hinder för bl.a. kommuner och landsting att generellt utföra medicinska undersökningar. Följaktligen kan det tänkas att kommuner och landting har passat på att kräva så många medicinska undersökningar som möjligt under det första halvåret 1994. Detta kan förklara deras höga procentsiffror.

Figur 4: Arbetsgivare som i något fall begärde medicinska undersökningar/bedömningar av anställd personal år 1994.



Det finns en tendens att privata företag kräver medicinska undersökningar i större utsträckning i samband med nyanställning jämfört med kraven på anställda. Av statliga myndigheter, landsting och kommuner kräver arbetsgivarna i större utsträckning medicinska undersökningar av anställda jämfört med vad de gör vid nyanställning.

Figur 5: Arbetsgivare som i något fall begärde medicinska undersökningar/bedömningar av anställd personal under år 1994. Uppdelat efter grund för undersökningarna.



Av figur 5 framgår att det av kommuner och landsting är närmare 80 procent av arbetsgivarna som någon gång krävt medicinska undersökningar med stöd av lag/författning. Även hos de kooperativa företagen är detta vanligt. Det är vanligt hos landstingen att ställa krav enbart på egen begäran. I de större privata företagen hänvisar arbetsgivarna ungefär lika ofta till lag/författning som till kollektivavtal/överenskommelse och egen begäran. Av företag med 1-9 och 10-19 anställda är det 2 respektive 7 procent som ställt krav på medicinska undersökningar. Av företag med 20-99 anställda är det 12 procent som ställt sådana krav och då företrädesvis på egen begäran. Det är möjligt att konstruktionen av frågeformuläret till företag med färre än 100 anställda kan ha medfört en kraftig underskattning av andelen arbetsgivare som ställt krav på medicinska undersökningar av anställda.

Av privata företag med fler än 100 anställda, landsting och kommuner är det mellan 40 och 50 procent av dem som ställt krav, som är grundade på avtal/överenskommelse, som ställt kraven *på alla*. Ungefär lika många har ställt kraven på vissa yrkesgrupper. För krav baserade på arbetsgivarens begäran är det, i samma sektorer, 17 till 25 procent som ställt kraven på alla och 28 till 56 procent som ställt kraven på vissa yrkesgrupper. Hos vissa arbetsgivare har de ställt kraven på speciella åldersgrupper. *Således är de medicinska undersökningarna relativt omfattande i företag som genomför sådana för anställd personal.* Hos exempelvis privata företag med minst 100 anställda är det drygt 36 procent som krävt medicinska undersökningar av anställd personal. Av dessa företag kräver knappt 35 procent undersökningar av alla. Det skulle därmed kunna uppskattas att det krävts medicinska undersökningar av samtliga i 12 procent av företagen. Denna procentsiffra kan vara överskattad (se not till tabell 1).

Av arbetsgivare som krävt medicinska undersökningar under pågående anställning är undersökningar av läkare/sjuksköterska den vanligaste typen av undersökningar. Dessa undersökningar förekommer, beroende på sektor, hos 63 till 87 procent av arbetsgivarna. Enbart provtagningar förekommer, beroende på sektor, hos 13 till 60 procent av arbetsgivarna. Motsvarande siffror för drog- och alkoholtester är 1 till 43 procent. Högst andel som genomför dessa typer av tester finns i landstingen. HIV-tester förekommer hos upp till 7 procent av arbetsgivare som genomför medicinska undersökningar (tabell 3).

Tabell 3: Procentandel arbetsgivare som begärt vissa typer av undersökningar av dem som krävt medicinska undersökningar för anställda med stöd av kollektivavtal/överenskommelse eller enbart på arbetsgivarens begäran*.

	Privata ftg >100 anst.	Statliga myndigheter	Kommuner	Landsting	Privata ftg <100 anst.
	%	%	%	%	%
Undersökning läkare/sjuksköterska	63	79	74	87	74
Enbart provtagning	25	13	13	17	60
Drogtest	9	7	13	43	1
Alkoholtest	14	14	16	39	3
HIV-test	1	7	3	5	5
Syn/hörselundersökning	10	7	5	13	
Hälsodeklaration	44	14	42	26	
Övrigt	8	7	37	9	6

*) Vad gäller alla kolumner utom företag med färre än 100 anställda är siffrorna ett vägt medelvärde av motsvarande siffror för medicinska undersökningar baserade på kollektivavtal/överenskommelse och undersökningar baserade enbart på arbetsgivarens begäran. Vägningsfaktorn baseras på andelen arbetsgivare, av de som nyanställt, som angett att de genomfört undersökningar baserade på respektive grund. Dessa siffror är behäftade med en viss osäkerhet, beroende på att samma arbetsgivare kan ingå både i gruppen som krävt medicinska undersökningar baserade på kollektivavtal/överenskommelse och enbart på egen begäran. Tillgängliga data ger inte möjlighet att ta hänsyn till detta.

De allra flesta arbetsgivare som krävt eller erbjudit medicinska undersökningar för anställd personal anlitar företagshälsovården för genomförande av dessa.

Av åtgärder som resultat av de medicinska undersökningarna är omplacering, rehabilitering samt anpassning av arbetsmiljön de vanligaste åtgärderna (tabell 4 och 5).

Tabell 4: Företag med färre än 100 anställda som krävt/erbjudit medicinska undersökningar av anställda. Procentandel som vidtagit vissa typer av åtgärder.

Åtgärder	Antal anställda			
	1-9	10-19	20-49	50-99
Genomfört omplacering	4%	4%	14%	25%
Tagit initiativ till rehabilitering	7%	18%	33%	44%
Förändring i arbetsmiljön	7%	18%	36%	30%
Sagt upp personal	0%	1%	1%	4%
Varnat personal	4%	12%	8%	14%
Ingen åtgärd	85%	71%	46%	40%

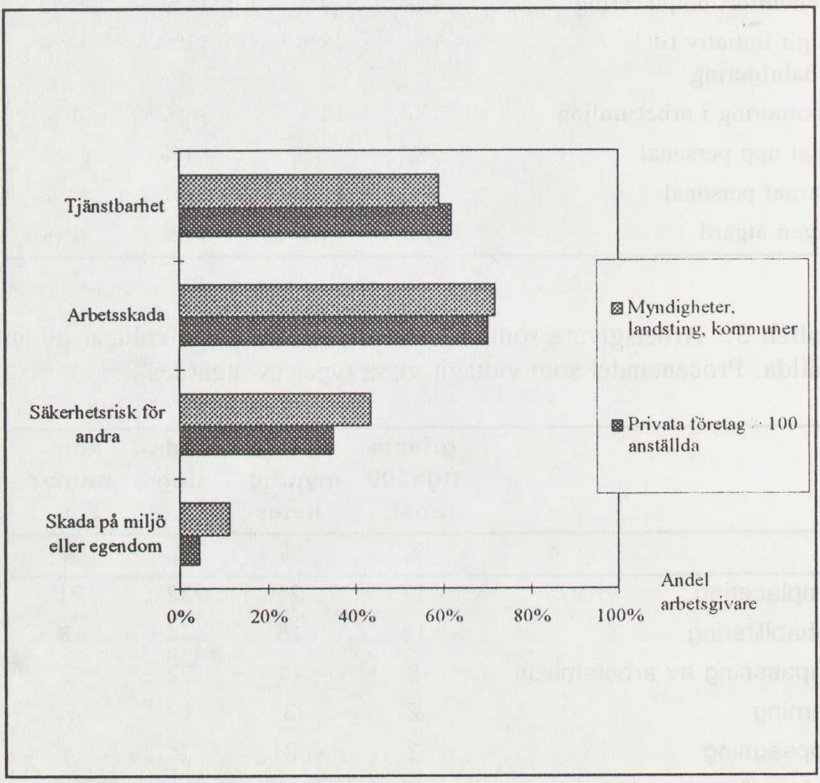
Tabell 5: Arbetsgivare som krävt medicinska undersökningar av anställda. Procentandel som vidtagit vissa typer av åtgärder*.

	privata ftg>100 anst.	statliga myndigheter	landsting	kommuner
	%	%	%	%
omplacering	17	21	32	21
rehabilitering	14	16	44	18
anpassning av arbetsmiljön	8	11	22	9
varning	2	3	12	5
uppsägning	2	3	9	4
behandling - remiss + ytterligare medicinsk utredning	7	11	11	15
övrigt	6	3	9	11
ingen åtgärd	59	54	33	47

*) Siffrorna är ett vägt medelvärde av motsvarande siffror för medicinska undersökningar baserade på lag/författning, kollektivavtal/överenskommelse och undersökningar baserade enbart på arbetsgivarens begäran. Vägningsfaktorn baseras på andelen arbetsgivare som angett att de krävt undersökningar baserade på respektive grund. Dessa siffror är behäftade med en viss osäkerhet, beroende på att en och samma arbetsgivare kan ingå i flera grupper samtidigt. Tillgängliga data ger inte möjlighet att ta hänsyn till detta.

Skälen till att arbetsgivarna ställt krav på anställda är framför allt individens tjänstbarhet och risken för arbetsskada. Detta gäller oavsett vilken grund som de stödde sig på (figur 6).

Figur 6: Arbetsgivares skäl för ställda krav på anställda år 1994. Krav grundade på kollektivavtal/överenskommelse och egen begäran.



Det är vanligt att arbetsgivarna erbjuder medicinska undersökningar till sina anställda. Detta är vanligast förekommande i privata företag med 20-99 anställda. Av de statliga myndigheterna och landstingen är det mellan 50 och 70 procent av arbetsgivarna som har erbjudit undersökningar. Av företag med minst 100 anställda har 41 procent erbjudit medicinska undersökningar. Minst vanligt är detta i de minsta företagen med 1-19 anställda, där ca 20 procent av arbetsgivarna erbjudit undersökningar någon gång under år 1994.

Framtida utveckling

Kraven på ett ökat antal medicinska undersökningar som inte har stöd i lag/författning eller kollektivavtal/överenskommelse har ökat de tre senaste åren hos statliga myndigheter, landsting och hos privata företag med minst 100 anställda. Detta får stöd av resultaten från företagshälsovården, där nästan hälften av enheterna anser att kraven på medicinska undersökningar i sin helhet, dvs. även undersökningar med stöd i lag och avtal, har ökat de tre senaste åren. Drygt hälften anser att innehållet har förändrats och då oftast i riktning mot mer omfattande undersökningar.

Det är betydligt vanligare, ca 20 procent, att arbetsgivarna anger att de har konkreta planer på att utöka verksamheten med medicinska undersökningar jämfört med att undersökningarna kommer att minska eller upphöra, mindre än 2 procent. Arbetsgivarna frågar efter *konkreta planer,* vilket bör kunna tolkas som att de som anger utökning här med stor säkerhet också kommer att genomföra detta. *Svaren tyder på att medicinska undersökningar kommer att bli vanligare.*

9 Personlig integritet i arbetslivet

9.1 Inledning

Integriteten är en viktig fråga när det gäller medicinska undersökningar i arbetslivet. Denna kan gälla den enskildes valfrihet att genomgå en medicinsk undersökning. Vidare kan det i samband med en sådan undersökning komma fram för individen känsliga uppgifter, som denne inte vill att arbetsgivaren skall få kännedom om.

Det kan vara fråga risk för kränkning av såväl kroppslig som personlig integritet. Med kroppslig integritet menar utredningen närmast det som har med individens självbestämmande om den egna kroppen att göra. Vissa grundläggande bestämmelser om detta finns i regeringsformen (RF). Enligt 2 kap. 6 och 8 §§ RF är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp och mot frihetsberövande. Ingen skall därför på en myndighets begäran mot sin vilja behöva undergå medicinska undersökningar. Undantag från denna huvudregel får enligt 2 kap. 12 § regeringsformen endast göras genom lag eller genom annan författning efter bemyndigande i lag, om vissa förutsättningar är uppfyllda. Hit hörande frågor berörs i avsnittet om regler om medicinska undersökningar i arbetslivet. Med personlig integritet menar utredningen det som rör uppgifter om eller information som kan hänföras till en viss person. Hit hör t.ex. uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Ett problem är att det i samband med medicinska undersökningar även kan komma fram sådana uppgifter som inte var efterfrågade. Ett annat är att skyddet för den berörde individen vid en avvägning i vissa fall måste vika till förmån för skyddet för tredje man.

Utredningen behandlar i avsnittet om utredningens överväganden och förslag om medicinska undersökningar i arbetslivet frågor som rör narkotikatester och gentester. Därutöver finns det ytterligare två frågor som utredningen har valt att närmare granska, vilket sker nedan, med hänsyn till integriteten. Det gäller dokumenteringen av de uppgifter som fram-

kommit vid de medicinska undersökningarna i arbetslivet och skyddet för dessa uppgifter.

Integriteten kan i många sammanhang kopplas samman med etiken. Utredningen redogör närmare för den medicinska etiken i arbetslivet i bilaga 15.

9.2 Dokumentering av medicinska undersökningar

Inom hälso- och sjukvården

Allmänt gäller vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården att en patientjournal skall föras. Det gäller även inom företagshälsovården, eftersom en arbetstagare, som där genomgår en läkarundersökning, är att betrakta som en patient. Om journalföring finns bestämmelser i *patientjournallagen* (1985:562). Lagen gäller såväl allmän som enskild hälso- och sjukvård. Med vård avses i patientjournallagen även undersökning och behandling. Kravet på journalföring gäller endast för den verksamhet inom hälso- och sjukvården som är individuellt inriktad mot patienter. När det gäller individinriktade förebyggande åtgärder, t.ex. allmänna och riktade hälsoundersökningar, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård skall också en journal föras. Detsamma gäller vid hälsoundersökningar som patienten själv tar initiativ till. Det kan här vara fråga om synundersökning för utprovning av glasögon hos en optiker eller ett besök utan vård- eller behandlingssyfte, såsom vid en undersökning för att få ett intyg för körkort eller friskintyg för en anställning. Detta framgår av förarbetena till lagen (prop. 1984/85:189, sid. 36 f). Enligt utredningens uppfattning gäller vad ovan sägs även för sådana medicinska undersökningar av en arbetssökande eller en anställd som omfattar narkotika- och alkoholtester.

En patienjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera personer. En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Vissa uppgifter skall dock alltid, om de föreligger, enligt *3 § patientjournallagen* finnas i en patientjournal. Det gäller uppgifter om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledningen till mera betydande åtgärder samt väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade gärder.

I förordningen (1986:198) om provtagning för infektion av HIV finns ett undantag när det gäller identitetskravet i patientjournallagen. Enligt förordningen tillämpas inte föreskriften i patientjournallagen om identitetsuppgifter i en patientjournal i samband med provtagning för infektion av HIV, om patienten begär att ett sådant prov tas anonymt. Föreskriften skall emellertid tillämpas om resultatet av provtagningen visar att patienten är HIV-smittad.

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än då Socialstyrelsen förordnat om detta. Närmare bestämmelser om detta finns i 6 och 17 §§ patientjournallagen. Däremot får rättelse av felaktiga uppgifter i en patientjournal ske. Därvid skall den som svarar för rättelsen ange i journalen när rättelsen har skett och vem som har gjort den. Varje journalhandling skall också hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till den. Närmare bestämmelser om detta finns i 7 § patientjournallagen, 7 kap. 1 § sekretesslagen och 8 § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården. Enligt 8 § patienjournallagen skall en journalhandling bevaras minst tre år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. Regeringen eller Socialstyrelsen får dock föreskriva att vissa slags journalhandlingar skall bevaras i minst tio år. Om detta finns bestämmelser i förordningen (1986:203) om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården.

Om rätten att ta del av journalhandlingar inom den allmänna hälso- och sjukvården finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen (1980:100). Om rätten att ta del av journalhandlingar inom den enskilda hälso- och sjukvården finns bestämmelser i patientjournallagen. Utredningen utvecklar närmare sekretessproblematiken nedan och i avsnittet om utredningens överväganden och förslag om medicinska undersökningar i arbetslivet.

Socialstyrelsen är enligt förordningen (1988:1236) med instruktion för Socialstyrelsen central förvaltningsmyndighet för bl.a. verksamhet som rör hälso- och sjukvården. Enligt *4 § 7. förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.* får styrelsen meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av patientjournallagen. Socialstyrelsen har gett ut ett flertal författningar som berör journalföring. Den viktigaste är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1993:20) om patientjournallagen.

Inom arbetsmarknaden

I *4 kap. 7 § arbetsmiljölagen* anges att regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetarskyddsstyrelsen kan föreskriva att register skall föras vid läkarundersökning som har föreskrivits med stöd av 5 eller 6 § med uppgifter om de undersöktas namn och om undersökningsresultatet. I anslutning till sådana föreskrifter kan Arbetarskyddsstyrelsen i samråd med Socialstyrelsen utfärda allmänna råd till läkare som utför undersökningarna. Föreskrifter enligt 4 kap. 7 § arbetsmiljölagen finns i Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling (AFS). Sådana föreskrifter har utfärdats med stöd av 18 § arbetsmiljöförordningen (1977:1166) i AFS 1989:3 om kadmium, AFS 1992:2 om asbest, AFS 1992:16 om kvarts, AFS 1992:17 om bly, AFS 1993:4 om härdplaster, AFS 1993:57 om dykeriarbete samt AFS 1995:1 om rök- och kemdykning.

I AFS 1989:3, 32 §, sägs att arbetsgivaren skall föra register över alla som enligt dessa föreskrifter varit föremål för läkarundersökning eller periodisk kontroll. Resultatet av läkarundersökningen och den periodiska kontrollen vad avser tjänstbarheten i den avsedda sysselsättningen skall föras in i registret.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Arbetarskyddsstyrelsen kan med stöd av *5 kap. 4 § arbetsmiljölagen* föreskriva att vid läkarundersökning, som har föreskrivits i vissa fall avseende minderårig, skall föras register med uppgifter om de undersöktas namn och om undersökningsresultatet. Arbetarskyddsstyrelsen har med stöd av 18 § arbetsmiljöförordningen utfärdat en kungörelse (AFS 1990:19) med föreskrifter om anlitande av minderåriga i arbetslivet. En föreskrift om detta finns i en bilaga med en förteckning över vissa riskfyllda arbetsuppgifter som är förbjudna enligt 5 § kungörelsen. Där föreskrivs bl.a. att för den som är under 18 år men under kalenderåret fyller minst 16 år krävs läkarintyg om att risk för skadlig inverkan av arbete inte finns för den minderårige. Det gäller vid bergarbete, vårdarbete m.m. samt arbete med farliga ämnen, såsom kvarts och bly. I och med att en sådan föreskrift om läkarundersökning uppställts, kan Arbetarskyddsstyrelsen även föreskriva en skyldighet för arbetsgivaren att föra register om den minderårige som berörs av arbetet och resultatet av undersökningen. Någon sådan föreskrift har dock Arbetarskyddsstyrelsen inte meddelat. Detta fråntar emellertid inte den läkare som utfört en undersökning på den minderårige och utfärdat ett läkarintyg däröver att föra föreskrivna patientjournaler.

I 3 § arbetsmiljöförordningen finns närmare föreskrifter om förvaring av handlingar. Vissa register skall av arbetsgivare förvaras under minst tio år räknat från den dag då den sista antecknigen gjordes i registret. Andra register skall av arbetsgivaren förvaras under minst fyrtio år räknat från den dag då expositionen upphörde. Om verksamheten överlåts, skall handlingarna överlämnas till den nye innehavaren. Arbetarskyddsstyrelsen kan enligt 18 § 3. föreskriva om annan förvaringstid och om förvaringsplats.

Dokumentationsteknik

Med en journalhandling avses en framställning i skrift eller bild samt en upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel. Således omfattas även t.ex. röntgenbilder samt patientjournaler på mikrofilm och journaler som förs med hjälp av ADB av journalhandlingsbegreppet.

Patientjournallagen är teknikneutral, dvs. den gäller oberoende av på vilket medium som patientjournalerna förs. Beträffande journaler som förs med hjälp av ADB gäller också datalagen (1973:289).

Det skall finnas en registeransvarig för patientjournaler som förs med hjälp av ADB. Inom den hälso- och sjukvård som bedrivs av landstingen och kommunerna är det den nämnd som leder verksamheten, som är registeransvarig. Inom privat hälso- och sjukvård, t.ex. företagshälsovården, är den registeransvarig för vars verksamhet registret förs. Det kan vara såväl en juridisk som en fysisk person. Den registeransvarige har att iaktta datalagens regler och se till att dessa följs.

Med personregister avses i datalagens mening ett register som förs med hjälp av ADB och som innehåller personuppgifter som kan hänföras till den som avses med uppgiften. För att få föra ett eller flera personregister krävs licens hos Datainspektionen. Därutöver krävs tillstånd för ett register, bl.a. om det skall innehålla känsliga uppgifter. Myndigheter inom hälso- och sjukvården behöver dock inte tillstånd att för vård- eller behandlingsändamål inrätta och föra ett personregister, som innehåller uppgifter om någons sjukdom eller hälsotillstånd i övrigt. Läkare får också utan tillstånd inrätta och föra personregister som innehåller sådana uppgifter om någons sjukdom eller hälsotillstånd i övrigt, som de erfarit i sin yrkesutövning.

När Datainspektionen meddelar ett tillstånd beslutar inspektionen om föreskrifter, dvs. villkor i det enskilda fallet, för personregistret.

Datainspektionen brukar meddela föreskrifter beträffande tillståndspliktiga register främst om ändamålet med registret, registerinnehåll, inhämtande av uppgifter, rättelse av felaktiga uppgifter, journalåtkomst, information till de registrerade och ADB-säkerhet.

När det gäller register inom arbetsmarknaden brukar föreskrifterna enligt uppgift från Datainspektionen reglera
- ändamål,
- krav på samtycke för registrering,
- krav på information om rätten till utdrag enligt 10 § datalagen,
- krav på information om att registreringen är frivillig,
- krav på information om hur lång tid uppgifterna skall bevaras,
- krav på information om strykningsrätt samt
- krav på ADB-säkerhet.

Datainspektionen har bl.a. givit ut skrifterna Personregister i arbetslivet och Personregister i företagshälsovården. De är dock inte direkt hänförbara till ADB-baserade patientjournaler.

Det finns många olika datorjournalsystem. Det är emellertid viktigt att man använder sig av ett sådant system som uppfyller de krav som ställs i patientjournallagen, datalagen och sekretesslagen.

För ADB-förda patientjournaler inom företagshälsovården gäller samma regler som för manuellt förda journaler. Ytterligare föreskrifter framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) till patientjournallagen.

Verksamhetens upphörande

Journalhanteringen uppfattas ofta som ett praktiskt problem när en privatpraktiserande läkare lägger ner sin verksamhet utan att överlåta sin praktik till någon kollega, som samtidigt övertar hanteringen av och ansvaret för patientjournalerna. Den vanligaste orsaken till att frågan om den fortsatta hanteringen av journalhandlingar väcks är, att den som har haft ansvaret för hanteringen avlidit. Härtill kommer att dödsbodelägarna ofta saknar både kompetens och möjligheter att ta hand om journalmaterialet under föreskriven arkiveringstid. Det får inte bli så att

journalerna läggs undan eller kastas bort utan några garantier beträffande obehörig spridning eller säker förstöring m.m. Samma problem kan uppkomma när en enskild verksamhet läggs ner av andra skäl, t.ex. när en företagshälsovård stängs på grund av företagets konkurs. Socialstyrelsen får därför enligt 11 § patientjournallagen besluta att patientjournaler skall tas om hand. Förutsättningen är att det på sannolika skäl kan antas att patientjournaler inom enskild hälso- och sjukvård inte kommer att handhas enligt föreskrifterna i patientjournallagen eller enligt föreskrifter som meddelats med stöd av lagen. Styrelsen får också besluta om omhändertagande av patientjournaler inom enskild hälso- och sjukvård, om den som ansvarar för hanteringen av journalerna ansöker om det och det finns ett påtagligt behov av att journalerna tas om hand. Det kan t.ex. ske om en enskild yrkesutövare avser att avbryta sin verksamhet i landet för en längre tids vistelse i utlandet.

En omhändertagen journal skall återlämnas till den som ansvarade för journalen, om det är möjligt och det inte finns skäl för omhändertagande. Ett beslut i frågan om återlämnande meddelas av Socialstyrelsen efter ansökan av den som vid beslutet om omhändertagande av journalen ansvarade för hanteringen av denna.

Patientjournaler som skall tas om hand skall förvaras avskilda hos arkivmyndigheten i det landsting eller, i fråga om kommuner som inte tillhör något landsting, den kommun där journalerna finns. Socialstyrelsen skall i varje beslut om omhändertagande ange hos vilken arkivmyndighet som journalerna skall förvaras.

9.3 Sekretess

Det allmännas verksamhet

Varje svensk medborgare har enligt offentlighetsprincipen rätt att ta del av allmänna handlingar. Detta framgår av 2 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen (TF). Utländska medborgare är i detta hänseende likställda med svenska medborgare (jfr 14 kap. 5 § TF). Lagstiftarna har dock ansett det nödvändigt att i vissa fall göra inskränkningar i denna rätt, t.ex. om det är påkallat med hänsyn till skyddet för enskilds personliga förhållanden. Inskränkningarna anges i en särskild lag, sekretesslagen (1980:100).

Sekretesslagen anger vad som skall vara sekretesskyddat *i det allmännas verksamhet, i första hand myndigheternas*. Lagen innehåller bestämmelser om begränsning av rätten att ta del av allmänna handlingar, om förbud mot att lämna ut sådana handlingar samt om tystnadsplikt.

Enligt en huvudregel i *7 kap. 1 § sekretesslagen* gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Sekretessen enligt denna bestämmelse är förenad med ett s.k. omvänt skaderekvisit, vilket innebär en presumtion för sekretess. Sekretess till skydd för en enskild gäller enligt 14 kap. 5 § sekretesslagen inte i förhållande till den enskilde själv. Den kan i övrigt helt eller delvis efterges av honom. Vad nu sägs gäller emellertid inte om annat följer av en annan bestämmelse i sekretesslagen. Sekretessen inom hälso- och sjukvården gäller t.ex. i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgifter om hans *hälsotillstånd*. Förutsättningen är dock att det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgifterna inte lämnas till honom (7 kap. 3 § sekretesslagen). Sekretessen gäller även för anmälan eller annan utsaga av enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Förutsättningen är att det kan antas att fara uppkommer för att den som har gjort *anmälan* eller avgivit utsagan eller någon närståendet till honom utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgifterna röjs (7 kap. 6 § sekretesslagen).

Generellt gäller även enligt 14 kap. 1 § sekretesslagen att sekretess inte hindrar att uppgifter lämnas till en annan myndighet, om *uppgiftsskyldighet* följer av lag eller förordning. Den bestämmelse som sekretessen här viker för måste innebära en skyldighet för myndigheten eller den enskilde, t.ex. en läkare, att lämna ut vissa uppgifter.

Generellt hindrar inte heller sekretessen att uppgifter som angår misstanke om brott lämnas till en åklagarmyndighet, en polismyndighet eller en annan myndighet som har att ingripa mot brottet. Förutsättningen är att fängelse är föreskrivet för brottet och detta kan antas föranleda en annan påföljd än böter. När det gäller uppgifter inom hälso- och sjukvården förutsätts dock att det är fråga om misstanke om brott, för vilka föreskrivs minst två års fängelse. Det gäller följaktligen endast de allvarligaste brotten såsom t.ex. mord, våldtäkt och grovt narkotikabrott. Undantag finns även för vissa brott mot unga. Hälso- och sjukvårdspersonal som vid medicinska undersökningar finner att

patienten missbrukar narkotika och kanske även upptäcker att denne innehar en mindre kvantitet därav *får inte anmäla* detta till polis- eller åklagarmyndighet.

Sekretess gäller vidare i verksamhet som avser omhändertagande av en patientjournal inom den enskilda hälso- och sjukvården för uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (7 kap. 1 § sekretesslagen).

I 7 kap. 11 § tredje stycket sekretesslagen finns bestämmelser om sekretess inom vissa delar av en myndighets personaladministrativa verksamhet. Enligt tredje stycket gäller sekretess bl.a. i sådan verksamhet för uppgifter om enskilds hälsotillstånd, om det kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgifterna röjs. Uppgifter som en myndighet inhämtar i samband med en anställds sjukledighet eller om dennes hälsotillstånd i andra sammanhang kan således hemlighållas enligt denna bestämmelse. Sekretessen har emellertid i dessa fall inte samma styrka som gäller inom hälso- och sjukvården. Dock gäller inte sekretessen t.ex. i ett ärende om anställning. Detta innebär att uppgifter om hälsotillståndet som en arbetssökande utan anfordran av en arbetsgivare lämnar i ett anställningsärende som regel är offentliga.

Sekretessen i 7 kap. 11 § sekretesslagen utgör enligt 14 kap. 7 § inget hinder mot att en myndighet t.ex. fullgör vad som i lag är föreskrivet om skyldighet att lämna information till företrädare för arbetstagarorganisation eller till skyddsombud.

Ytterligare information om hur bestämmelserna om sekretess inom företagshälsovården bör tolkas, finns i Socialstyrelsens allmänna råd (1991:4) om sekretess inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Vidare anges i 14 kap. 9 § sekretesslagen att en myndighet i vissa fall skall uppställa förbehåll, om sekretessbelagda uppgifter lämnas ut till en enskild. Om detta skett, är mottagaren bunden av de förbehåll som har föreskrivits vid utlämnande av uppgifter till denne från den offentliga sjukvården.

Privat verksamhet

Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom *den enskilda hälso- och sjukvården* skall iaktta den tystnadsplikt m.m. som följer av 8-11 §§ lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen). Dessa får inte obehörigen röja vad de i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör en uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

Även om tystnadspliktsbestämmelserna i åliggandelagen till sin lydelse skiljer sig från bestämmelserna i sekretesslagen, har bestämmelserna i huvudsak samma innebörd.

När det gäller uppgifter om en anställds personliga förhållanden som förekommer i ett enskilt företags personaladministrativa verksamhet, saknas i allmänhet tystnadsplikt.

Den som i en enskild arbetsgivares personaladministrativa verksamhet genom intyg av läkare, vilket har lämnats arbetsgivaren på grund av lagen om sjuklön (1991:1047), eller genom försäkran som avses i lagen fått kännedom om en enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt, får emellertid enligt *18 §* samma lag inte obehörigen röja vad han sålunda fått veta.

Slutligen kan företagen genom avtal ha förbundit sin personal till tystnadsplikt avseende det som den får reda på i verksamheten. En sådan tystnadsplikt är emellertid inte straffsanktionerad. Därutöver eller i brist på sådana avtal är det närmast en fråga om etik, moral, lojalitet och förtroende som gör att uppgifter om de anställda i företaget inte sprids vidare. Detta brukar enligt praxis företagen också iaktta.

Om samtycke

Uppgifterna om en patient i en patientjournal är omgärdade av en mycket stark sekretess. Det innebär att uppgifter om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden inte får lämnas ut, om det inte står klart att ett utlämnande inte är till men för denne. Begreppet "men" innefattar både kroppsliga ingrepp och psykiska obehag. Frågan om utlämnande skall därvid bedömas med utgångspunkt från patientens

egen uppfattning om vad som kan medföra ett men. Sekretessen är till för att skydda patientens personliga förhållanden. Denne har därför med få undantag rätt att ta del av och i övrigt förfoga över uppgifterna om sig själv. Som en konsekvens därav har han också rätt att helt eller delvis efterge sekretessen, dvs. han kan lämna sitt samtycke till att en viss, vissa eller alla uppgifter som begärs om honom lämnas ut. Ett samtycke kan gälla för en viss tid eller gentemot en viss person eller en viss myndighet. En patient kan samtycka till att uppgifter, för vilka sekretess gäller till skydd för honom själv, lämnas till en annan enskild, med förbehåll som inskränker mottagarens rätt att lämna uppgifterna vidare. I så fall skall myndigheten enligt 14 kap. 9 § sekretesslagen uppställa förbehållet, när uppgifterna lämnas ut. Den som givit sitt samtycke till att uppgifter får lämnas ut har också rätt att när som helst, helt eller delvis, återkalla sitt samtycke.

Det finns inga föreskrifter i sekretesslagen om formerna för hur ett samtycke skall inhämtas. Om man t.ex. bör kräva ett skriftligt samtycke eller inte är beroende av omständigheterna i det enskilda fallet. Som regel torde ett muntligt samtycke vara tillräckligt. Ett samtycke får emellertid inte ges ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt förklarat sig avstå från sekretessen hos en viss myndighet. För att undvika framtida oklarheter, kan det dock vara av värde att arbetsgivaren gör en anteckning i sina handlingar om vad samtycket avser och till vem det riktar sig. Inom hälso- och sjukvården, t.ex. företagshälsovården, kan det många gånger vara lämpligt att genom en anteckning i patientens journal, patientkort eller liknande, notera att denne lämnat sitt samtycke och vad samtycket omfattar.

Ett samtycke behöver inte vara uttryckligt. I många fall talar man om s.k. *informerat samtycke*. Detta är t.ex. vanligt inom hälso- och sjukvården. I dessa fall har patienten informerats om de behandlingsmetoder som hälso- och sjukvårdspersonalen har för avsikt att vidta samt om vilka uppgifter som kommer att lämnas ut och till vem. Genom att patienten ställer upp och medverkar till behandlingen anses han ha samtyckt till denna och uppgiftslämnandet till dess att han motsätter sig detta. I andra fall anses ett s.k. presumerat samtycke föreligga. Den som har hand om uppgifterna kan i sådana situationer anta, att den som uppgifterna gäller skulle ha samtyckt, om han hade blivit tillfrågad. Situationen kan också vara den att patienten visserligen haft möjlighet att lämna sitt samtycke men att detta inte skett, därför att det hela tiden varit underförstått att uppgifterna skall lämnas ut.

Arbetsgivares rätt att ta del av uppgifter

En arbetsgivare har inte rätt att få ta del av uppgifter om en anställd från hälso- och sjukvården, t.ex. ett sjukhus eller företagshälsovården. Om sådana uppgifter får lämnas ut eller inte skall alltid bedömas i varje enskilt fall. Uppgifter om den anställdes hälsotillstånd får därför i princip inte lämnas ut till arbetsgivaren utan den anställdes samtycke.

En särskild fråga är vad som bör gälla i fråga om sådana uppgifter som en läkare begär för att fullgöra ett uppdrag som han har erhållit från en annan än patienten, t.ex. att gå en myndighet till handa med ett utlåtande. Enligt förarbetena till sekretesslagen måste en läkare som har åtagit sig att som sakkunnig yttra sig i en fråga om en viss person i princip vara berättigad att redovisa sina rön till uppdragsgivaren. Han röjer då inte några uppgifter utanför denna sin särskilda verksamhet för det allmänna. Undersöker han den enskilde, måste han klargöra situationen för denne. Det kan emellertid tänkas att vederbörande tidigare har vänt sig till samme läkare och anförtrott honom vissa uppgifter. Den verksamhet i vilken dessa uppgifter har inhämtats får anses skild från verksamheten som sakkunnig. Läkaren får därför i princip inte utan den undersöktes samtycke utnyttja eller yppa uppgifterna när han fullgör uppdraget som sakunnig (prop. 1979/80:2, del A, sid. 169).

Av propositionen framgår även att det föreligger mycket begränsade möjligheter att utan patientens samtycke föra uppgifter vidare från t.ex. företagsläkaren till en myndighet. Om läkaren har åtagit sig att som sakkunnig yttra sig t.ex. i fråga om en viss persons lämplighet till en viss befattning, måste han emellertid kunna redovisa sina iakttagelser till arbetsgivaren. Detta förhållande måste givetvis påpekas för den enskilde vid undersökningen, om sådan företas. Har den enskilde tidigare vänt sig till företagsläkaren, är läkaren i princip förhindrad att föra vidare uppgifter som därvid anförtrotts honom.

I flera fall föreskrivs i lagar eller andra författningar en skyldighet för myndigheter eller enskilda, t.ex. en läkare, att lämna ut i och för sig sekretesskyddade uppgifter. Utredningen har även granskat aktuella bestämmelser. Några av dem redovisas i bilaga 16. Där berörs även frågan om sekretessen och skyddsombuden. En utförligare beskrivning om arbetsmiljö och sekretess återfinns i Utredningens om arbetsmiljösekretess betänkande Arbetsmiljö och sekretess (SOU 1987:66).

10 Genteknik

10.1 Inledning

En central fråga när det gäller medicinska undersökningar i arbetslivet är i vilken grad de kan komma att användas för att utestänga människor från arbetslivet. Gentekniken och gentester kommer härvidlag lätt i fokus. Genteknikens möjligheter att förutsäga sjukdom i samband med t.ex. medicinska undersökningar inför en anställning kommer här att beröras för att belysa möjligheten att utestänga en arbetssökande från arbetsmarknaden.

Ordet gentester används vanligen för att beteckna en biokemisk/ molekylärbiologisk analys av DNA i blodprov eller annat prov som tagits från en människas kropp. En gen analyseras i taget. Avsikten med testen kan sägas vara att visa om man är född med en "normal" eller med en avvikande variant av den analyserade genen. I många fall kan genvarianten predisponera för sjukdom, dvs. vara ett sjukdomsanlag. Genvarianten ger en ökad sannolikhet för att bäraren inom en framtid blir sjuk. Genvarianten är då en "riskmarkör" och gentesten kan bidra till att förutsäga sjukdom.

För att i korthet utveckla bakgrunden kan utredningen nedan nämna tre faktorer. En första faktor är att genetisk information ofta kan inhämtats på annan sätt. Man kan använda enkla tekniker, som t.ex. att iaktta den undersökte eller att ställa frågor om sjukdomar i släkten. En andra faktor är att begreppet "sjukdomsanlag" inrymmer flera olika typer av genvarianter som kan ha radikalt olika betydelser för bäraren. En tredje faktor är att ordet "förutsäga" i en del fall är liktydigt med en mycket hög risk, nära 100%. I andra fall anger det en mycket låg risk.

En utförligare version om gentekniken återfinns i bilaga 17 till detta betänkande. Utredningen får i detta sammanhang även hänvisa till Genetikkommitténs betänkande (SOU 1984:88) Genetisk integritet och Genteknikberedningens betänkande (SOU 1992:82) Genteknik - en utmaning.

10.2 Icke gentekniska metoder

Gentekniken har blivit allmänt lättillgänlig först under de senaste årtiondena. Före genteknikens genombrott kunde man spåra anlag för sjukdom genom t.ex. en analys av individens släkthistoria. Även tecken iakttagna vid en vanlig läkarundersökning kan förebåda många sjukdomar. En del tecken anger med stor sannolikhet att den undersökte skall bli sjuk, andra anger det med liten sannolikhet. Även konventionella laboratorietekniker, som att mäta t.ex. kolesterolhalten i blodet, används på detta sätt. Så kallad "biologisk monitoring" är ytterligare en annan metod som används i arbetslivet i vissa sammanhang.

Det finns alltså en rad metoder vid sidan av gentesterna, av vilka en del är mycket enkla och effektiva, att inhämta information om genetisk kontitution och att förutsäga sjukdom.

10.3 Genvarianternas vanlighet, genomslag och samverkan med miljöfaktorer

Ovanliga genvarianter

Många genvarianter som predisponerar för sjukdom är mycket ovanliga. En vanlig gräns mellan "vanlig" och "ovanlig" är att 1% av en befolkning är bärare men det finns genvarianter som är betydligt mer sällsynta än så. En del av dessa predisponerar för allvarliga genetiska sjukdomar. Dessa har varit uppmärksammade under lång tid. Anledningen är att de uppträder familjevis och med hög sannolikhet drabbar individer inom dessa familjer. I genetiska termer kan samma sak uttryckas som att anlaget har hög penetrans och att anlagets arvsgång därför lätt kan spåras i ett familjeträd. Hög penetrans visar att anlaget, genvarianten, "ensamt" ger sjukdom. I praktisk mening behöver inga andra villkor vara uppfyllda än att individen råkar bära detta enda anlag. Ibland talar man om "mono-genetiska sjukdomar" för att poängtera detta.

Vanliga genvarianter

Andra genvarianter är betydligt vanligare. Det finns exempel på genvarianter som tycks predisponera för sjukdom och som förekommer

hos hälften av befolkningen. Dessa genvarianters förmåga att förutsäga sjukdom är annorlunda än dem som avses ovan. Allmänt kan sägas att vanliga genvarianter, om de överhuvud taget påverkar sjukdomsuppkomst, i allmänhet med *låg* sannolikhet förutsäger sjukdom. Detta medför t.ex. att bäraren i flertalet fall hinner drabbas och dö av någon helt annan sjukdom än den som förutsagts.

Ett annat sätt att uttrycka detta är att säga att kanske de flesta bärarna av dessa vanliga genvarianter mycket väl kan leva ett helt normalt liv. Det behövs omfattande forskning, dels vad avser genens funktion, dels befolkningsjämförande forskning där man jämför stora grupper av människor, för att man över huvud taget skall kunna visa att en gen predisponerar för sjukdom. Det är knappast möjligt att försöka utrycka en enskild individs risk att få den förutsagda sjukdomen. Det enda man kan säga är att genvarianten ger en ökad risk jämfört men den genomsnittliga risken för en tänkt grupp människor som saknar genvarianten. Risken kan t.ex. vara fördublad.

Ytterligare ett annat sätt att uttrycka detta är att ange att många vanliga sjukdomar har genetiska komponenter. Forsknigen visar, ibland på ett oväntat sätt, att det finns samband mellan någon vanlig genvariant och någon vanlig sjukdom. Det kan vara någon så kallad folksjukdom som t.ex. diabets, hjärtinfarkt eller cancer. Långtifrån alla som får den aktuella sjukdomen bär genvarianten. För att man skall tala om ett samband räcker det med att det är vanligare att de som får sjukdomen bär genvarianten än att "normalbefolkningen" gör det. Forskning för att påvisa sådana samband pågår nu världen över.

10.4 Miljöfaktorer

En specialinriktning av denna forskningsverksamhet är att även involvera någon miljöfaktor. Frågan är då om en miljöfaktor, som t.ex. tobaksrök eller någon arbetsmilöfaktor, i kombination med den aktuella genvarianten predisponerar för sjukdom.

Ett nyligen studerat exempel gäller lungcancer, tobaksrök och en genvariant som finns hos hälften av den svenska befolkningen. Hittillsvarande forskningsresultat anger att om man röker, har man en fördubblad risk att få lungcancer, om man dessutom råkar vara bärare av den aktuella genvarianten. En följdfråga blir då: Om vi har en person som inte röker men som i sitt arbete är exponerad för delvis samma

kemikalier som finns i tobaksrök, löper även denna person en fördubblad risk att få cancer? Svaret på denna fråga finns ännu inte men forskning pågår.

10.5 Gentesternas nisch

När det gäller forskning kring vanliga genvarianter och deras samband med vanliga sjukdomar och miljöfaktorernas roll, är gentesterna snarast en förutsättning. De är snabba, enkla att utföra och exakta. Med rätt kunskap och inte alltför avancerad teknisk laboratorieutrustning kan man undersöka stora grupper av människor. Ett enkelt blodprov räcker som utgångsmaterial. I just denna typ av forskning är gentester överlägsna.

Under de närmaste åren torde många samband mellan genvarianter och sjukdom komma att upptäckas. Kanske kommer även andra samband mellan t.ex. genvarianter och psykisk konstitution att påvisas. Ibland kommer även miljfaktorernas samspel med de olika genvarianterna att kunna belysas. Man kan alltså se fram emot en situation med snabbt växande kunskap på detta område.

10.6 Gentesternas möjligheter att utestänga

Mot denna korta och skissartade bakgrundsbeskrivning kan frågan ställas om genteknisk forskning och gentester kan komma att användas för att utestänga människor från arbetsmarknaden. Om man utgår ifrån att ingen gör detta i berått mod, kan man ändå tänka sig att så kan ske med t.ex. ekonomiska eller andra motiv. Framställningen här begränsas till att gälla hälsoundersökningar och ambitionen att förutsäga sjukdom. Det förtjänar också att framhållas att det gäller arbetslivet.

Monogenetiska sjukdomar

Det är svårt att se tydliga och starka incitament till att använda genteknik för att utestänga personer som bär på genvarianter som predisponerar för de så kallade mono-genetiska sjukdomarna. Det torde vara sällsynt att helt okunniga anlagsbärare söker arbete. För det första är det sällsynta anlag. För det andra kan det lätt spåras i släktingars sjuklighet. Med den växande informationen i samhället torde i framtiden flertalet personer i släkter med hög sjuklighet själv väcka miss-

tankar. Incitamentet ligger snarast hos individen och målsättningen är att få individualiserad rådgivning. Detta kan personalen inom hälso- och sjukvården. I speciella fall kan rådgivningen också gälla arbetet.

Vanliga sjukdomar

Det ökande antalet svaga genetiska "riskmarkörar", dvs. genvarianter som anger en svagt ökad risk för t.ex. cancer eller hjärtinfarkt, kan framstå som intressanta för en arbetsgivare just därför att de kan bäras av flera av de anställda och vara okända. Flera faktorer talar dock emot en stor användbarhet. Till dessa hör att riskökningen är svag jämfört med många andra risker i samället som t.ex. att röka eller att äta viss mat. En annan är att de aktuella sjukdomarna vanligtvis debuterar sent i livet och att anställningsmönstret i framtiden går mot kortare anställningar. Det är med andra ord osannolikt att den anställde skall drabbas av den förutsagda sjukdomen under den tid som han är anställd. Eftersom det i huvudsak rör sig om kroniska sjukdomar, behöver inte kostnaden bli ett starkt incitament för arbetsgivaren. Därtill kommer att det borde finnas så många andra egenskaper hos en individ som är mer betydelsefulla vid en anställning.

Samarbetsförmåga, intresse för arbetsuppgiften, anpassningsbarhet till en förändrad verksamhet m.m. torde vara betydligt viktigare än t.ex. en information om att den arbetssökande löper en visserligen fördubblad men ändå relativt låg risk att drabbas av allvarlig sjukdom många år framåt i tiden. Dessa sociala egenskaper kan i och för sig visa sig ha viss genetisk bakgrund men de torde ändå vara lättare att ringa in på annat sätt än med gentester.

Benägenhet för "korttidssjukdom" och frekventa, korta sjukskrivningar kan säkert vara kostsamt för arbetsgivaren och utgöra ett incitament. Problemet är nog, även om synsättet på orsakerna varierar, att något lättdefinierat genetiskt underlag knappast är tänkbart. Oavsett vilket synsätt som kommer att dominera i framtiden, torde även en sådan benägenhet lättare kunna spåras med andra tekniker än med gentester.

Yrkessjukdomar

I en framtid kommer säkert forskningen att visa på genetiska varianter som i kombination med en arbetsmiljöfaktor kan förutsäga yrkessjuk-

dom. Även sådana kombinationer kommer troligen också enbart att ange en låg risk. De genetiska riskmarkörerna kommer även i dessa fall att ange en enbart svagt förhöjd risk i jämförelse med en icke definierad risk. Detta gör att de eventuella ekonomiska vinsterna borde bli små. Andra egenskaper hos personen, såsom noggrannhet och försiktighet i handhavandet av miljöfaktorn, bör kunna spela en betydligt större roll.

På arbetsmiljöområdet kan man kan t.ex. tänka sig att man inrättar gränsvärden som tar specifik hänsyn till grupper med genetisk känslighet. Detta skulle minska efterfrågan av tester. Dock görs detta i stort sett redan i dag. Ett annat alternativ skulle vara att man i högre grad än nu försöker undanta enskilda, speciellt känsliga individer från särskilt riskfyllda arbeten. Detta alternativ framstår som stötande för många. Det kan också bli svårt att etablera ett vetenskapligt stöd, som är tillräckligt starkt för att genomföra detta alternativ. I framtiden kan man även tänka sig det motsatta förhållandet. Det finns en risk för att olika intressenter skulle vilja utnyttja gentekniken för att sålla fram individer som, t.ex. genom viss tålighet, skulle lämpa sig för speciella arbeten.

10.7 Risker med att använda gentester för att utestänga

Eftersom vinsten med en selektion som är stödd på genetiska tester framstår som tveksam eller åtminstone svag, måste man också beakta risken för inte avsedda selektionseffekter. Även om man bortser från de etiska betänkligheterna, är det inte riskfritt att använda gentester vid t.ex. anställning utan en mycket väl etablerad kunskap.

Ofullständig kunskap är riskabel. En genvariant, som enligt tillgänglig kunskap ökar risken för sjukdom i en miljö, kan skydda i en annan miljö. Det är dock inte bara ofullständig genetisk och biologisk kunskap som är riskabel. Man måste även beakta det snarast sociala förhållandet att människor med någon typ av genvariant som ger ett handikapp ofta kan kompensera för detta. Ett handikapp kan uppenbarligen av många människor vändas och utvecklas till en speciell begåvning. Det är inte lätt att avgöra när kunskapen om en gen är uttömmande och risken för felaktiga selektioner kan sällan uteslutas.

Till de etiska problemen med att använda gentester för att utestänga individer från arbetsmarknaden hör det förhållandet att en riskmarkör

enbart uttrycker en genomsnittlig riskökning. Just den testade och uteslutna individen kanske aldrig kommer att drabbas av den förutsagda sjukdomen.

10.8 Att förhindra missbruk av gentester

Ett missbruk av gentester kan i framtiden inte uteslutas, även om incitamenten för att använda gentester i dagens läge ter sig svaga. Förändrade förhållanden när det gäller sjukförsäkringar och andra politiska och sociala förändringar i samhället, kan stärka incitamenten. Det är också en historisk erfarenhet att människor tenderar att övervärdera eller övertolka genetisk kunskap. Denna risk finns också i dagens samhälle och i arbetslivet. Möjligt är att det uppstår mytbildningar kring gentesternas möjligheter att vid t.ex. anställning förutsäga sjukdom och att själva myten ger en stor efterfrågan på gentester. Även denna fara måste beaktas.

Det finns följaktligen anledning att överväga olika undersökningsåtgärder från samhällets sida. Lagstiftning mot att en annan part utnyttjar en individs genetiska information, kontrollinstans för gentestlaboratorier samt riktad information till nyckelgrupper såsom t.ex. företagsläkare, är insatser som diskuteras i olika sammanhang i ett antal länder.

11 Ekonomiska aspekter på medicinska undersökningar i arbetslivet

Orsaken till varför medicinska undersökningar utförs kan, som utredningen tidigare beskriver, bero på flera olika anledningar. Innehållet i undersökningarna kan även variera beroende på orsaken till varför de skall genomföras. Resultatet av en undersökning kan i sin tur leda till skilda beslut. Arbetsgivaren kan initialt få kostnader för investeringar som syftar till att förbättra arbetmiljön. En anställd kan få behålla arbetsuppgiften eller kan han nödgas bli omplacerad eller bli föremål för rehabilitering. En arbetssökande kan gå miste om ett visst arbete som han sökt.

I det följande berör utredningen mycket kort några spörsmål om ekonomiska konsekvenser av utförda medicinska undersökningar. Det är emellertid inte utredningens avsikt att göra några omfattande ekonomiska beräkningar. Däremot har utredningen gjort ett försök att från ett ekonomiskt perspektiv sammanfatta de för- och nackdelar som medicinska undersökningar i arbetslivet kan medföra. Dessa redovisas närmare i bilaga 18.

Enligt uppgifter från Riksförsäkringsverket fortsätter sjukpenningdelen i det partiella ohälsotalet att minska. Det partiella ohälsotalet är ett mått på omfattningen av socialförsäkringens utbetalningar av ersättning för inkomstbortfall vid ohälsa. Antalet arbetsskadeärenden fortsätter också att minska.

Enligt socialförsäkringsstatistiken från Riksförsäkringsverket för år 1994 finns det cirka 1.880.000 ersättningsperioder, dvs. sjukfall, re-habiliteringsfall m.fl., som varade i 14 dagar eller längre. Ifrågavarande perioder omfattar endast förvärvsarbetande i åldrarna 16 - 64 år. Det finns i nämnda sjukfall minst ett läkarintyg. I de längre fallen finns det flera läkarintyg. Av statistiken kan man inte utläsa, om varje läkarintyg har föregåtts av en undersökning.

Sjuk- och arbetsskadekommittén har avgivit en rapport (SOU 1994:72) om Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension. Enligt kommittén kommer morgondagens socialförsäkringar att befinna sig en miljö, där det mänskliga kapitalet, kunnandet, erfarenheterna och förändringskompetensen kommer att ha stor betydelse. Det finns emellertid också en annan utveckling. Det finns en risk för att de svaga grupperna i samhället blir allt större. Grupper av människor med olika handikapp kan få större svårigheter att komma in eller vara kvar på arbetsmarknaden. Socialförsäkringarna har en viktig uppgift i att medverka till att ge dessa grupper stöd och trygghet. Storleken på dessa grupper liksom deras hälsotillstånd blir därmed av betydelse för utformningen av framtidens försäkringar.

Ett personalekonomiskt synsätt torde ha möjlighet att få en starkare förankring i arbetslivet. Det personalekonomiska tänkandet stimulerar till ett brett upplagt arbetsmiljöarbete. Arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser kan bli en naturlig del i ansträngningarna att åstadkomma ökad produktivitet, kvalitet och konkurrenskraft.

Ett antal ekonomiska beräkningar i samband med individernas ohälsa återfinns i kommitténs delbetänkande (SOU 1995:149) om försäkringsskydd vid sjukdom.

Enligt vad utredning erfarit kan man mycket grovt beräkna att det genomförs mellan 500.000 och 1.000.000 medicinska undersökningar per år inom företagshälsovården. Kostnaden för en undersökning regleras genom avtal mellan de berörda parterna. Uppskattningsvis beräknas kostnaden för en undersökning i genomsnitt uppgå till mellan 500 - 1.000 kronor, där dock den reella kostnaden snarare närmar sig det högre än det lägre beloppet. Det kan alltså röra sig om en totalkostnad på en miljard kronor per år som normalt arbetsgivarna svarar för. Nu angivna belopp måste dock tas med största försiktighet. Därtill kommer kostnaderna för förlorad arbetstid. Den totala tiden för en hälsoundersökning varierar starkt på grund av avståndet mellan arbetsstället och undersökningsplatsen. Grovt räknat torde den totalt förlorade arbetstiden kunna uppskattas till två timmar per undersökningstillfälle.

Med hänsyn till den faktiska kostnaden och produktionsbortfallet för undersökningarna är det för det första betydelsefullt att de inte genomförs i onödan eller slentrianmässigt. En arbetsgivare bör därför noga pröva behovet av medicinska undersökningar. Det behovet kan han sedan sätta i relation till möjligheten att vidta andra åtgärder, t.ex. för-

bättra arbetsmiljön. Arbetsgivaren kan då få frisk arbetskraft samt reducera riskerna för arbetsskador och olycksfall. Om en medicinsk undersökning ändå bedöms nödvändig, bör den inte innehålla fler undersökningar, prov och tester än som bedöms erforderliga med hänsyn till det resultat som arbetsgivaren vill få fram.

En annan viktig faktor för ekonomin är effekterna av de medicinska undersökningarna, eftersom dessa på ett eller annat sätt medför ekonomiska konsekvenser för berörda parter. En positiv effekt är att den som är sjuk kan bli botad och återgå helt eller delvis till arbetet. Minskade sjukskrivningskostnader gagnar den enskilde, arbetsgivaren, och samhället.

Med hänsyn till de ekonomiska effekterna, förutom de sociala m.fl., vilka inte här beaktas, är det följaktligen av vikt att resultaten från en undersökning är helt tillförlitliga, för att inte någon i onödan skall drabbas ekonomiskt.

12 Utredningens överväganden och förslag

12.1 Inledning

Läget på den svenska arbetsmarknaden är för närvarande mycket besvärligt och arbetslösheten är alltjämt osedvanligt hög. Mellan åren 1990 och 1994 minskade t.ex. antalet sysselsatta med 500.000. Regeringen har i sin regeringsförklaring angett som sitt huvudmål att till år 2000 halvera den öppna arbetslösheten till 4%.

Det finns en oro för att medicinska undersökningar kan komma att användas på ett diskriminerande sätt i arbetslivet (*här* i samband med anställning och under anställning). I direktiven till denna utredning (s. 4) uttrycks farhågor att den nuvarande arbetsmarknadssituationen, med hög arbetslöshet och ett ökat ansvar för kostnader vid sjukfrånvaro liksom för arbetsanpassning och rehabilitering för arbetsgivarna, kan öka intresset för att använda omfattande medicinska kontroller både vid nyanställning och under anställning. Det uttalas i direktiven att detta kan få negativa effekter i form av utestängning och utslagning från arbetslivet.

Medicinska undersökningar i arbetslivet kan förekomma i olika former. Några avser en regelrätt *hälsoundersökning*, medan andra avser att enbart *kontrollera* om en arbetssökande eller anställd använt t.ex. alkohol eller narkotika. Som framgår av utredningens enkätundersökningar ovan har medicinska undersökningar i arbetslivet de senaste tre åren ökat i omfattning. Detta syns gälla såväl icke författningsreglerade undersökningar som sådana undersökningar som har stöd i lag m.m.

Utredningen behandlar huvudsakligen olika former av medicinska undersökningar som *ålagts* antingen de arbetssökande som ett villkor för anställning eller arbetstagare under anställning och där ett avböjande att medverka från de enskildas sida kan få vissa arbetsrättsliga konsekvenser. Kraven på medicinska undersökningar i detta fall innefattar därför ett visst mått av tvång. De medicinska undersökningar i vilka de

enskilda *erbjuds* att frivilligt medverka och där ett avböjande inte får några konsekvenser arbetsrättsligt, behandlas däremot inte särskilt.

En av grundpelarna i vårt demokratiska samhälle är att individen skall ha fritt tillträde till arbetsmarknaden och fritt kunna välja sysselsättning. I 1 kap. 2 § andra stycket andra meningen regeringsformen (RF) stadgas också att *"det skall särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till arbete"*. Det aktuella grundlagsstadgandet är dock endast ett målssättningsstadgande och har inte karaktären av en rättsligt bindande föreskrift, utan det anger målet för den samhälleliga verksamheten. Den väsentliga funktionen med stadgandet är att ålägga det allmänna att positivt verka för att denna rättighet skyddas, främjas och i största möjliga utsträckning förverkligas. *Genom att grundlagen betonar allas rätt till arbete, har det allmänna åtagit sig att göra det möjligt även för de med begränsad arbetsförmåga, handikapp m.m. att komma in på och vara kvar på arbetsmarknaden.*

I Sverige saknar emellertid de arbetssökande i stort skyddande regler mot den som är i färd med att anställa dem. Arbetsgivaren och den enskilde står inte i något avtalsförhållande till varandra med härav följande rättigheter och skyldigheter. Arbetsgivarens i princip *fria anställningsrätt*, sådan den kom till uttryck i § 23 av Svenska Arbetsgivareföreningens (SAF) stadgar år 1905 (senare § 32) och i överensstämmelse med den s.k. Decemberkompromissen år 1906 ("arbetsgivaren har rätt att fritt antaga /.../ arbetare"), är alltjämt en allmän rättsgrundsats, även om den på senare tid från arbetstagarsidan börjat sättas i fråga. En arbetsgivare kan därför med vissa begränsningar ställa de anställningsvillkor han önskar, t.ex. intyg över en genomgången medicinsk undersökning. En viktig begränsning är här *god sed på arbetsmarknaden*, vilket i detta sammanhang kan sägas vara ett allmänt beteende som representerar en viss allmän moralisk nivå.

Anställningsavtalet grundar en skyldighet för arbetstagaren att mot lön ställa sin arbetskraft till förfogande. Det finns ett allmänt krav att en arbetstagare skall vara duglig för sin tjänst. Arbetstagaren är även skyldig att utnyttja sin skicklighet och arbetsförmåga. Arbetsdomstolen (AD) har i domen 1934 nr 182 formulerat följande: "Den allmänna förpliktelsen ålägger alltid arbetarna att fullgöra så gott arbete, som efter ett objektivt bedömande med hänsyn till omständigheterna skäligen kan fordras", se även AD 1945 nr 47. Arbetstagarens hälsa kan naturligtvis påverka bl.a. hans möjlighet att utföra aktuella arbetsuppgifter. Brister i den enskildes hälsa som inte påverkar arbetets utförande saknar här relevans (jfr AD

1994 nr 12).

Anställningsavtalet grundar även skyldigheter för arbetsgivaren, bl.a. för arbetsmiljön enligt arbetsmiljölagen (AML). Det är arbetsgivaren som har ansvaret för att de enskilda arbetstagarna på arbetsstället inte drabbas av ohälsa och olycksfall. I sammanhanget bör även observeras arbetsgivarens långtgående rehabiliteringsansvar enligt 3 kap. 2 a § AML och 22 kap. lagen om allmän försäkring (AFL).

Vad gäller medicinska undersökningar av *anställda* anses det *enskilda anställningsavtalet* utgöra grund för arbetstagarens skyldighet att underkasta sig sådana undersökningar. Avtalet kan fyllas ut med bl.a. lag och kollektivavtal. För det offentliga området begränsas möjligheterna att ålägga de anställda att genomgå dessa undersökningar av ett lagkrav (se 30 § lagen om offentlig anställning, LOA). Arbetsgivaren på det privata området torde inte enbart med stöd av *rätten att leda och fördela arbetet,* dvs. sin bestämmanderätt över arbetsledningen, kunna påfordra att anställda genomgår medicinska undersökningar. Detta betyder att arbetsgivaren inte ensidigt kan besluta att de anställda skall genomgå medicinska undersökningar (se Schmidt m.fl. Löntagarrätt 1994 s. 233 ff och AD 1991 nr 45 s. 282 jfr dock Källström; Alkoholpolitik och arbetsrätt 1992 s. 74). Arbetsgivarens möjligheter att kräva medicinska undersökningar av sina anställda begränsas också av bl.a. *god sed på arbetsmarknaden.*

Arbetstagare har i Sverige ett relativt starkt skydd mot att arbetsgivarna skall kunna använda resultatet av en medicinsk undersökning som grund för uppsägning. Arbetsgivarens rätt att avsluta ett anställningsförhållande ("arbetsgivaren har rätt att fritt /.../avskeda arbetstagare") har begränsats bl.a. genom införande av 1974 och 1982 års lag om anställningsskydd (LAS). De anställda har enligt gällande arbetsrättsliga bestämmelser, t.ex. 7 § LAS rörande saklig grund för uppsägning, ett starkt skydd mot att oberättigat sägas upp. Som utredningen tidigare nämner är sjukdom (se t.ex. AD 1978 nr 139 och 1979 nr 67) som regel inte saklig grund för uppsägning. Vad gäller alkoholmissbruk jämställs ett sådant med sjukdom (se t.ex. närmast ovan nämnda rättsfall). AD har dock inte i något rättsfall tagit ställning till narkotikamissbruk (jfr AD 1995 nr 58, där saklig grund för uppsägning av en busschaufför som använt cannabis vid ett tillfälle före körning befanns föreligga).

Mot intresset att göra medicinska undersökningar i arbetslivet ställs framför allt den enskildes intresse av skydd för den personliga integri-

teten. I svensk arbetsrätt är den personliga integriteten en föga belyst fråga (se bl.a. Fahlbeck; Employee Privacy in Sweden, Juridisk tidskrift 1991-92 nr 1 s. 41 ff). Problemet har berörts bl.a i ett avgörande från AD år 1991 (AD 1991 nr 45) och i en skiljedom från år 1989 enligt det för den privata sektorn numera inte gällande arbetsmiljöavtalet. Utredningen återkommer till dessa avgöranden nedan.

Den personliga integriteten handlar ytterst om att ha vissa saker för sig själv och har nära samband med människans värdighet. Allmänt kan sägas att en människas hälsa och sjukdomar tillhör hennes inre privata sfär och innefattas därför i den personliga integriteten. *Den personliga integriteten* kan sägas bestå bl.a. av den enskildes rätt till självbestämmande över den egna kroppen och över den hälsoinformation som kan komma fram genom en medicinsk undersökning. Det faktum att de enskilda i arbetslivet skulle kunna utsättas för omfattande eller kränkande undersökningar och att information om de enskildas hälsa skulle kunna brukas eller missbrukas av andra än den enskilde utgör ett hot mot den personliga integriteten. En medicinsk undersökning innebär i och för sig alltid ett visst mått av intrång i den personliga integriteten, t.ex. vid själva undersökningen och vid hanteringen av uppgifter om den enskildes hälsa som framkommit genom undersökningen. Den enskilde har dock ett krav på att ett intrång i den personliga integriteten i största möjliga utsträckning begränsas.

En förutsättning för att den enskilde skall kunna värna om sin personliga integritet inför en medicinsk undersökning är att denne kan utöva *självbestämmande*, dvs. själv inför arbetsgivaren eller undersökningspersonal bestämma om han vill underkasta sig denna undersökning. Självbestämmandeprincipen är en väl etablerad princip inom medicinsk etik (se t.ex. 2 a § första stycket p 3 hälso- och sjukvårdslagen). För att den enskilde skall kunna utöva sin självbestämmanderätt måste han vara *väl informerad*. På så sätt kan han känna till de olika handlingsalternativens förutsättningar och konsekvenser. Informerat samtycke är således en förutsättning för självbestämmande.

Det är ett faktum att arbetsgivare i stor omfattning erbjuder de anställda att genomgå medicinska undersökningar utan att det är ett krav och att detta av de flesta uppfattas som något positivt. Om gränsen däremot mellan de ålagda och de erbjudna undersökningarna inte är klar, kan den enskilde inte sägas ha fått möjlighet att genom självbestämmande värna om sin personliga integritet. Med hänsyn till nuvarande arbetsmarknadssituation kan det också ifrågasättas om den enskilde alltid har

möjlighet att fritt utöva sin självbestämmanderätt. Ett krav från arbetsgivaren på en medicinsk undersökning kan på grund härav uppfattas som svårt att avvisa.

Av de stränga bestämmelserna om sekretss/tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården följer att den enskilde som genomgått en medicinsk undersökning själv i princip förfogar över de hälsouppgifter som framkommit genom undersökningen. Det betyder bl.a. att den undersökte kan utöva sitt självbestämmande genom att samtycka till att t.ex. en arbetsgivare får ta del av undersökningsresultaten. En arbetssökande, som gärna vill komma ifråga för den aktuella anställningen, kan naturligtvis inte låta bli att lämna sitt samtycke till att den potentielle arbetsgivaren tar del av resultatet av undersökningen. Detsamma kan gälla om den undersökte står inför en omplaceringssituation eller genomgår rehabilitering.

Det allmänna har att verka för att de enskildas personliga integritet, t.ex. i arbetslivet, inte kränks. Av både RF och den som lag i landet gällande europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) följer denna skyldighet. Konventionen är för övrigt även en del av EG-rätten som Sverige är bunden av.

I 1 kap. 2 § första stycket RF, som rör det allmännas utövande av offentlig makt, anges att denna makt skall utövas med "*respekt /.../ för den enskilda människans frihet och värdighet*". Av 1 kap. 2 § tredje stycket RF framgår att "*det allmänna skall /.../ värna den enskildes privatliv*". Den aktuella bestäm-melsen innehåller, som nämns ovan, programstadganden och inte rättsligt bindande föreskrifter. Det allmänna skall dock genom stadgandena allmänt verka för rättigheterna. Det ger de enskilda på så sätt ett skydd med hjälp *av det allmänna* (se Holmberg-Stjernquist; Våra Grundlagar, 1980 s. 45).

I 2 kap. 6 § RF, som rör de enskildas skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp, garanteras den enskilde skydd *mot det allmänna*. Stadgandet omfattar således endast offentligt anställda. Man skulle eventuellt kunna resonera att en allmän rättsgrundsats med samma innehåll som detta stadgande gäller mellan privata subjekt (jfr AD 1991 nr 45 s. 281). Detta har dock inte bekräftats av AD. Som tidigare nämns innebär arbetsgivarens skyldighet att agera enligt *god sed på arbetsmarknaden* dock ett visst skydd för de enskilda på den privata sektorn. Det aktuella grundlagsstadgandet kan enligt 2 kap. 12 § RF begränsas genom lag

eller annan författning och endast om ändamålet är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Som exempel på begränsande lagstiftning kan nämnas 30 § LOA.

Sedan den 1 januari 1995 gäller, som tidigare nämns ovan, den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande skyldigheterna som lag i landet. I artikel 8 föreskrivs att var och en har rätt till skydd för sitt privatliv. Den inkorporering som skett av konventionen medför att medborgaren är berättigad till det skydd som såväl grundlagen som konventionen ger. Det fri- och rättighetsskydd som grundlagen och konventionen ger är kumulativt och medborgaren kan åberopa den regel som i varje situation ger honom det starkaste skyddet (se prop. 1993/94:117 s. 39).

Rätten till respekt för privatlivet enligt konventionen innebär i första hand en skyldighet för det allmänna att avhålla sig från ingrepp i privatlivet och en rätt för den enskilde att lämnas i fred men även i viss mån en skyldighet för staten att genom lagstiftning eller andra åtgärder verka positivt för att privatlivet skyddas (jfr ovan 1 kap. 2 § RF). Hur långt denna skyldighet till positivt handlande sträcker sig är svårt att beskriva i positiva termer (se Danelius; Mänskliga rättigheter 1993 s. 186 f och även Van Dijk, van Hoof; Theory and Practice of the European Convention of Human rights, 1992 s. 372 och Lorenzen, Rehof, Trier Den Europaeiske Menneskeretskonvention, 1994 s. 230 f). Artikel 8 torde även omfatta situationer där privata rättssubjekt kränker den personliga integriteten för samma sorts rättssubjekt. Förutsättningen för detta är dock att det finns brister i det skydd staten skall ge de enskilda enligt konventionen.

En påtvingad medicinsk undersökning faller under artikel 8 (*"(a) compulsory medical investigation, even if it is of minor importence, must be considered as an interferrance with this right"*). De fall där artikel 8 prövats i detta sammanhang har rört bl.a. blodprov i faderskapsärenden och som ett led i straffprocessuellt ingripande med tvångsmedel mot brottsmisstänkta (se Van Dijk m.fl., aa, s. 372 f och även Lorenzen m.fl. aa, s. 234 f). Som framgår ovan har EG-domstolen i ett fall, X ./. EG-kommissionen, funnit att även blodprov vid HIV-test i en anställningssituation omfattas av artikel 8.

Skyddet för de enskildas personliga integritet i samband med medicinska undersökningar i arbetslivet är dock inte absolut. Varken grundlag (se 2 kap. 12 § RF) eller god sed på arbetsmarknaden hindrar att

detta skydd begränsas. För vägande skäl kan ett intrång i de enskildas personliga integritet accepteras. Då utredningen bedömer frågan om det berättigade i att medicinska undersökningar genomförs i arbetslivet, får således en *avvägning göras mellan motstående intressen*, huvudsakligen arbetsgivarnas, arbetssökandenas/arbetstagarnas men även samhällets och tredje mans. I vissa fall kan avvägningen leda till att intrånget får godtas, medan i andra fall intrånget får anses vara oacceptabelt. Vid bedömningen bör beaktas om undersökningarna är författningsreglerade samt vidare bl.a. formerna för undersökningarna, kvalitetssäkringen av undersökningsanalysen och om hanteringen av dokumentation och tystnadsplikt.

Vad gäller de *arbetssökande* och den personliga integriteten begränsas, som ovan nämns, arbetsgivarens möjligheter att påfordra medicinska undersökningar av bl.a. *god sed på arbetsmarknaden*. En viss balans kan skapas, då endast skäliga krav på sådana undersökningar kan sägas stå i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden. Enligt Fahlbeck skall vid bedömningen av vad som är skäliga krav troligen arbetsgivarens intressen i sammanhanget ges en något större vikt än de enskildas (se Fahlbeck; aa s. 57).

Frågor om den *personliga integriteten för anställda* påverkas, som framgår ovan, av bl.a. *god sed på arbetsmarknaden*. Det enskilda anställningsavtalet utgör, som tidigare nämns, grunden för rättigheter och skyldigheter vad gäller medicinska undersökningar av arbetstagare. Det kan i sammanhanget exempelvis ifrågasättas, vilka villkor rörande medicinska undersökningar i ett anställningsavtal som är skäliga och vidare om en arbetstagarorganisation kan träffa kollektivavtal om åtgärder som innebär intrång i de enskilda arbetstagarnas personliga integritet. Kollektivavtal om periodiska hälsoundersökningar har dock, som framgår av bl.a. 30 § LOA, accepterats av lagstiftaren på det offentliga området. Vilka övriga undersökningar som en fackliga organisation reellt kan förhandla om är osäkert.

Vad gäller narkotikatester för att värna om säkerheten i särskilt säkerhetskänsliga arbeten kan sådana avtal träffas. Dessa avtal är ofullkomliga bl.a. på så sätt att en rättslig verkställighet av undersökningarna inte går att erhålla men att en vägran att underkasta sig en ålagd medicinsk undersökning kan få följder för den enskildes anställningsförhållande (se AD 1991 nr 45 s. 280 f).

Avtalsrättens allmänna ogiltighetsregler i 3 kap. avtalslagen är i princip tillämpliga även på arbetsrättsliga rättshandlingar. I fråga om kollektivavtal är det praktiska utrymmet för sådan tillämpning dock mycket begränsat, medan reglerna ibland kan komma till användning beträffande personliga avtal. Generalklausulen i 36 § avtalslagen har generellt givit domstolarna större möjligheter att jämka eller sätta åt sidan oskäliga avtalsvillkor. Ett avtalsvillkor om medicinska undersökningar, t.ex. narkotikatest, som innebär ett obefogat intrång i den personliga integriteten, torde därför, åtminstone vad gäller det personliga avtalet, kunna jämkas med stöd av 36 § avtalslagen (jfr Schmidt, Löntagarrätt 1994, s. 28 och Källström; Alkoholpolitik och arbetsrätt 1992 s. 73 f).

Som framgår nedan utförs de allra flesta medicinska undersökningarna inom ramen för den befintliga företagshälsovården. Här finns menar utredningen ett potentiellt *kvalitetsproblem*. Enligt utredningen bör nämligen uppmärksammas att företagshälsovården förändrats mycket under 1990-talet. Detta beror bl.a. på slopandet av statsbidraget för denna vård den 1 januari 1993, uppsägningen av arbetsmiljöavtalen på den privata sektorn samt den rådande lågkonjunkturen. Sedan statsbidraget slopades finns inga närmare regler för hur företagshälsovårdens tjänster skall utformas. I 3 kap. 2 § AML sägs endast att "om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver". Nya avtal och överenskommelser om företagshälsovård har träffats inom vissa områden, bl.a. stat och kommun. Även vissa branschavtal har slutits på det privata området. Kraven på kvalitet och omfattning av företagsvårdens tjänster varierar dock mellan de olika avtalen. Vad gäller kvalitet inom företagshälsovården bör uppmärksammas den internationella yrkesetiska koden för denna vård som getts ut av International Commission on Occupational Health (ICOH). När detta skrivs (mars 1996) saknar alltjämt delar av den privata arbetsmarknaden gällande arbetsmiljöavtal med reglering av företagshälsovården. Frågan hur företagshälsovården bör utformas faller emellertid, som tidigare nämns, utanför ramen för utredningens uppdrag.

12.2 Sedvanliga medicinska undersökningar

Utredningens bedömning: De nuvarande förhållandena har inte motiverat utredningen att föreslå någon begränsande lagstiftning vad gäller användandet av ålagda sedvanliga medicinska undersökningar *i samband med eller under anställning*.

Vad gäller det oreglerade området vill utredningen markera att medicinska undersökningar skall stå i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden och skall genomföras på godtagbart sätt samt vara av god kvalitet.

12.2.1 Inledning

Med en *medicinsk undersökning i arbetslivet* avses här enstaka eller återkommande, av hälso- eller sjukvårdspersonal, utförda hälsoundersökningar av arbetssökande eller anställd, som inte innefattar alkohol-, narkotika- eller gentest. Dessa tester behandlas nedan i 12.3-5.

12.2.2 Medicinska undersökningar i samband med anställning

12.2.2.1 Det författningsreglerade området

Bestämmelser om medicinska undersökningar av arbetssökande finns t.ex. i anställningsförordningen och livsmedelslagstiftningen.

En statlig myndighet kan som arbetsgivare, med stöd av 5 § anställ- ningsförordningen, kräva *läkarintyg* av arbetssökande om tjänsten innehåller sådana arbetsuppgifter, *där särskilda krav kan ställas på hälsotillståndet hos den som skall anställas*. Regeln är således fakultativ och lämnar till arbetsgivarens skön att bestämma, vilka grupper av arbetssökande som omfattas av kravet på läkarintyg. De arbetssökande som omfattas av bestämmelsen, torde som anställda i stor utsträckning ha skyldighet att genomgå periodiska hälsoundersökningar enligt 30 § LOA. Myndigheten, och när det gäller Försvarsmakten generalläkaren, skall meddela föreskrifter om kravet på läkarintyg efter samråd med Socialstyrelsen.

Bestämmelserna i 21 § livsmedelslagen och 31 § livsmedelsförordningen om skyldighet för arbetssökande att visa läkarintyg (*nyanställningsintyg*) avser att *skydda allmänheten mot att livsmedel blir förorenat eller otjänligt till människoföda* p.g.a."sjukdom, smitta, sår eller annan skada". Regeln är obligatorisk och arbetsgivaren är skyldig att följa bestämmelserna. Nyanställningsintyget omfattar kontroll av ett flertal smittsamma sjukdomar, bl.a. salmonella.

Enkätundersökningarna har inte specialstuderat detta område. Det är därför svårt för utredningen att uttala sig om omfattningen av dessa undersökningar. Som nämns ovan syns emellertid medicinska undersökningar allmänt ha ökat i omfattning under de senaste åren.

De vanligaste formerna av medicinska undersökningar är dels undersökning av läkare/sjuksköterska, dels hälsodeklaration. Medicinska undersökningar på detta område syns huvudsakligen ske inom företagshälsovården och till mindre del inom den övriga hälso- och sjukvården. Arbetsgivarna står som regel för kostnaderna för undersökningarna.

Analys av vissa prover vid de nyanställningsundersökningar som sker inom livsmedelshanteringen skall dock ske på laboratorium. Undersökningarna bekostas av arbetsgivaren (se 9 kap. 7-8 §§ SLV FS 1984:11).

Utredningen anser inte att det finns skäl att förslå någon ändrad lagstiftning på detta område.

12.2.2.2 Det icke författningsreglerade området

a) Den rättsliga grunden

Som utredningen ovan anför har arbetsgivaren en av rättsordningen erkänd *fri anställningsrätt*. Denna rätt har vissa begränsningar men innebär i princip att arbetsgivaren är fri att dels anställa vem han så önskar, dels har stor frihet att ställa upp villkor för en anställning (se t.ex. arbetsdomstolens dom, AD 1985 nr 129). Ett sådant villkor kan vara att den arbetssökande skall lämna ett intyg om genomgången medicinsk undersökning. Rättsordningen saknar, som tidigare nämns, i stor utsträckning skyddsregler för de arbetssökande gentemot de som skall anställa dem.

Denna rätt för arbetsgivaren att påfordra medicinska undersökningar vid nyanställning kan formuleras i kollektivavtal, som t.ex. på det kommunala och landstingskommunala området i § 5 mom. 1 AB 95.

b) Användningen

Utredningens enkätundersökningar ger vid handen att landsting, kommuner samt större företag (> 100 anställda) i störst utsträckning begärt en medicinsk undersökning under år 1994. Omkring 40% av landstingen och kommunerna begärde medicinska undersökningar inom detta område. Enligt samma undersökningar påfordrade en fjärdedel av de större företagen medicinska undersökningar på detta område i samband med anställning. Statliga myndigheter syns endast ha krävt medicinska undersökningar i mindre omfattning. Medicinska undersökningar, bl.a. på det icke författningsreglerade området har, som ovan nämns, ökat under senare år.

De vanligaste formerna av medicinska undersökningar är dels undersökning av läkare/sjuksköterska, dels hälsodeklaration.

De allra flesta arbetsgivare som kräver medicinska undersökningar vid nyanställning anlitar företagshälsovården och i mindre omfattning den offentliga hälso- och sjukvården. Enligt enkätundersökningarna syns de flesta arbetsgivare stå kostnaderna för dessa medicinska undersökningar.

c) Skäl för och emot

Arbetsgivarnas främsta skäl för att under år 1994 kräva att de arbetssökande genomgick medicinska undersökningar är enligt *enkätundersökningarna* framför allt att få besked om dessas *tjänstbarhet och minska risken för arbetsskador*. Undersökningarna har således till syfte att ge besked om de arbetssökande är lämpade för de väntande arbetsuppgifterna. I mindre utsträckning angavs skälen att förhindra att de sökande blir en *säkerhetsrisk för tredje man, för egendom eller för miljön*. Dessa arbetsgivarnas skäl torde dels vara motiverade av hänsyn till individen, dels ekonomiska. Arbetsgivarna kan genom att använda medicinska undersökningar vilja försäkra sig om att de anställer personer som är lämpade för anställningens krav och att kostnaderna bl.a. för skador och rehabilitering därigenom minskar. Utförandet av dessa undersökningar innebär samtidigt en kostnadspost för arbetsgivarna.

De skäl som arbetsgivarna angett för att genomföra de medicinska undersökningarna kan vara positiva även för de enskilda *arbetssökande*. En medicinsk undersökning kan ge information om den enskilde är lämpad för den tänkta anställningens krav. Mot arbetsgivarens intresse att genomföra undersökningarna står dock skyddet för den *arbetssökandes personliga integritet* vid dessa undersökningar. Likaså finns ett intresse från den enskilde att han inte p.g.a. hälsoinformationen från en sådan undersökning utestängs från det sökta arbetet.

Även *samhällets* intressen bör vägas in. Det allmänna har, som nämns ovan i 12.1, ett ansvar för att arbetsmarknaden är öppen även för de med begränsad arbetsförmåga och att arbetsgivarna betalar sin del av de kostnader som det innebär att dessa enskilda anställs. Samhället bör därvid motverka att arbetsgivare använder medicinska undersökningar i stället för att förbättra arbetsmiljön. Det allmänna skall även värna om de enskildas personliga integritet i dessa sammanhang. Samhället har också ett intresse av att kostnaderna för de enskildas rehabilitering m.m. fördelas mellan samhället och arbetsgivarna på ett acceptabelt sätt.

Tredje man har intresse av att de som skall anställas inte p.g.a brister i hälsan kan komma att orsaka tredje man skada till person eller egendom.

d) Överväganden

Huvudkonflikten här finns enligt utredningens mening mellan arbetsgivarens skäl att genomföra medicinska undersökningar och arbetssökandes anspråk på skydd för den personliga integriteten.

Utredningen anser inledningsvis att arbetsgivare, som avser att använda medicinska undersökningar som villkor för anställning, måste tänka igenom vilka reella krav som bör ställas på de arbetssökande i förhållande till de aktuella arbetsuppgifterna. Det bör inte vara så att arbetsgivare slentrianmässigt kräver en mängd för arbetet irrelevanta medicinska upplysningar om den sökande. Det bör heller inte förekomma att arbetssökande utsätts för ingripande undersökningar eller underssökningar som kan ge upphov till smärta eller obehag, oro eller hälsorisker, t.ex. rutinmässiga röntgenundersökningar. Likaså bör en arbetsgivare undvika att kräva undersökningar som kan leda till för den enskilde oönskad information rörande dennes hälsa eller till kostnader för den undersökte.

Utredningen vill understryka att individen i en anställningssituation kan stå under en mer eller mindre kraftig press från anställaren och därför kan ha svårt att avvisa förslag om medicinska undersökningar även om de upplevs som integritetskränkande. Detta kan särskilt vara fallet om, vilket är fallet i dag, situationen på arbetsmarknaden är besvärlig.

För att den arbetssökande skall kunna värna om sin personliga integritet menar utredningen att det ankommer på arbetsgivaren att så tidigt som möjligt *informera* de arbetssökande om vilka hälsokrav som ställs och om eventuella medicinska undersökningar. Likaså bör den arbetssökande ges informations om arbetsmiljön och arbetsgivarens värderingar rörande denna miljö. Den arbetssökande kan då tidigt avgöra om han vill underkasta sig medicinska undersökningar för att få en anställning.

Som utredningen nämner ovan kan det med hänsyn till läget på arbetsmarknaden emellertid ifrågasättas om den enskilde i många fall reellt kan välja att låta bli att undersöka sig. Enligt utredningens mening är det av avgörande betydelse om den påfordrade undersökningen kan sägas stå i överensstämmelse med *god sed på arbetsmarknaden*. I ett sådant fall måste den arbetssökande godta ett intrång i den personliga integriteten. Om den enskilde i ett sådant fall väljer att underkasta sig undersökningarna, kan han likväl avbryta anställningsförfarandet. Om en arbetssökande inte får den aktuella anställningen, torde som regel arbetsgivaren återsända de aktuella ansökningshandlingarna m.m.

Om kravet på medicinsk undersökning däremot kan sägas strida mot god sed på arbetsmarknaden uppstår ett *problem* rörande de arbetssökandes personliga integritet om de p.g.a. arbetsmarknadsläget inte kan avböja att underkasta sig undersökningarna, avbryta anställningsförfarandet eller i princip neka arbetsgivaren att ta del av undersökningsresultatet.

För det fall att ett kollektivavtal i ett sådant fall var gällande på området och omfattade den arbetssökande skulle kunna hävdas att arbetsgivaren då brutit mot en dold klausul om arbetsgivarens skyldighet att i allmänhet iaktta god sed på arbetsmarknaden (jfr AD 1983 nr 107).

En förutsättning för att undersökningarna skall kunna accepteras är naturligtvis att dessa genomförs *på ett godtagbart sätt*. Om så inte är fallet kan detta innebära ett intrång i den personliga integriteten. De undersökningar som begärs kan exempelvis anses välmotiverade men de genomförs på ett oetiskt sätt. En garanti för att de medicinska under-

sökningarna utförs på ett godtagbart sätt torde vara att undersökningarna utförs av personal från företagshälsovården eller i övrigt inom hälso- och sjukvården, som alla i sin yrkesutövning är underkastade hälso- och sjukvårdens ansvarsbestämmelser på området.

I kravet på att undersökningarna skall genomföras på ett godtagbart sätt ligger också ett krav på att de *uppgifter* som framkommer med anledning av undersökningarna skall hanteras på ett godtagbart sätt. Medicinska undersökningar i arbetslivet som sker i samband med en nyanställning och som utförs av personal inom företagshälsovården eller i övrigt inom hälso- och sjukvården, skall som ovan nämns, dokumenteras i en patientjournal. Patientjournallagens och i förekommande fall även datalagens bestämmelser är därvid tillämpliga.

För uppgifter som förs in i journaler inom den allmänna hälso- och sjukvården gäller sekretesslagens bestämmelser. För den enskilda hälso- och sjukvården gäller den s.k. åliggandelagen.

Utredningens uppfattning är att *medicinska undersökningar* i nyanställningssituationer, skall stå i överenstämmelse med god sed på arbetsmarknaden, genomföras på ett godtagbart sätt och vara av god kvalitet. Den enskilde individen måste i dessa fall acceptera det ingrepp i den personliga integriteten som en undersökning innebär.

Enligt utredningens mening kan arbetsgivarnas skäl för att påfordra allmänna medicinska undersökningar, sådana de redovisas i enkätundersökningarna, dvs.framför allt *för att kontrollera tjänstbarheten, minska risken för arbetsolyckor men även för att värna om säkerheten* för den enskilde, tredje man eller för samhället, anses vara *i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden*. Utredningen anser att arbetsgivaren i enlighet med utövandet av sin fria anställningsrätt har rätt att förvissa sig om att de enskilda är lämpade för de väntande arbetsuppgifterna och att de arbetssökande inte lider av någon speciell sjukdom eller någon kroppslig svaghet, som skulle kunna innebära en särskild risk för ohälsa eller olycksfall i arbetet för sökanden själv eller för någon annan. Utredningen vill i sammanhanget understryka att de medicinska undersökningarna inte får användas av arbetsgivarna för att undgå att i stället förbättra arbetsmiljön på arbetsplatsen.

Av de genomförda enkätundersökningarna och av de hearingar som hållits av denna utredning har framkommit att *endast ett mindre antal personer inte anställts under år 1994 p.g.a. resultatet av en medicinsk*

undersökning. Om dessa personer uteslöts p.g.a. berättigade krav på t.ex. tjänstbarhet m.m., föreligger, enligt utredningens mening, inget problem. Godtas medicinska undersökningar i dessa fall, måste även följderna godtas och arbetsgivaren har, som tidigare nämns, en fri anställningsrätt. Även om enkätundersökningarna inte ger besked om varför de aktuella personerna inte blev anställda, saknas skäl att tro att dessa personer p.g.a. tveksamma krav på medicinska undersökningar skulle ha fallit bort under anställningsförfarandena.

Enligt utredningens uppfattning är det *andra faktorer än medicinska undersökningar som avgör vilka som utestängs från arbete*. Det rör sig bl.a. om sysselsättningsgraden i samhället, hur arbetsmarknaden fungerar, individens *kompetens* i vid bemärkelse, individens *personlighet* samt *attityder* hos de som skall anställa. De grupper som har svårast att få arbete på dagens arbetsmarknad är framför allt ungdomar under 24 år, de som fyllt 50 år och friställts p.g.a. strukturrationaliseringar, de som har låg kompetens samt invandrare.

Utredningen får i sammanhanget också peka på det förhållandet att *medicinska undersökningar* i allmänhet kommer in på ett *mycket sent stadium i ett rekryteringsförfarande*. Det stora flertalet av dem som väljs bort i det förfarandet faller igenom av andra orsaker än p.g.a. resultatet av en medicinsk undersökning. Dessa undersökningar kan därför inte sägas vara något allmänt sorteringsinstrument av arbetssökande.

Genom utredningens enkätundersökningar har det framkommit att de medicinska undersökningarna *ökat i omfattning* på senare år. Denna ökning kan kopplas samman med arbetsgivarnas ökade ansvar för kostnader vid de anställdas sjukfrånvaro. Enligt utredningens uppfattning kan denna ökning även förklaras bl.a. av arbetsgivarens större ansvar för arbetsmiljön, arbetsanpassning och rehabilitering. Ökningen kan även bero på att näringslivet vid denna tid inom ISO 9000 aktivt började arbeta med arbetsmiljöfrågorna från ett kvalitetsperspektiv. En ökning kan även bero på att arbetsgivarens ekonomiska ansvar för arbetstagarnas sjukfrånvaro blivit större.

De medicinska undersökningarna kan medföra att arbetssökande i enskilda fall kan ha svårt att få anställning vid vissa arbetsplatser. Utredningen har dock inte funnit stöd i sina egna undersökningar att dessa medicinska undersökningar skulle leda till ökad utestängning från arbetslivet i sin helhet.

Enligt utredningens mening varierar användningen av medicinska undersökningar över tiden. Detta kan bero bl.a. på arbetsmarknadsläget, den gällande arbetsrättsliga lagstiftningen, sjukförsäkringslagstiftningen samt även attityder i samhället. Det finns en bred politisk enighet att arbetslösheten kraftigt skall minskas under de närmaste åren. Därutöver pågår en genomgripande översyn av den svenska arbetsrätten. Med hänsyn till dessa förhållanden anser utredningen det svårt att göra några kvalificerade bedömningar vad gäller den framtida användningen av medicinska undersökningar på detta område. Utredningen har därför här avstått från att göra någon framtidsbedömning.

Utredningen har inte kunnat utläsa av enkätundersökningarna, av de hearingar som förevarit eller i övrigt att de enskilda arbetstagarnas personliga integritet i allmänhet skulle kränkas på ett otillbörligt sätt vid de nyanställningsundersökningar som görs. Som framgår ovan genomförs undersökningarna i de allra flesta fall *av personal inom företagshälsovården och inom den övriga hälso- och sjukvården*. Den undersökande personalen har därvid att utföra undersökningarna på ett godtagbart sätt och att enligt gällande sekretess- och sjukvårdslagstiftning beakta integritetsfrågorna.

Utredningen har inte funnit att patientjournallagen eller datalagen i berörda hänseenden behöver ändras eller kompletteras för att de skall uppfylla de krav som man måste kunna ställa på dokumenteringen av medicinska undersökningar i arbetslivet.

En mycket sträng tystnadsplikt gäller, som tidigare nämns, för uppgifter om enskilds personliga förhållanden, t.ex. sjukdomar, inom såväl den allmänna som den enskilda hälso- och sjukvården. Det finns, enligt utredningens mening, inga skäl att förstärka sekretesskyddet för uppgifter som rör sedvanliga medicinska undersökningar i arbetslivet på det oreglerade området.

Utredningen hänvisar i övrigt vad gäller frågor om dokumentering och sekretess till 12.6 nedan.

Huruvida dessa undersökningar är kostnadseffektiva faller utanför ramen för denna utredning.

En jämförelse kan också göras med de övriga *nordiska länderna*. Av dessa är, enligt utredningens mening, Danmark av störst intresse. Enligt ett förslag till lag om bruk av hälsoinformation i arbetslivet får arbets-

givaren endast inhämta information om den enskilde lider av eller har symptom på en sjukdom, som är av väsentlig betydelse för den arbetssökandes arbetsförmåga/tjänstbarhet för det aktuella arbetet. Att märka i sammanhanget är dock att Danmark saknar lagregler rörande bl.a. anställningsskydd. Lagförslaget har ännu inte (mars 1996) lett till lagstiftning.

Enligt utredningens mening saknas skäl att föreslå någon lagstiftning på detta område.

12.2.3 Medicinska undersökningar under anställning

12.2.3.1 Det författningsreglerade området

Som framgår av avsnittet om regler om medicinska undersökningar i arbetslivet regleras frågan om medicinska undersökningar av anställda av ett flertal författningar. Dessa författningar gäller i de flesta fall hela arbetsmarknaden och torde alla beakta vissa skyddsintressen som samhället värnar om. Författningsbestämmelserna är huvudsakligen obligatoriska, dvs. arbetsgivaren är skyldig att följa bestämmelserna. Även fakulativa regler finns, dvs. arbetsgivaren kan själv bestämma om författningskravet skall uppfyllas. De intressen som författningarna huvudsakligen avser att skydda kan sägas vara den *enskilde arbetstagarens, tredje mans* samt *samhällets*. Som exempel på den först nämnda kategorin kan nämnas AML och strålskyddslagen. Den andra kategorin kan exemplifieras med den tidigare nämnda livsmedelslagen, järnvägssäkerhetslagen och även med LOA. I den tredje gruppen finns medicinska undersökningar som genomförs med stöd av bl.a. 3 kap. AFL.

Användningen sker i enlighet med vad som påbjuds i de aktuella författningarna. Dessa gäller som tidigare nämns som regel *hela arbetsmarknaden*. Medicinska undersökningar med stöd i författning förekom enligt enkätundersökningen under år 1994 i stor utsträckning inom kommuner och landsting men även i de större företagen (> 100 anställda). Vid mindre företag och statliga myndigheter förekom undersökningarna i mer begränsad omfattning. Användningen av dessa undersökningar syns ha ökat under de senaste åren.

De medicinska undersökningarna syns huvudsakligen ske inom företagshälsovården och i mindre omfattning inom den övriga hälso- och sjukvården. Arbetsgivarna står som regel för kostnaderna för dessa

undersökningar.

Utredningen anser inte att det finns behov av någon ändrad lagstiftning om medicinska undersökningar på detta område.

12.2.3.2 Det icke författningsreglerade området

a) Den rättsliga grunden

Det *enskilda anställningsavtalet* utgör, som tidigare nämns, grunden för skyldigheten att underkasta sig medicinska undersökningar. Anställningsavtalet kan fyllas ut bl.a. med lag och kollektivavtal.

Av avsnittet om regler om medicinska undersökningar i arbetslivet framgår att det på det *offentliga området* inte finns något utrymme för arbetsgivaren att påfordra annat än *periodiska hälsoundersökningar* och då endast med stöd i förordning eller *kollektivavtal* och endast avseende s.k. säkerhetstjänster (se 30 § LOA).

På det *kommunala och landstingskommunala området* regleras frågan om periodiska hälsoundersökningar av kolletivavtal, § 5 mom. 2 AB 95. Bestämmelsen motsvarar till sin lydelse 30 § första stycket LOA.

På det *statliga området* finns sedan sommaren 1995 ett kollektivavtal om "regelbundna hälsoundersökningar". Enligt 2 § i detta avtal avses i avtalet endast de arbetstagare som omfattas av 30 § första stycket LOA.

b) Användningen

Enligt enkätundersökningarna förekom under år 1994 medicinska undersökningar av anställda på det icke författningsreglerade området i stor omfattning inom kommuner och landsting samt i de större företagen (> 100 anställda). Undersökningarna förekom i mindre omfattning inom statliga myndigheter.

De medicinska undersökningarna på detta område syns huvudsakligen ske inom företagshälsovårdens ram och till mindre del inom den övriga hälso- och sjukvården. Arbetsgivarna verkar som regel stå för kostnaderna för dessa undersökningar.

c) Skälen för och emot

Enligt enkätundersökningarna syns arbetsgivarens huvudsakliga skäl för att genomföra dessa undersökningar under anställning vara en kontroll av *tjänstbarheten* och för att *minska risken för arbetsskador*. I mindre utsträckning har angetts att skälen för dessa undersökningar varit att förhindra dels att de anställda blir en *säkerhetsrisk för andra*, dels att *skador på miljö och egendom* uppstår. Arbetsgivarnas skäl att genomföra dessa undersökningar torde i grund och botten vara ekonomiska. För arbetsgivarna innebär samtidigt genomförandet av dessa medicinska undersökningar en kostnadspost.

För arbetstagarna kan undersökningarna positivt innebära att de informeras om sin hälsa och eventuella risker med arbetet. Åtgärder kan också vidtas för att förbättra arbetsmiljön. Undersökningarna innebär dock att de *enskildas personliga integritet* till större eller mindre del måste uppges. De enskilda har också ett intresse av att de inte p.g.a. resultatet av en medicinsk undersökning omplaceras eller kanske förlorar sin anställning.

Samhället skall verka för att arbetsmarknaden inte stängs för de som är arbetsoförmögna m.m. samt värna om de enskilda arbetstagarnas personliga integritet i arbetslivet. Samhället har därutöver ett intresse av att de kostnader som det innebär att personer som är sjuka m.m. är kvar i arbetslivet, fördelas på ett ur samhällets synvinkel acceptabelt sätt.

Även *tredje man* kan ha intresse av att anställda inte av medicinska orsaker skall kunna orsaka person- och sakskada för tredje man.

d) Överväganden

Den största intressekonflikten föreligger, menar utredningen, mellan *arbetsgivarnas skäl att få genomföra* medicinska undersökningar av de anställda och *de anställdas anspråk på skydd för sin personliga integritet.*

Som nämns ovan krävs för att de enskilda skall kunna skydda sin integritet att de av arbetsgivaren *informeras* om de aktuella undersökningarna. Först därefter kan de göra ett godtagbart val, om de vill underkasta sig aktuella undersökningar.

För att skydda de enskildas personliga integritet måste, som nämns ovan, dessa undersökningar naturligtvis genomföras på ett för alla *godtagbart sätt*.

Dessa medicinska undersökningar torde, som utredningen nämner ovan, huvudsakligen äga rum inom företagshälsovården och i mindre omfattning inom den övriga hälso- och sjukvården. Den undersökande personalen har enligt gällande sekretess- och sjukvårdslagstiftning att beakta integritetsfrågorna.

Medicinska undersökningar i arbetslivet, som sker under en pågående anställning, av vårdpersonal skall, som ovan nämns, dokumenteras i en patientjournal. Personalen har då att i förekommande fall tillämpa både sekretess- och datalagen.

För uppgifter som förs in i patientjournaler inom den allmänna hälso- och sjukvården gäller sekretesslagens bestämmelser. För den enskilda hälso- och sjukvården gäller åliggandelagens bestämmelser.

Av de enkätundersökningar och hearingar som utredningen genomfört har det inte framkommit att arbetsgivarna i dag använder medicinska undersökningar på detta område för att allmänt utmönstra anställd arbetskraft eller för att komma undan kostnader för exempelvis sjukfrånvaro eller rehabilitering. Inte heller har det framkommit att dessa undersökningar skulle genomföras på ett sätt som otillbörligt kränker de enskildas personliga integritet. Utredningen har vid de hearingar som genomförts uppfattat att dessa undersökningar inte anses som något problem av arbetsmarknadens parter. Se dock nedan vad gäller det offentliga området.

Resultatet av oreglerade medicinska undersökningar som ålagts under anställning kan, enligt utredningens mening, ha ett värde för *samtliga* intressenter. Arbetsgivarna kan exempelvis få signaler om arbetsmiljön och begynnande arbetsskador och därigenom även underlag för att vidta åtgärder i dessa avseenden. Generellt gynnas arbetsgivaren av ett friskare arbetstagarkollektiv med även förbättrad produktionskvalitet och minskat produktionsbortfall som följd. De medicinska undersökningarna kan t.ex. bidra till bättre hälsa, välbefinnande, ekonomi och livskvalité för de undersökta och minska risken för olyckor. Även samhället och tredje man vinner på effekterna av dessa medicinska undersökningar.

Resultatet av dessa undersökningar kan också leda till vissa åtgärder från arbetsgivarens sida. Förutom rent medicinska åtgärder kan det t.ex. bli fråga om åtgärder rörande arbetsmiljön och rehabilitering. Även omplacering och i vissa fall uppsägning kan bli följden. De arbetsrättsliga följderna kan prövas inom ramen för bl.a. LAS, LOA och gällande kollektivavtal. Sjukdom utgör, som nämns ovan, som regel inte saklig grund för uppsägning.

Om man, med hänsyn till vad som framkommit genom dessa medicinska undersökningar, väger nyttan av undersökningarna mot ingreppet i den enskildes personliga integritet, finner utredningen att medicinska undersökningar, som står i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden, som genomförs på ett godtagbart sätt och är av god kvalitet, har ett sådant värde, att den enskilde individen borde acceptera det ingrepp i den personliga integriteten som en undersökning innebär. Utredningen vill i sammanhanget dock understryka att generella hälsoundersökningar utan särskild inriktning ofta är mycket resurskrävande och av begränsat medicinskt värde. En etisk aspekt är även att omfattande undersökningar av denna karaktär kan ge individen en falsk trygghetskänsla. Den enskilde kan förlita sig på en tveksam hälsogaranti och ignorera reella sjukdomssignaler.

Inom utredningen har dock pekats på det otillfredsställande i de stora skillnader som finns mellan offentliga och privata arbetsgivare, t.ex. inom hälso- och sjukvården, att utföra medicinska undersökningar av anställda. Detta är emellertid en konsekvens av stadgandet i 2 kap. 6 § RF, domen AD 1984 nr 94 och följdlagstiftningen i 30 § LOA. Den senare bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 1994. *Det kan, enligt utredningens uppfattning, finnas anledning att göra en utvärdering av lagstiftningens konsekvenser för de offentliga arbetsgivarna. Detta ligger dock utanför ramen för denna utredning.*

Utredningen har inte funnit att de författningar som reglerar hälso- och sjukvårdpersonalens skyldigheter vad gäller dokumentering av de medicinska undersökningarna behöver ändras.

Inte heller finns anledning att ändra gällande regler för hälso- och sjukvårdspersonalens tystnadsplikt.

Utredningen hänvisar i övrigt vad gäller frågor om dokumentering och tystnadsplikt till 12.6.

Huruvida de kostnader som dessa undersökningar kan medföra för arbetsgivarna är motiverade faller utanför ramen för denna utredning.

Som en jämförelse kan nämnas att det i Danmark framlagts ett lagförslag (se ovan) som allmänt begränsar arbetsgivarens möjligheter att inhämta hälsoinformation av anställda. Även i USA begränsas arbetsgivarens möjligheter att kräva medicinska undersökningar av anställda genom Americans With Disabillities Act (ADA).

Enligt utredningens mening saknas skäl att föreslå några särskilda lagstiftningsåtgärder på detta område.

12.3 Alkoholtester

Utredningens bedömning: Utredningen föreslår ingen lagstiftning på detta område.

Med alkoholtest avses här sådan medicinsk undersökning, innefattande analys av kroppsmaterial, framför allt blod och urin men även utandningsluft, för att kontrollera användning av alkohol.

Utredningen har inte uppfattat frågan om dessa tester som ett problem i arbetslivet på samma sätt som tester rörande bruk av narkotika. Vad gäller alkohol syns över lag arbetsmarknadens parter vara överens om hur de skall hantera missbruk på arbetsplatsen. Enligt utredningens uppfattning syns dessa tester förekomma till största delen under anställning och då vid misstanke och i rehabiliteringssammanhang.

12.4 Narkotikatester

Utredningens bedömning: Utredningen finner inte skäl att föreslå lagstiftning på detta område. Enligt utredningens mening bör frågan om narkotikatester lösas av arbetsmarknadens parter.

Utredningen vill dock understryka att ålagda narkotikatester i samband med anställning måste vara i samklang med samhällets värderingar och stå i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden. Vidare skall testerna utföras på ett godtagbart sätt och vara av god kvalitet.

Vad gäller narkotikatester under anställning bör kvalificerade omständigheter föreligga för att sådana tester skall anses stå i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden. Dessa tester skall utföras och ha samma kvalitet som testerna i samband med anställning. På arbetsplatser där dessa tester avses att användas bör det finnas en av arbetsgivare och arbetstagare gemensamt framtagen skriftlig narkotikapolicy med handlingsprogram.

12.4.1 Inledning

Med *narkotika* avses här de substanser som anges i bilaga 1 till förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika och med *narkotikatest* avses en medicinsk undersökning, innefattande analys av kroppsmaterial, framför allt urin, för att kontrollera en icke medicinsk användning av narkotika. Om olika drogers effekter framgår närmare av bil. 20.

I Sverige råder en bred enighet om att allt icke-medicinskt bruk av narkotika är missbruk och därför inte kan accepteras. Den svenska narkotikapolitiken syftar också till att uppnå ett samhälle som är fritt från icke-medicinskt bruk av narkotika. Genom narkotikastrafflagen (1968: 64) är till följd härav all handel, tillverkning, hantering, innehav och bruk av narkotika förbjuden. Lagen skärptes bl.a. år 1988, då eget bruk av narkotika kriminaliserades, och år 1993.

Den diskussion som uppkommit i Sverige om bl.a. narkotikatestning och narkotikamissbruk i arbetslivet uppstod ursprungligen i USA. Anledningen till detta var en rad svåra och uppmärksammade olyckor i bl.a.

USA på framför allt 1980- och början av 1990-talet som hade samband med narkotikapåverkan. I Maryland i USA inträffade år 1985 en svår tågolycka. Föraren visade sig vara narkotikapåverkad. År 1986 inträffade en bussolycka i Los Angeles, där ett stort antal skolbarn skadades. Busschaufförен visade sig ha kört bussen narkotikapåverkad. Ett godståg kolliderade år 1987 med ett persontåg i Baltimore i USA. Vid olyckan omkom 16 personer och ett hundratal skadades. Utredningen visade att föraren av godståget varit påverkad av narkotika. I Storbrittanien inträffade år 1990 en svår tågolycka med dödsfall. Lokföraren visade sig ha fört tåget narkotikapåverkad.

I Sverige är narkotikamissbruket långt ifrån så utbrett som det är i USA. Mycket talar dock för att det i Sverige, liksom i USA, finns ett dolt missbruk av narkotika. Vid granskningar av tullmålsjournaler vid tullen i Helsingborg, som genomfördes åren 1989 och 1990, visade det sig att de på vilka det påträffades narkotika tillhörde en mängd olika yrkesgrupper. Många av de som står för åtminstone tillfälligt amfetamin- och haschmissbruk syns vara socialt väletablerade personer. Även om man i Sverige inte kommer i närheten av omfattningen av det uppskattade dolda narkotikamissbruket som finns i USA, är det sannolikt att narkotikamissbruk av personer som har arbete förekommer i större utsträckning än vad man i allmänhet tror och utredningar visar. Efter Sveriges inträde i EU och med ett till stora delar allt mer drogliberalt Europa, finns dessutom risk för att inströmningen av narkotika i landet kan komma att öka.

Narkotikamissbruk innebär i sig ett socialt, psykiskt och medicinskt lidande för missbrukaren och hans närmaste omgivning. Den påverkade kan emellertid på arbetsplatsen även utgöra en allvarlig risk för sig själv och för sina arbetskamrater och naturligtvis även för arbetsgivarens egendom. I vissa yrken kan den narkotikamissbrukande arbetstagaren även utgöra en fara för allmänheten och för egendom utanför arbetsplatsen. Han kan i sitt påverkade tillstånd orsaka både person- och sakskador som arbetsgivaren i enlighet med sitt principalansvar eller ytterst samhället kan tvingas att ersätta. Om ett arbete utförs av personer som är påverkade av narkotika, kan det naturligtvis även medföra kostnader för företagen i form av lägre produktkvalitet eller av produktionsbortfall till följd av försämrade arbetsprestationer, sjukfrånvaro och personalomsättning. Till detta kommer den oro arbetskamrater känner och det försämrade arbetsklimat på arbetsplatsen som i regel följer om arbetstagare är missbrukare.

Möjligheterna att undgå upptäckt, så länge narkotikamissbruket hålls på lägre nivå, är stora. Förr eller senare torde dock ett användade av narkotika bli känt för omgivningen men det kan i vissa fall ta lång tid. Även ett måttligt missbruk påverkar såväl omdömet som koordination samt uppfattnings- och handlingsförmågan. Det är därför enligt utredningens mening från alla aspekter av största vikt att arbetsplatserna hålls fria från narkotika.

12.4.2 Narkotikapolicy

Utredningen vill inledningsvis kraftfullt understryka vikten av att det på arbetsplatserna finns en av arbetsgivar- och arbetstagarsidan gemensamt framtagen *skriftlig policy med handlingsprogram* om hanteringen av narkotikamissbruk i arbetslivet.

Enligt utredningen är detta grunden för arbetet mot narkotika på arbetsplatserna. *Utredningen vill också framhålla att eventuella narkotikatester endast utgör en liten del i ett sådant handlingsprogram och att programmets andra delar*, t.ex. rörande information, utbildning, kamratstöd etc. är av *lika stor vikt* i strävandena för att söka uppnå narkotikafria arbetsplatser.

Utredningen återkommer till frågan om narkotikapolicy med handlingsprogram nedan.

12.4.3 Narkotikatester i samband med anställning

a) Den rättsliga grunden

Det saknas, som framgår ovan, för närvarande författningsregler om narkotikatestning i arbetslivet.

Grunden för arbetsgivarens rätt att kräva narkotikatester av *arbetssökande* är, som ovan nämns, arbetsgivarens *utövande av sin fria anställningsrätt*. När en arbetsgivare utövar denna rätt, kan han ställa kravet att en arbetssökande visar med intyg att han inte använder narkotika. Denna arbetsgivarens rätt att kräva dessa tester kan ha formulerats i kollektivavtal.

b) Användningen

Av enkätundersökningen framgår att narkotikatester i samband med anställning nästan enbart används i större företag (> 100 anställda). Dessa tester verkar däremot inte att förekomma i nämnvärd omfattning i de mindre företagen (< 100 anställda) och endast i begränsad omfattning i kommuner. Enligt enkätundersökningen syns varken statliga myndigheter eller landsting använda sig av dessa tester i samband med nyanställning. Användningen av narkotikatester syns ha ökat i omfattning under de senaste åren.

Uppskattningsvis 80-85% av de analyser från företag som utförs på laboratoriet vid Huddinge sjukhus är gjorda vid nyanställningar.

Narkotikatester syns till allra största delen ske inom företagshälsovården och i mindre omfattning inom den övriga hälso- och sjukvården. Kostnaderna för dessa tester betalas som regel av arbetsgivaren.

c) Skälen för och emot

Det går inte att av enkätundersökningarna utläsa arbetsgivarnas skäl att kräva narkotikatest av arbetssökande. De skäl som angetts i denna undersökning avser medicinska undersökningar i sin helhet. Se om dessa i avsnitt 12.2.

d) Överväganden

Arbetsgivaren har med utövande av sin *fria anställningsrätt en* stor frihet att ställa krav på dem som han avser att anställa. Ett sådant krav kan vara narkotikafrihet. Utredningen menar att den stora intressekollissionen i denna fråga föreligger mellan abetsgivarens *skäl att använda narkotikatester* och de arbetssökandes anspråk på *skydd för den personliga integriteten.*

Som framgår av 12.4.3 ovan går det inte av enkätundersökningarna att utläsa arbetsgivarnas specifika skäl att kräva att de arbetssökande underkastar sig narkotikatest som ett villkor för anställning. Däremot framgår vilka de vanligaste skälen är som arbetsgivarna angett för att under år 1994 kräva medicinska undersökningar i allmänhet, dvs. inklusive narkotikatester, av arbetssökande.

En narkotikatest består vanligen av ett *urinprov*. En sådant test innebär för den enskilde, som vid vilken medicinsk undersökning med urinprov som helst, alltid ett visst mått av intrång i den personliga integriteten, både när provet tas och när analysen sker. Enligt utredningens mening kan ett urinprov i sig anses som ett mindre ingrepp i den personliga integriteten och testerna skall därför i detta sammanhang inte överdramatiseras, se vidare 12.4.4 nedan.

I en skiljedom från år 1989 ansågs inte arbetsgivares krav på att arbetssökande skulle genomgå narkotikatest med urinprov strida mot god sed på arbetsmarknaden.

Skiljedomen den 12 december år 1989 avsåg tillämpningen av det numera inte gällande arbetsmiljöavtalet mellan SAF, Landsorganisationen (LO) och Privattjänstemannakartellen (PTK) kan här vara av intresse. Fallet avsåg haschtester av arbetssökande vid Saab-Scania AB i Södertälje. I skyddskommittén hade beslut fattats om att företagshälsovården skulle genomföra urinprov av arbetssökande. Metallindustriarbetareförbundet ifrågasatte förfarandet. I domskälen hänvisar skiljenämnden till domen AD 1984 nr 9, i vilken AD sett mycket allvarligt på narkotikamissbruk i uppsägningsmål. Det klarlades att Saab-Scanias förfarande innebar att den enskilde sökande gavs möjlighet att avbryta anställningsförfarandet. Företagets rekryterare kunde endast få del av läkarutlåtandet genom att den sökande av fri vilja överlämnade det till rekryteraren. Skiljenämnden erinrade om att det stod en arbetsgivare fritt att vid nyanställning kräva betyg och intyg, bl.a. läkarintyg, som visade att den sökande inte missbrukade narkotika. Förfarandet vid Saab-Scania befanns inte strida mot god sed på arbetsmarknaden.

Enligt utredningens mening torde uttalandena i denna skiljedom alltjämt kunna beaktas. Den situation på arbetsmarknaden som förelåg vid skiljedomens meddelande är dock, vilket tidigare påpekas, nu radikalt förändrad. En stor politisk enighet råder dock om att arbetslösheten kraftigt skall minskas under de närmaste åren. De skäl som anförs i domen påverkas därför inte, menar utredningen, av dagens arbetsmarknadssituation. Utredningen vill dock understryka följande.

För att de arbetssökande skall kunna skydda sin integritet måste de, enligt utredningens mening, *informeras av arbetsgivaren* om de aktuella narkotikatesterna. Först därefter kan de göra ett godtagbart val med utövande av *sin självbestämmanderätt*, om de vill underkasta sig en narkotikatest. En arbetsgivare bör därför på ett tidigt stadium informera de arbetssökande om företagets värderingar rörande hanteringen av narkotikamissbruk på arbetsplatsen. Denna information kan finnas i en skrift-

lig policy som presenteras för den arbetssökande. Den enskilde kan då tidigt välja om han alls vill söka anställningen eller inte och några spänningar mellan arbetsgivarens krav på narkotikatester och den enskildes krav på skydd för den personliga integriteten kan då i många fall undvikas. Den arbetssökande kan även på ett senare stadium avbryta anställningsförfarandet. Skulle en positiv test leda till att en enskild inte blir anställd, torde arbetsgivaren inte göra annat än att återsända ansökningshandlingarna till den sökande.

Ger den enskilde sitt samtycke till förfarandet, föreligger ett sålunda accepterat intrång i den personliga integriteten. Den aktuella arbetsmarknadssituationen gör dock att den enskildes möjlighet att utöva sin självbestämmanderätt ibland kan ifrågasättas. Behovet av arbete kan medföra att den enskilde reellt känner sig tvungen att underkasta sig en medicinsk undersökning, exempelvis i form av en narkotikatest.

Av betydelse är vidare att dessa tester utförs på ett *godtagbart sätt*. Utredningen vill kraftfullt understryka kvalitetsaspekten. Enligt utredningens uppfattning kan det inte accepteras att testerna genomförs på ett ingripande och förudmjukande sätt för att t.ex. förhindra manipulering. Narkotikatester torde, som utredningen nämner, huvudsakligen äga rum inom företagshälsovården och till mindre del inom den övriga hälso- och sjukvården. Den undersökande personalen har enligt gällande sekretess- och sjukvårdslagstiftning att beakta integritetsfrågorna. Utredningen hänvisar vad gäller kvalitetssäkring av narkotikatester till 12.4.5 nedan.

Enligt utredningens mening måste narkotikatester i samband med anställning vara i samklang med samhällets värderingar och stå i överensstämmelse med god sed på arbetsmarknaden. Testerna skall vidare utföras på ett godtagbart sätt och i övrigt vara av god kvalitet.

Under dessa förutsättningar väger, enligt utredningens uppfattning, arbetsgivarens intresse av att genomföra testerna i dessa fall över de arbetssökandes intresse av skydd för den personliga integriteten. De arbetssökande bör därför, under de angivna förutsättningarna, att acceptera dessa tester vid ett anställningsförfarande.

Utredningen kan mot bakgrund av dels vad enkätundersökningarna redovisar rörande arbetsgivarnas skäl för kraven på de arbetssökande att genomgå medicinska undersökningar i allmänhet och dels vad som sagts vid de hearingar som genomförts, inte finna att arbetsgivarnas krav på

narkotikatester av arbetssökande skulle *strida mot god sed på arbetsmarknaden.* Av utredningens enkätundersökning kan också utläsas, vilket nämns ovan, att totalt sett endast *ett mindre antal arbetssökande nekats anställning p.g.a. resultaten av en medicinsk undersökning.*

I undersökningarna har inte framkommit annat än att det i nästan alla fall är *andra faktorer* än resultatet av exempelvis en narkotikatest som spelar in, när en arbetsgivare väljer bland arbetssökande, t.ex. frågan om kompetens och personliga egenskaper. Som tidigare anförs nekades också endast ett mindre antal anställning p.g.a. resultatet av en medicinsk undersökning. Enligt utredningens uppfattning är således inte medicinska undersökningar i form av narkotikatester ett stort hinder när det gäller att ge enskilda möjlighet till anställning. Andra faktorer är av större betydelse, t.ex. arbetsgivarnas attityder till vissa grupper arbetssökande, exempelvis invandrare.

Användningen av narkotikatester i samband med anställning syns ha ökat under senare år. Vad gäller möjligheterna att göra en framtidsbedömning beträffande användningen av dessa tester på arbetsmarknaden hänvisas till resonemanget i avsnitt 12.2.2.2 d). Användningen i USA av dessa tester i samband med anställning har minskat under senare år.

Det har av de undersökningar som utredningen genomfört inte framkommit att narkotikatester skulle genomföras på ett inte *godtagbart sätt.*

Då medicinska undersökningar i arbetslivet, t.ex. i form av en narkotikatest, som sker i samband med en nyanställning, utförs av personal inom företagshälsovården eller den övriga hälso- och sjukvården, skall undersökningarna i dessa fall dokumenteras i en patientjournal. Det betyder att i dessa fall, liksom vid övriga medicinska undersökningar, är bestämmelserna i patientjournallagen och i förekommande fall även datalagen tillämpliga.

Utredningen har inte kunnat se att det skulle föreligga några förhållanden som gör att patientjournallagen eller datalagen i berörda hänseenden behöver ändras eller kompletteras för att de skall uppfylla de krav som man måste kunna ställa på dokumenteringen av medicinska undersökningar i arbetslivet.

Den tystnadsplikt som gäller för uppgifter om enskilds personliga förhållanden, t.ex. missbruk, inom såväl företagshälsovården som den öv-

riga hälso- och sjukvården är mycket stark. Det finns därför enligt utredningens uppfattning ingen anledning att än mer stärka sekretessskyddet för uppgifter som rör narkotikatester i arbetslivet. Allt talar för att samma sekretesskydd bör gälla för samtliga uppgifter om en enskilds personliga förhållanden som förekommer inom hälso- och sjukvården.

Utredningen hänvisar vad gäller frågor i övrigt om dokumentering och tystnadsplikt till 12.6 nedan.

Det är, enligt utredningens uppfattning, arbetsgivarna själva som får utvärdera dessa tester kostnads- och effektivitetsmässigt. Skulle det visa sig att dessa tester inte fungerar från dessa aspekter, kommer hanteringen troligen att självsaneras.

Utredningen vill även anmärka att övriga nordiska länder saknar lagregler om narkotikatestning av arbetssökande.

Utredningen anser inte att omständigheterna är sådana att det finns skäl att i denna del föreslå några särskilda lagstiftningsåtgärder.

12.4.4 Narkotikatester under anställning

a) Den rättsliga grunden

De enskilda anställningsavtalen anses utgöra grunden för arbetstagarnas skyldighet att underkasta sig sådana tester. Anställningsavtalet får sitt innehåll inte enbart från det personliga avtalet mellan arbetsgivare och arbetstagare utan också från bl.a. lagstiftning och kollektivavtal.

b) Användningen

Utredningens enkätundersökning ger vid handen att narkotikatestning av anställda under år 1994 huvudsakligen skedde i landsting och kommuner och i viss mån i de större företagen (> 100 anställda). Däremot förekom samma tester nästan inte alls i de mindre företagen (< 100 anställda) och i begränsad omfattning vid statliga myndigheter. Av betydelse för användandet av narkotikatester på det offentliga området under år 1994 kan vara att LOA, med den begränsande regeln i lagens 30 §, trädde i kraft först den 1 juli 1994. Användningen av dessa tester syns ha ökat under de senaste åren.

Utredningen har genom sina undersökningar och vid de hearingar som förevarit erfarit att narkotikatester under pågående anställning syns förekomma under olika omständigheter. I det följande anges några exempel.
Vid *riskfyllda eller säkerhetskänsliga arbeten*. Det gäller t.ex. inom transportsektorn, byggsektorn och försvaret.

Tester kan också ske *efter en olycka*. I USA är det mycket vanligt att göra dessa tester. I Sverige tycks tester i dessa fall endast ske i mindre omfattning.

De flesta företag som har ett narkotikaprogram har skrivit in i detta att tester skall göras *vid misstanke om narkotikapåverkan*. Det verkar dock utföras ganska få tester av den anledningen.

Tester kan även ske *slumpvis*. De företag som infört slumpvisa tester har enligt laboratoriet vid Huddinge sjukhus haft runt 1% positiva.

Narkotikatester utförs också för att uppfylla ett kvalitets- och säkerhetskrav. Större företag kräver ibland att entreprenörer och underleverantörer som man anlitar skall ha ett handlingsprogram mot narkotika.

Vid rehabilitering av en arbetstagare enligt AFL syns tester också genomföras.

Enligt enkätundersökningarna sker testerna till största delen inom företagshälsovården och arbetsgivarna står i regel för kostnaderna för dessa undersökningar.

c) Skälen för och emot

Av enkätundersökningarna går inte att utläsa vilka skäl som arbetsgivarna haft för att kräva narkotikatester av sina anställda under år 1994.

De vanligaste skälen som *arbetsgivarna* enligt *enkätundersökningarna* angett för att kräva *medicinska undersökningar* i allmänhet (dvs. inkluderande även narkotikatester) av anställda är, som tidigare redovisas, framför allt kontroll av *tjänstbarhet* och viljan att *minska antalet arbetsolyckor*. Övriga angivna skäl är att den enskilde kan utgöra en *säkerhetsrisk* för andra samt att det finns risk att den enskilde i påverkat tillstånd kan *orsaka skador* på miljön eller på egendom. Dessa arbetsgivarens skäl torde, som ovan sägs, i grunden vara ekonomiska.

Enligt Internationella arbetsorganisationen (**ILO**) kan en *arbetsgivare* ha flera skäl **för** att använda sig av bl.a. narkotikatester. Testerna kan exempelvis införas av säkerhetsskäl och för att minska antalet arbetsplatsolyckor och därmed antalet arbetsskador. Testning kan också ske för att bedöma tjänstbarheten. Vidare kan drogtester användas för att ge "good will" åt företaget och/eller höja produktiviteten. Arbetsgivaren kan också genom testerna vilja minska frånvaron och antalet stölder på arbetsplatsen. Dessa tester kan också användas för att identifiera ett rehabiliteringsbehov hos de anställda och för att och hjälpa de anställda med rehabiliteringen (se ILO:s skrift, Workers privacy, Part III: Testing in the workplace s. 21 f).

Mot en användning av bl.a. narkotikatester finns argument från de *anställdas* sida. Utredningen kan exempelvis nämna att dessa tester av de anställda kan uppfattas kränka den personliga integriteten. Detta kan särskilt vara fallet om testerna utförs på ett ingripande och förödmjukande sätt för att undvika fusk vid provtagningen. Testerna kan dessutom skapa spänningar på arbetsplatsen, spänningar som kan få konsekvenser för företagets verksamhet. Narkotikatester kostar dessutom en del för de företag som använder dem (se ILO aa a. st.).

Den totala kostnaden inom EU för dessa tester är höga. Enligt en artikel i Le Monde år 1993, vilken nämns i en internrapport från kommissionen till ministerrådet i april 1995 om kvalitetssäkring av dessa tester, skulle de årliga kostnaderna för analysen av dessa tester vid 240 laboratorier i EU-länderna uppgå till 171 miljoner ECU. I USA uppgick år 1989, enligt samma artikel, analyskostnaderna för drogtesterna till 100 miljoner USD (Commission staff working paper, Brussels 28.4 1995 SEC (95) 667 s. 4).

Samhället har ett intresse av att anställda inte använder narkotika och att inte olika värderingar rörande hanteringen av narkotika gäller å ena sidan på arbetsplatserna och å andra sidan ute i samhället. Samtidigt har samhället också en skyldighet att värna om att alla får plats på arbetsmarknaden och för att de enskilda arbetssökandenas personliga integritet inte kränks av testerna.

Tredje man har ett intresse av att de anställda inte använder narkotika, vilket kan innebära risker för denne både till person och egendom.

d) Överväganden

Utredningen vill *inledningsvis* åter understryka att den *rättsliga grunden*

för arbetsgivaren att kräva och arbetstagarnas skyldighet att underkasta sig narkotikatester under anställning står att finna i *det enskilda anställningsavtalet*. Anställningsavtalet får sitt innehåll uttryckligen eller intolkat från bl.a. det personliga avtalet mellan arbetsgivare och arbetstagare men också bl.a. från lagstiftning och kollektivavtal.

Det finns, som tidigare nämns, *ingen författningsreglering om narkotikatestning* i arbetslivet.

Det centrala problemet är, enligt utredningens uppfattning, den intressekollision som finns mellan *arbetsgivarens skäl* att genomföra narkotikatester på anställda och de anställdas krav på *skydd för den personliga integriteten*.

Som framgår av 12.4.4 ovan går det inte av enkätundersökningen att utläsa arbetsgivarnas specifika skäl att kräva att de anställda underkastar sig narkotikatest. Däremot framgår det vilka de vanligaste skälen är som arbetsgivarna angett för att under år 1994 kräva medicinska undersökningar i allmänhet, dvs. inkluderande narkotikatester, av anställda.

Som utredningen tidigare nämner sker en narkotikatest genom att ett *urinprov* analyseras. Detta prov i sig innebär *endast ett mindre ingrepp* i den personliga integriteten.

Det är i sammanhanget inte oväsentligt att urinprov ofta ingår som en del i en vanlig läkar- eller hälsoundersökning och att detta i allmänhet uppfattas som något naturligt av de enskilda.

Vad gäller själva urinprovet uttalade arbetsdomstolen i domen, AD 1991 nr 45, (s. 284) att ingreppet (urinprovet) "som sådant allmänt sett får betraktas som ringa".

Utredningen vill också peka på den ovan nämnda attitydundersökningen som Huddinge sjukhus laboratorium genomförde år 1995 och som visar att nästan ingen av de som genomgått testerna uppfattade testerna som kränkande.

I den likaledes ovan nämnda interna ILO-rapporten från år 1995 (s.3) anges vidare att urinprov är "a method which is simple, non-invasive, inexpensive, generally applicable and relatively acceptable to workers".

Av vikt för frågan om skydd för den personliga integriteten är att den enskilde kan utöva sin *självbestämmanderätt* och att han därför får tillräcklig och adekvat *information* från arbetsgivaren om bl.a. testerna.

Det är samtidigt viktigt att det på arbetsplatsen finns en *skriftlig policy med handlingsprogram* vad gäller hanteringen av narkotikamissbruk på arbetsplatsen, se vidare nedan.

Av stor betydelse för den personliga integriteten är även att dessa tester genomförs på ett *godtagbart sätt. Utredningen vill kraftfullt understryka den kvalitativa aspekten.* Det måste bl.a. krävas att de testmetoder som används är ändamålsenliga och säkra. Att testerna inte ger utslag för andra än de avsedda substanserna måste vara en självklarhet. Utredningen hänvisar vad gäller kvalitetssäkringen av narkotikatester nedan till 12.4.5. Narkotikatester under anställning torde i de allra flesta fallen äga rum inom företagshälsovården och inom den övriga hälso- och sjukvården. Den undersökande hälso- och sjukvårdspersonalen har enligt gällande sekretess- och sjukvårdslagstiftning att beakta integritetsfrågorna.

Narkotikatester under anställning, skall i de fall testerna utförs inom företagshälsovården eller i övrigt inom hälso- och sjukvården, dokumenteras i en patientjournal. Följaktligen är bestämmelserna i patientjournallagen och i förekommande fall även datalagen tillämpliga.

En vägning skall således göras mellan de skäl arbetsgivaren har att påfordra narkotikatester av sina anställda och de anställdas krav på skydd för den personliga integriteten. Som nämns ovan är grunden för både krav och skyldigheter vad gäller narkotikatester det enskilda anställningsavtalet. Detta avtal kan som anförs ovan fyllas ut. Arbetsgivarens skäl att påfordra tester kan hämtas från bl.a. lag och avtal. Utredningen skall något beröra detta nedan.

Arbetsgivarens skäl att påfordra sådana tester kan härledas ***ur författningsbestämmelser.*** Dessa bestämmelser kan fylla ut det enskilda anställningsavtalet, varför en skyldighet för de anställda att underkasta sig testerna därför kan föreligga. Enligt utredningen är framför allt **AML** härvid av intresse.

Narkotikatester under anställning kan i nästan samtliga fall vara ett medel för att skapa en säkrare arbetsmiljö.

Arbetsgivaren skall *"vidta alla de åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa och olycksfall"* (3 kap. 2 §§ AML). Arbetsgivaren har också ett rehabiliteringsansvar (3 kap. 2 a § AML samt 22 kap. AFL). I bl.a. 6 kap. AML finns bestämmelser om

hur arbetsmiljöfrågorna skall hanteras och om skyddsombud och skyddskommittér. Lagen om medbestämmande i arbetslivet (MBL) gäller även arbetsmiljöfrågor.

Enligt 3 kap. 4 § AML skall arbetstagare medverka i arbetsmiljöarbetet och följa givna föreskrifter samt använda skyddsanordningar för att förebygga ohälsa och olycksfall. Om detta medansvar inte följs och föreskrifterna negligeras, torde arbetsgivaren i vissa fall kunna skilja arbetstagaren från anställningen (se prop. 1976/77:149 s. 259). Arbetsgivaren kan då tillmäta en vägran betydelse som ett åsidosättande av vad som åligger arbetstagaren i anställningsförhållandet. Frågan om skyldighet för anställda att underskasta sig narkotikatester i dessa sammanhang har dock inte uppmärksammats av lagstiftaren.

AD intolkade i domen AD 1991 nr 45 dock att en sådan skyldighet fanns enligt aktuella anställningsavtal. Det var då fråga om en arbetsplats där säkerhetsproblematiken är uttalad. Narkotikatestningen skulle ske med syftet att tillgodose säkerheten i arbete som *"på ett utpräglat sätt kräver omdöme, god reaktionsförmåga och skärpt uppmärksamhet"*. Domstolen konstaterade i domen bl.a. att de aktuella *testerna varit ändamålsenliga för sitt syfte och att en tillräckligt säker undersökningsmetod använts, att sekretessen varit tillfredsställande och att arbetsgivaren lämnat tillräcklig information om testförfarandet till arbetstagarna vid undersökningen.*

Utredningen vill understryka att AD genom domen endast uttalat sig om narkotikatestning under föreliggande specifika omständigheter och att domstolen enbart uttalat sig om säkerheten på arbetsplatsen enligt AML.

Utredningen utgår nedan från att testen genomförs på ett godtagbart sätt (jfr AD:s dom) och hänvisar i övrigt vad gäller testförfarandets kvalitet till 12.4.5 nedan.

Enligt utredningens mening bör ***narkotikatestning* av anställda *med åberopande av AML* vid andra omständigheter än de som redovisas i domen AD 1991 nr 45** endast få ske, om dessa ***omständigheter är kvalificerade***. Ett allmänt åberopande av arbetsmiljö- eller säkerhetsskäl menar utredningen inte bör räcka. Det skall vara fråga om *kvalificerade säkerhetsintressen* som testerna skall avse att skydda för att ett krav på genomförande av testerna skall väga upp intrånget i de anställdas personliga integritet. Det kan då t.ex. röra sig om yrken eller

befattningar, där en påverkan av narkotika kan innebära en omedelbar fara för den enskilde arbetstagaren eller hans arbetskamrater.

Huruvida sådana ålagda tester rättsligt skulle kunna utföras *inom ramen för övrig lagstiftning om medicinska undersökningar* som berörs i avsnittet om regler om medicinska undersökningar i arbetslivet är tveksamt. Lagstiftaren syns i motiven till dessa författningar inte ha behandlat denna fråga. Arbetsdomstolen konstaterade dock i domen AD 1991 nr 45 att så var fallet när det gäller AML. Teoretiskt torde även Arbetarskyddsstyrelsen med nuvarande bemyndiganden kunna föreskriva om obligatoriska narkotikatester av arbetstagare enligt AML, t.ex. i vissa riskfyllda yrken.

En vägning mellan arbetsgivarens skäl att testa och de anställdas krav på personlig integritet skall även ske, då **arbetsgivarens krav att narkotikatester skall genomföras grundar sig på avtal**. *Anställningsavtalet kan som nämns ovan också få sitt innehåll genom avtal, t.ex. det personliga avtalet eller kollektivavtal.*

Det bör dock observeras att en viss tveksamhet, som ovan nämns, kan råda i vilken omfattning sådana avtal blir bindande för den enskilde. Vad beträffar möjligheten att kontrollera användningen av narkotika *vid arbete där säkerhetsaspekten är uttalad* menade AD i sin dom AD 1991 nr 45 (s. 280 f), *att avtal kunde träffas om skyldighet för arbetstagarna att underkasta sig "urinprovstagning"*. AD uttalade vidare. "Ett sådant avtal torde visserligen inte kunna betraktas som bindande i den meningen att dess fullgörande skulle kunna utkrävas med rättsliga tvångsmedel, såsom vite eller allmänt skadestånd för kollektivavtalsbrott (jfr NJA 1975 s. 16). Därav följer dock inte att en arbetstagares vägran att underkasta sig provtagning i enlighet med det avtalade åtagandet inte som rättslig verkan skulle kunna medföra förlust av anställningen".

Utredningen är av den uppfattningen att ett avtal i frågan ändå arbetsrättsligt reglerar frågan tillräckligt mellan parterna. En arbetstagares vägran att underkasta sig tester enligt ett sådant avtal kan ytterst medföra en förlust av anställningen. Skulle tvister uppstå om dessa avtals innehåll vad gäller testerna, får saken ytterst slitas av AD. Oskäliga avtalsvillkor, åtminstone i det personliga avtalet, torde kunna jämkas med stöd av 36 § avtalslagen.

Enligt utredningens mening syns också från statsmaktens sida allmänt ges utryck för att den lämpligaste vägen att lösa tvister på arbetsmark-

naden är genom *kollektivavtal*. Utredningen vill i sammanhanget hänvisa till Kommissionen om den svenska arbetsrätten. Enligt kommissionens direktiv (dir. 1995:30) är kommissionens syfte att under medverkan av arbetsmarknadens parter finna former för hur parterna i så stor utsträckning som möjligt genom *kollektivavtal* kan utforma de arbetsrättsliga reglerna så, att de fungerar väl i praktiken och blir så enkla och effektiva som möjligt.

På arbetsmarknaden har parterna lokalt träffat ett flertal *kolletivavtal* om bl.a. narkotikatestning. I maj 1995 slöt Sveriges Redareförening (SRF) och Sveriges Fartygsbefälsförening (SFBF) ett centralt kollektivavtal om alkohol- och drogpolicy. Målsättningen med policyn är att "värna om säkerheten inom svensk sjöfart genom att förhindra alkoholmissbruk och bruk av droger. Ansvaret för liv och last och miljö kräver att olycksrisken minimeras". Policyn innehåller bl.a. bestämmelser om alkohol- och drogtester.

På den offentliga sidan torde med hänsyn till regleringen i 30 § LOA endast överenskommelser om narkotikatester ingående i periodiska hälsoundersökningar kunna träffas. Inom utredningen har framförts det otillfredsställande i att en offentlig arbetsgivares möjligheter att träffa avtal om dessa tester begränsas av nuvarande lagstiftning. Den skillnad som härvidlag föreligger mellan privata och offentliga arbetsgivare har uppfattats som omotiverad. Som ovan anges faller dock en utvärdering av 30 § LOA i sammanhanget utanför ramen för denna utredning.

De fall där tester skulle kunna accepteras vid en vägning mellan de motstående intressena torde, enligt utredningen, framför allt röra arbetsuppgifter där *säkerhetsaspekten är uttalad*. Arbetsgivaren har utifrån anställningsförhållandet ett berättigat krav på att de anställda inte är påverkade när de utför sitt arbete. I vissa yrken gör sig detta krav särskilt gällande. Det kan t.ex. röra yrken inom transportsektorn och där den enskilde t.ex. hanterar maskinell utrustning för stora ekonomiska värden. Även tredje man och samhället har ett intresse av att arbetstagare inte är narkotikapåverkade, då en påverkad arbetstagare kan orsaka allvarliga person- och egendomsskador utanför arbetsplatsen. Enligt utredningens mening bör narkotikatester kunna förekomma på arbetstagare som utför ett arbete som innebär *uttalade risker för tredje man och för samhället*. I vissa fall kan en påverkad arbetstagare utgöra en risk även för samhället genom att det arbete som han utför t.ex. *innebär risker för miljön*.

Enligt utredningens mening bör arbetsgivarens skäl att använda narkotikatester anses godtagbara, om dessa är *nödvändiga av affärsmässiga skäl*. Det kan här t.ex. vara fråga om krav på narkotikatester av de anställda från utländska köpare exempelvis från USA. I dessa fall kan risken för driftsinskränkningar vara ett skäl som väger tyngre än de enskildas anspråk på skydd för den personliga integriteten. Under utredningen har inte närmare framkommit i vilken omfattning sådana krav förekommer.

En jämförelse kan här göras med det danska lagförslaget om bruk av hälsoinformation m.m. på arbetsmarknaden. I dess 5 § 1 st. ges lättnader i de förbud mot informationsinhämtning som lagen stadgar "när det er nodvendigt for at tilgodose vaesentlige hensyn til verksomhedens drift".

Även i *rehabiliteringssituationer*, framför allt efter avslutad vård, torde ålagda narkotikatester kunna accepteras. Arbetsgivaren har då som regel bekostat vården.

Utredningen understryker att denna uppräkning inte gör anspråk på någon fullständighet.

Enligt utredningens mening uppvägs det intrång i arbetstagarnas personliga integritet som narkotikatestning under anställning enligt avtal innebär, *endast om kvalificerade omständigheter föreligger*, vad gäller säkerhet m.m. I dessa fall menar utredningen att de enskilda måste tåla det ingrepp i den personliga integriteten som testerna kan innebära.

Efter denna korta genomgång menar utredningen vad gäller behovet av lagstiftning rörande narkotikatester följande.

Utredningen har vid sina undersökningar inte erfarit att användandet av dessa tester under anställning skulle missbrukas. Det kan även påpekas att utredningen inte upplevt någon allmän konfrontationsstämning mellan arbetsgivar- och arbetstagarsidan vad gäller frågan om narkotikatester. Ytterst få centrala förhandlingar har genomförts om användande av dessa tester. Frågan verkar mest lösas lokalt och de tvistigheter som då syns ha uppstått rör inte testernas vara i sig utan framför allt omfattningen och formerna för dessa tester. Utredningen har också fått den uppfattningen att i de fall företag infört tester, har detta haft ett brett stöd av lokala fackliga organisationer och av anställda.

Det bör observeras att övriga nordiska länder saknar lagreglering om narkotikatester av anställda.

Utredningen är av den meningen att frågan om narkotikatester under anställning är allt för komplex och beroende, bl.a. av de särskilda arbetsuppgifternas innehåll och de lokala förhållandena på varje enskild arbetsplats m.m., för att lämpa sig för en lagreglering som i alla delar behandlar användandet av dessa tester. Narkotikatester kan dessutom utföras av ett flertal olika skäl. Det torde vara omöjligt att med lagstiftning tillfredsställande reglera denna testverksamhet fullt ut.

Utredningen har inte heller funnit att det skulle föreligga några missförhållanden eller ofullständigheter som gör att patientjournallagen eller datalagen behöver ändras eller kompletteras för att de skall uppfylla de krav som man måste kunna ställa på dokumenteringen av narkotikatester under anställning.

Den sekretess som gäller för enskilds personliga förhållanden, t.ex. missbruk, inom såväl den allmänna som den enskilda hälso- och sjukvården är mycket stark. Det finns därför enligt utredningens uppfattning ingen anledning att ytterligare stärka sekretesskyddet för uppgifter som rör narkotikatestning före eller under en anställning.

Utredningen hänvisar vad gäller frågor i övrigt om dokumentering och tystnadsplikt till 12.6 nedan.

Enligt utredningens mening bör frågan om narkotikatester därför alltjämt vara *en sak att lösa för i första hand arbetsmarknadens parter*. Det är dessa parter som gemensamt får bedöma om skäl föreligger för att införa tester och därvid väga de olika intressen som står mot varandra. Det är dessa parter som tillsammans skall sätta gränser för verksamheten. Lämpligen bör de då beakta bl.a. de riktlinjer som ILO:s expertmöte uttalade år 1993.

Användningen av narkotikatester bör också enligt utredningens mening *avtalsregleras*. Detta kan, som nämns ovan, således ske genom överenskommelser mellan arbetsgivaren och de enskilda arbetstagarna eller arbetstagarorganisationerna lokalt. Möjligheten finns också att träffa centrala kollektivavtal. Som utredningen tidigare anför, torde den offentliga arbetsgivarens möjligheter att träffa avtal om narkotikatester begränsas av 30 § LOA.

Utredningen vill i sammanhanget understryka att arbetsmarknadens parter under lång tid samarbetat kring arbetsmiljöfrågor. Det första arbetsmiljöavtalet slöts redan år 1942. Även om inte hela arbetsmarknaden omfattas av gällande arbetsmiljöavtal, menar utredningen att denna långa tradition av samarbete är något att använda även i denna fråga.

Ett problem i sammanhanget är den förändrade arbetsorganisationen. Maximal arbetsdelning och en hierarkisk arbetsorganisation har i stora delar övergivits. Dagens företag styrs i allt högre grad av värderingar. Arbetsorganisationen sker i dag ofta mer i form av lagarbete, där man tar över varandras uppgifter och där gamla befattningsgränser suddas ut. Många gånger sker också rotation mellan arbetsuppgifterna. Detta kan, beroende på vilken organisation arbetsgivaren har, innebära svårigheter, om avsikten är att narkotikatestning skall knytas till en viss tjänst eller till vissa arbetsuppgifter.

Utredningen vill ytterligare anföra följande.

Utredningen är av den åsikten att narkotikatester för att fungera i ett arbetsmiljöarbete måste ingå i ett *sammanhang*. I många företag där dessa tester används, ingår dessa tester som en mindre del i en av arbetsgivare och arbetstagare gemensamt framtagen *skriftlig policy med handlingsplan* för hur missbruk av narkotika på arbetsplatsen skall hanteras. Utredningen anser att en sådan policy bör utgöra grunden för arbetet mot narkotikamissbruk på arbetsplatsen. *Det normala bör vara att en sådan policy tas fram innan testverksamheten påbörjas.*

Att narkotikatester bör kopplas till en policy har uttalats internationellt, t.ex. i de riktlinjer för bl.a. narkotikatester som utarbetades av ILO:s expertmöte år 1993 (se ovan om internationella förhållanden, International Labour Organization).

When a testing programme is being considered, a formal written policy should be developed indicating the purpose for testing, rules, regulations, rights and responsibilities of all the concerned parties. Drug and alcohol testing, as a part of a comprehensive programme, should be based on the greatest possible consensus among the parties involved in order to ensure value.

I Sverige har bl.a. Alna-rådet och SAF förespråkat att det bör finnas en policy vid testning. Folkhälsoinstitutet driver också ett projekt i Sundsvall, där narkotikatester vid företag ingår som en del av ett större program mot missbruk på orten. Även Arbetarskyddsstyrelsen har, som framgår nedan, något berört frågan.

Allmänt kan sägas att policyn, för att ha något värde för arbetsmiljöarbetet, bör arbetas fram gemensamt av företaget och personalorganisationerna. Även företagshälsovården, som i de flesta fall torde komma att verkställa narkotikatester, spelar här en viktig roll. Minst lika viktig som policyn är enligt utredningens mening processen att ta fram den. Det är viktigt att i denna process skapa delaktighet och möjligheter till påverkan för alla parter, vilka skall stödja och tillämpa dess innehåll.

Policyn bör ge uttryck inte för ett *preventivt* utan *ett promotivt synsätt*. Det preventiva synsättet innebär att man fokuserar på något sjukt, identifierar faktorer vilka leder till det sjuka och eliminerar detta. Ett sådant synsätt medför mer av kontroller och restriktioner. Det promotiva synsättet innebär att man fokuserar det friska, identifierar faktorer vilka leder till det friska och stödjer och stärker dessa faktorer. Ett sådant betonar mer värden, värderingar och alternativ.

I den skriftliga policyn bör parterna formulera de värden som är viktiga för organisationen, mål för insatsen med policyn och medel för att nå målen. Policyn bör omfatta insatser avseende både information och utbildning kring frågor om drogmissbruk. Vad gäller information är det t.ex. viktigt att både de arbetssökande och de anställda får kunskap om dess innehåll. I policyn bör även noga beskrivas vilken arbetsmiljö som väntar den arbetssökande.

Policyn bör vara informativt mycket tydlig och *understryka att det är missbruket inte missbrukaren som skall bort från arbetsplatsen. Policyn bör betona att testerna endast är ett av flera medel mot missbruket.* Av policyn bör bl.a. framgå varför narkotikatestningen skall utföras. Frågor om sekretess och integritet bör därvid också behandlas. Det bör vidare kunna utläsas vilken narkotika som avses att testas för och vilka åtgärder som skall sättas in om en anställd visar ett positivt prov. I policyn bör även understrykas arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Rutiner bör beskriva hur hjälp kan ges den enskilde med kamratstöd, behandlingskontakter m.m.

Om en narkotikapolicy, som sätter in narkotikatesterna i ett större sammanhang, arbetas fram, tror utredningen att spänningar inte behöver uppstå kring frågan om dessa tester. Parterna kan då på arbetsplatsen verka mot narkotika på ett sätt som alla kan dra nytta av och acceptera. Motsatsvis torde det på en arbetsplats, där det inte finns en sådan policy, finnas mer problem både med frågan om missbruk av narkotika och om narkotikatestning.

Frågan om narkotikapolicy och 3 kap. 2 a § AML har berörts av Arbetarskyddsstyrelsen i 13 § kungörelsen med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1). Av bestämmelsen framgår att arbetsgivaren skall ha rutiner rörande arbetsanpassning och rehabilitering vid missbruk av alkohol eller andra berusningsmedel. Dessutom skall arbetsgivaren klargöra vilka interna regler och rutiner som gäller, om en arbetstagare uppträder påverkad i arbetet. I Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd till bestämmelsen anges, att arbetsgivarna lämpligen i samråd med arbetstagarna kan ta fram ett handlingsprogram om hur olika slag av missbruk skall hanteras.

Enligt utredningens uppfattning har Arbetarskyddsstyrelsen möjlighet att utfärda allmänna råd vad gäller narkotikatester inom AML:s ram.

12.4.5 Kvalitetessäkring av narkotikatester

a) Ackreditering

Tillförlitlighet och god kvalitet är grundläggande krav som måste ställas på all medicinsk verksamhet. Ackreditering av ett laboratorium borgar för att dessa krav uppfylls. Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll, Swedac, är den statliga myndighet som ansvarar för ackreditering av bland annat laboratorier. Ackrediteringssystemet är baserat på internationella regler som utarbetats av EG/EFTA. Dessa regler kommer till uttryck i EN 45 000 serien och den svenska överrsättningen av dessa SS-EN 45 000. *En ackreditering är ett bevis på att laboratoriet har fått sin kompetens granskad, bedömd och bekräftad av ett oberoende statligt organ.* För att säkerställa att god kvalitet upprätthålls, även efter det att ett laboratorium erhållit sin ackreditering, utför Swedac årligen en revision av laboratoriets verksamhet.

En ackreditering avser ett visst specificerat område. Ett laboratorium som utför analyser omfattande flera olika områden är skyldigt att precisera vilket område och vilka analyser ackrediteringen avser. På avdelningen för klinisk farmakologi vid t.ex. Huddinge sjukhus är narkotikaanalyserna ackrediterade.

b) Narkotikatestverksamheten vid Huddinge sjukhus

Utredningen har haft kontakt med drogtestverksamheten vid klinisk farmakologi på Huddinge sjukhus för att få reda på hur verksamheten

fungerar, uppgifter om olika typer av tester samt om narkotikans vanligaste effekter och biverkningar. Utredningen hänvisar här till bilaga 19 och 20.

c) Överväganden

Enligt utredningen uppfattning råder det ingen tvekan om att provtagningsrutinerna vid narkotikatester och andra motsvarande medicinska undersökningar måste läggas upp på ett sådant sätt att säkerheten främjas och fusk försvåras. Det gäller därför för hälso- och sjukvårdspersonalen eller annan som tar prover att vara medveten om de olika metoder som kan förekomma. Man måste ta med i beräkningarna att resultaten kan ifrågasättas på grund av faktiska misstag, av illvilja eller som ett försök att undgå följderna av ett positivt resultat. Bestämmelser för narkotikatester med urinanalys av anställda bör utformas så att provet och givaren skyddas.

Ett tillförlitligt narkotikatestprogram är ett system av kontroller som styr hela proceduren för urinanalys. Det bevisar att ett visst urinprov kommer från en viss person och att de rapporterade resultaten utom allt tvivel avser det provet. Rättssäkerheten måste vara tillfredställande för hela kedjan, från kallelse och provtagning via transport till analys och slutligen svarsrutin. Det är väsentligt att inte någon felaktigt anklagas för att ha lämnat ett positivt prov. Det kan få följden att någon på felaktiga grunder inte får en anställning som han söker eller att någon skiljs från sin nuvarande anställning.

Utredningen anser att personalen i samband med provtagningen bör beakta följande aspekter.

- Att den enskildes integritet respekteras.
- Att den enskilde har fått information om vad provet skall omfatta.
- Att den enskilde samtyckt till provtagningen och erkänt att proceduren utförts i enlighet med givna instruktioner.
- Att provet inte testas för något annat än den enskilde samtyckt till.
- Att uppgifter om aktuell medicinering från den enskilde finnas som en hjälp vid tolkningen av resultat.
- Att provet skyddas mot all slags avsiktlig eller oavsiktlig förorening, förfalskning, påverkan eller utbyte av prov.
- Att dokumentation skett av provet.

En metod att säkerställa provet är att provet delas upp i två flaskor. En för omedelbar analys och en som senare kan användas för en oberoende analys av samma prov. Vidare bör personalen använda sig av förpackningsmaterial och dokumentation som förhindrar manipulering och ger en säker befordran.

Erfarenheterna från dopingtestverksamheten inom idrotten visar på nödvändigheten av att det bör finnas ett system för kontinuerlig utbildning av de personer som genomför en provtagning. Utredningen utgår dock ifrån att dessa prov i de allra flesta fall tas av någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen inom företagshälsovården. I dessa fall bör personalen inom ramen för sin utbildning och den fortsatt praktiska tjänstgöringen ha tillräcklig kännedom och erfarenhet för att kunna genomföra provtagningen på ett korrekt sätt.

För de flesta företag m.fl. som har sin verksamhet på ett eller ett fåtal ställen torde det i dag i princip inte vara något problem att införa tester i stor skala. Däremot kan det vara svårt att praktiskt genomföra dessa på samtliga anställda för en del företag. De företag som har sin personal utspridd över hela landet eller där personalen arbetar ute på fältet kan ha svårt att få sin företagshälsovård att klara av provtagningen på ett vettigt sätt. På sikt kan det därför bli så att det på marknaden etableras specialister på drogtester. Om därför provtagningen skall ske av annan än den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, bör denna först genomgå en särskild utbildning för detta ändamål. Det bör även utarbetas etiska regler för verksamheten. Utbildningen av provtagare skulle kunna leda fram till att provtagaren auktoriseras och erhåller en form av "legimitation". Endast personer som har ett sådant godkännande skall tillåtas att genomföra ifrågavarande tester. Detta ökar säkerheten kring provtagningen.

Utredningen anser från rättssäkerhetssynpunkt att det inte är acceptabelt att utföra en screening på "fältet" och vid eventuellt positivt analyssvar skicka provet vidare för verifiering till ett labaroatorium. Kedjan av säkerhet bryts och förväxlingsriskerna ökar markant. Dessutom försvinner möjligheten att mäta kreatininkoncentrationen i urinet för att utröna om eventuell utspädning föreligger. Detta tillvägagångssätt har också helt förkastats inom idrotten och t.ex. i USA, där kravet på säkra tester och provsvar ställs högt. Drogtestning och andra medicinska undersökningar i arbetslivet sker emellertid som regel inom ramen för företagshälsovården eller inom den övriga hälso- och sjukvården och utförs av hälso- och sjukvårdspersonal.

Efter vad utredningen kunnat finna förekommer inte några missförhållanden i samband med denna verksamhet.

Ett laboratorium som utför narkotikaanalyser åt företag bör naturligtvis vara ackrediterat. Det kan vara lämpligt att dessa laboratorier i förekommande fall svarar för utbildningen av andra provtagare än dem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.

12.5 Gentester

Utredningens bedömning: Utredningen anser att gentester i arbetslivet skall vara förbjudna. Med hänsyn till det av Socialdepartementet lämnade förslaget om genetisk integritet föreslår utredningen dock inte någon författningsreglering i denna del.

12.5.1 Allmänt

Med *gentest* avses här genteknik med utnyttjande av deoxyribonukleinsyre- eller ribonukleinsyreanalys (DNA- eller RNA-analys). Definitionen avser tester som skall genomföras på denna nivå för att inhämta upplysningar om ett i förväg definierat arvsanlag. Det är således fråga om en smal analys.

Genetisk information kan, som framgår av avsnittet om genteknik, inhämtas på en mängd olika sätt och på olika nivåer, t.ex kromosom- eller proteinnivå. Gentesten kan sägas utgöra en del av en vidare *genetisk undersökning*. Att definitionen här gjorts så smal beror på att DNA- och RNA-analyser möjliggör ett studium av arvsmassan på molekylnivå. Det är därför en metod som ger en ökad precision och säkerhet. Den torde vara den metod som allmänt kommer att användas vid denna testverksamhet och som skulle kunna kommersialiseras snabbast.

Den dramatiska molykylärbiologiska utvecklingen erbjuder en rad nya metoder. Det går nu att identifiera gener, som innebär att den person som utsätts för exponering av något slag löper en ökad risk att bli sjuk. Även andra gener, som ökar risken för den enskilde att drabbas av sjukdomar, sjukdomar som kan vara svåra att skilja från arbetssjukdomar, kan också identifieras. De nya metoderna för att undersöka

gener har lett till oro.

I avsnittet om genteknik och bilaga 17 redogörs närmare för riskerna med användandet av dessa tester i arbetslivet.

12.5.2 Gentester i arbetslivet

a) Den rättsliga grunden

I dag finns i Sverige ingen lagstiftning som begränsar användandet av genetiska undersökningar i arbetslivet. En arbetsgivare kan därför med stöd av sin *fria anställningsrätt* t.ex. kräva att de arbetssökande visar intyg på genomgången genetisk test.

Liksom vid andra medicinska undersökningar utgör *det enskilda anställningsavtalet* grunden för arbetstagarnas skyldigheter att underkasta sig dessa tester. Detta avtal kan, som tidigare nämns, fyllas ut med bl.a. lag och kollektivavtal. Utredningen har ovan, se 12.1, något berört möjligheten att under vissa omständigheter jämka åtminstone det personliga avtalet mellan arbetsgivare och arbetstagare enligt 36 § avtalslagen.

b) Användningen

Det ställdes i enkätundersökningarna inga direkta frågor om gentester i arbetslivet. Utredningen ställde i och för sig vid enkätundersökningarna öppna frågor som också omfattade gentester. Ingen svarade att sådana tester förekom. Utredningen har även vid de hearingar som förevarit och vid undersökningarna i övrigt, erfarit att gentester i arbetslivet i dag inte förekommer. Detta kan emellertid mycket snabbt ändras. Förändringar i samhället och i utlandet kan innebära att ett incitament att introducera dessa tester kan uppstå eller förstärkas.

c) Skäl för och emot

Enligt utredningen kan en *arbetsgivare* ha åtminstone *två skäl* för att genomföra genetiska tester på arbetssökande eller anställda. Ett av skälen skulle vara att testa personer för *sjukdomar som är arbetsplatsrelaterade*. Arbetsgivaren skulle då kunna sålla bort känsliga individer i stället för att förbättra arbetsmiljön. Det andra skälet skulle vara att genomföra tester för *ärftliga sjukdomar* i allmänhet eller påfordra att

den enskilde lämnade infomation om resultatet av sådana tester som gjorts av medicinska skäl. En arbetsgivare skulle i en anställningssituation då ha som syfte med testerna att gallra bort de arbetssökande som sannolikt skulle komma att drabbas av någon ärftlig sjukdom, som skulle utvecklas alldeles oavsett i vilken arbetsmiljö den enskilde befinner sig.

För den *enskilde* kan skäl för att vilja undergå en gentest t.ex. vara att denne vill ha information om vilka arbetsmiljöer som han bör undvika respektive klara av. Mot detta står dock att dessa undersökningar innebär ett intrång i den enskildes och även dennes närståendes personliga integritet.

Samhällets intresse för att gentester utförs kan t.ex. vara att man skulle kunna undvika olyckor och arbetsskador. Mot detta står dock samhällets ansvar för att arbetsmarknaden har plats för alla, även sjuka och att det allmänna skall verka för att de enskildas personliga integritet inte träds för när.

Tredje man har ett intresse av gentester som minskar risken för att arbetstagare p.g.a. ärftlig sjukdom, t.ex. en pilot med Huntingtons sjukdom, orsakar honom skada.

d) Överväganden

Det centrala problemet, menar utredningen, är spänningen mellan *arbetsgivares skäl* på att få genomföra gentester och de enskildas anspråk på skydd för den *personliga integriteten*.

Något spänningsfält existerar för dagen inte, eftersom gentester inte förekommer i landet.

Det finns i dag ändå hos allmänheten en viss oro för att genetisk information kan komma att användas på ett diskriminerande sätt i arbetslivet.

Det går i dag inte att med genteknikens hjälp fastställa, vilka individer som har särskild benägenhet att reagera negativt på en viss arbetsmiljö. Däremot är det i dagsläget möjligt att utföra predikativa anlagstest för vissa ärftliga sjukdomar. En sådan test säger dock inte något om den enskildes aktuella hälsa, vilket enligt utredningen skall vara grunden vid beslut om anställning.

Genteknologin utvecklas snabbt och på ett sätt som man inte riktigt kontrollerar. Man kan för dagen inte klart se konsekvensera av detta. Risken finns att teknologin kan användas för diskriminering i arbetslivet p.g.a. arvsanlag. Tilltron till genetisk kunskap har också alltid varit hög och risken finns att det odlas en övertro som kan leda fel. Runt den genetiska kunskapen finns också mycket mytbildning. Gentester tillskrivs möjligheter som de inte kan förverkliga. Detta kan innebära att en efterfrågan ändå uppstår och en marknad kan bildas kring billiga genetiska tester för att användas på arbetsmarknaden.

Enligt utredningens mening bör lagstiftningen sträva efter att ligga före en sådan utveckling. En sådan lagstiftning bör också vara mycket restriktiv. De etiska skälen härför är kraftfulla. Respekten för människans värde och hennes personliga integritet spelar här en avgörande roll.

Utredningen är av den uppfattningen att de genestiska undersökningarna bör förbehållas hälso- och sjukvårdens egen verksamhet samt den medicinska forskningen. De hearingar som förevarit har gett vid handen att det i dagsläget inte finns tillräcklig kunskap för att göra säkra genetiska tester med arbetsmiljörelaterade riskfaktorer. Redan på grund härav saknas enligt utredningens mening skäl att tillåta genetiska tester i arbetslivet. De etiska argumeneten mot dessa tester talar starkt för ett förbud. Utredningen är av den uppfattningen att denna åsikt delas av de flesta på arbetsmarknaden. Om förhållandena i framtiden skulle förändras, får lagstiftaren då ta ställning till om gentester bör få förekomma på detta område.

Internationellt har man också uppmärksammat genteknikens faror. Som utredningen nämner i avsnittet om internationella förhållanden (International Labour Organization) pågår arbete bl.a. inom EU och FN kring denna problematik. Det internationella arbetet syftar till begränsningar i genteknikens användning och till skydd för det mänskliga genomet. Nämnas kan också att Norge år 1994 i praktiken förbjudit genetiska undersökningar i arbetslivet och att det i Danmark föreligger ett förslag till lagstiftnig som begränsar möjligheterna att använda bl.a. gentester i arbetslivet.

Utredningen menar således att genetiska tester inte skall förekomma i arbetslivet. Frågan är då om det föreligger något behov för utredningen att föreslå någon lagstiftning på området.

Användningen av genetik på människor regleras närmast i lagen (1991:114) om användning av viss genteknik vid allmänna hälsoundersökningar (gentekniklagen). Enligt gentekniklagen fordras för att undersöka en människas arvsmassa med utnyttjande av DNA eller RNA tillstånd av Socialstyrelsen om *undersökningen utgör eller ingår som ett led i en allmän hälsoundersökning*. Ett sådant tillstånd får endast lämnas om undersökningen är inriktad på att söka kunskap om sjukdomsförhållanden som är av allvarlig art eller annars av särskild betydelse för hälso- och sjukvården. Lagen innehåller i övrigt bl.a. en bestämmelse om att tillstånd kan förenas med villkor som behövs för att begränsa undersökningsverksamheten eller kontrollera denna. Vidare fastslås att dessa undersökningar inte får omfatta annan än den som gett sitt skriftliga samtycke. Socialstyrelsens beslut kan överklagas till Kammarrätten.

Den gällande gentekniklagen är således begränsad vad gäller tillämpningsområdet. Sålunda gäller den endast genetiska undersökningar som tillkommer på initiativ av hälso- och sjukvården och som vidtas vid allmänna hälsoundersökningar. Detta innebär bl.a. att genetiska undersökningar som sker på initiativ av annan, t.ex. en arbetsgivare eller sker vid andra former av hälsoundersökningar, således faller utanför lagens ramar. Likaså omfattas inte, som framgår ovan, genetiska undersökningar som tillkommit på initiativ av den enskilde.

Som framgår av avsnittet om utredningens bedrivande ovan har Socialdepartementet under våren 1996 lagt fram ett förslag om lagstiftning rörande genetisk integritet (Ds 1996:13). Med hänsyn till förslaget anser utredningen det inte motiverat att för sin del föreslå några lagstiftningsåtgärder på området. Utredningen hänvisar i stället till den aktuella departementspromemorian.

12.6 Medicinska undersökningar i arbetslivet; dokumentation, tystnadsplikt och samtycke

Utredningens bedömning: De nuvarande förhållandena har inte motiverat utredningen att lägga fram något lagförslag vad gäller dokumentation och tystnadsplikt i samband med medicinska undersökningar i arbetslivet.

12.6.1 Om dokumenteringen

Medicinska undersökningar i arbetslivet, vare sig de sker i samband med en nyanställning eller under en pågående anställning, skall dokumenteras i en patientjournal. Utredningen utgår då ifrån att undersökningarna utförs inom hälso- och sjukvården och av någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Om verksamheten upphör, får journalerna under vissa omständigheter tas om hand. Följaktligen är bestämmelserna i patientjournallagen och i förekommande fall även datalagen tillämpliga.

Utredningen har inte funnit att det skulle föreligga några missförhållanden eller ofullständigheter som gör att nämnda lagar i berörda hänseenden behöver ändras eller kompletteras för att de skall uppfylla de krav som man måste kunna ställa på dokumenteringen av medicinska undersökningar i arbetslivet eller om någon enskild verksamhet, t.ex. en företagshälsovårdsenhet, skulle upphöra med sin verksamhet.

I de delar som undersökningarna även omfattar narkotika-, gen- och HIV-tester skulle man eventuellt kunna överväga någon form av särreglering. Undersökningarna i dessa delar är i sig själva inte svårare än vilka blodprov eller andra prov som helst. Däremot kan de uppgifter som framkommer genom dessa tester vara mer känsliga än andra. De kan även få allvarliga konsekvenser för den enskilde individen. Därför anser utredningen att om och när sådana tester har utförts, skall det anges i den enskildes patientjournal tillsammans med en uppgift om resultatet av provet. I 3 § patientjournallagen anges bl.a. att en patientjournal skall innehålla väsentliga uppgifter om vidtagna åtgärder samt uppgift om ställd diagnos. Enligt utredningens uppfattning omfattas

ifrågavarande uppgifter av dokumenterinsskyldigheten i patientjournallagen. Om detta särskilt skall markeras, är det tillräckligt att Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet utfärdar bestämmelser om detta i sin författningssamling. Utredningen får dock erinra om den rätt till anonymitet som följer av förordningen (1986:198) om provtagning för infektion av HIV.

Den registerföring som sker inom arbetsmarknaden får inte förväxlas med den journalföring som sker inom hälso- och sjukvården. Det är viktigt att dokumentationen över exponerade arbetstagare och över utförda medicinska undersökningar, liksom över gjorda exponeringsmätningar bevaras och finns tillgängliga under en lång tid. Dokumentationen behövs för att Arbetarskyddsstyrelsen som tillsynsmyndighet skall kunna fullgöra sina åligganden. Det är även viktigt att kunna göra återblickar vid en yrkesmedicinsk utredning vid inträffad sjukdom som kan antas vara arbetsmiljörelaterad.

Register av ifrågavarande slag är knutna till ett företag som juridisk person. Om verksamheten överlåts, skall registerhandlingarna överlämnas till den nye ägaren. Vad som skall ske med registren vid en definitiv nedläggelse av ett företag anges inte i arbetsmiljölagen eller arbetsmiljöförordningen. Utredningen anser för sin del att det är önskvärt att registren bevaras även efter det att ett företag nedlagt sin verksamhet och verksamheten inte övertagits av någon annan. Arbetarskyddsstyrelsen har dock behörighet enligt 3 § arbetsmiljöförordningen att föreskriva om förvaringsplats för register. Bestämmelsen brukar enligt praxis tolkas extensivt. Utredningen utgår därför ifrån att Arbetarskyddsstyrelsen utfärdar erforderliga föreskrifter i saken.

Om det därför på sannolika skäl kan antas att register som avses i 3 § första stycket arbetsmiljöförordningen, och som innehåller uppgift om enskild hälsotillstånd, inte kommer att handhas enligt föreskrifterna i denna förordning eller enligt föreskrifter som meddelats med stöd av förordningen, får Arbetarskyddsstyrelsen besluta att de skall tas om hand.

12.6.2 Om tystnadsplikt och samtycke

Den tystnadsplikt som gäller för enskilds personliga förhållanden, t.ex. sinnesbeskaffenhet, sjukdomar och missbruk, inom såväl den allmänna som den enskilda hälso- och sjukvården är mycket stark. Det finns där-

för enligt utredningens uppfattning ingen anledning att ytterligare stärka tystnadsplikten för uppgifter som rör medicinska undersökningar i arbetslivet. Allt talar för att samma tystnadsplikt bör gälla för samtliga uppgifter om en enskilds personliga förhållanden som förekommer inom hälso- och sjukvården.

Utredningen har i och för sig övervägt om inte tystnadsplikten för de uppgifter som framkommer vid en gentest ytterligare borde stärkas eller utökas. För det första föreslår emellertid utredningen ett förbud för gentester. För det andra har den frågan i vissa delar varit föremål för överväganden i Socialdepartementet (Ds 1996:13). Utredningen har därför stannat för att inte lägga något förslag i denna del.

Däremot kan det kanske förekomma att bestämmelserna, med hänsyn till svårigheten för hälso- och sjukvårdspersonalen att tolka dem, tillämpas på ett felaktigt sätt. Därför är det viktig att hälso- och sjukvårdspersonalen fortlöpande informeras om gällade tystnadspliktsbestämmelser och om deras tillämpning. Även en arbetsgivare bör skaffa sig erforderlig information i dessa hänseenden.

Den som skall undersökas bör av den läkare eller annan som skall utföra undersökningen informeras om undersökningen. Informationen bör även omfatta vilket eller vilka tester och prov som arbetsgivaren önskar skall ingå i undersökningen, motiven för dessa samt till vem och i vilken omfattning resultatet av undersökningen kommer att lämnas. Först då kan den enskilde på ett riktigt sätt ta ställning till om han skall lämna sitt *samtycke* till den medicinska undersökningen. Dessutom blir han medveten om vad hans samtycke innebär och vad samtycket omfattar. Om sedan den enskilde ställer upp och genomgår den önskade undersökningen, kan man presumera att han även samtyckt till att information om resultatet får lämnas till arbetsgivaren.

Om man vill undvika tveksamhet i dessa hänseenden kan arbetsgivaren eller företagshälsovården begära ett skriftligt samtycke. Vid meningsskiljaktligheter i efterhand går det då lätt att påvisa vad som var överenskommet. Om det endast finns ett muntligt samtycke, bör hälso- och sjukvårdspersonalen göra en anteckning om samtycket i patientjournalen. Detta är för närvarande också praxis inom hälso- och sjukvården.

Det kan finnas risk för att många enskilda är negativa till undersökningar med olika tester av skilda slag med hänsyn till att lämnade urin- och blodprov kan användas till att få fram andra uppgifter än vad som

var avsett från början. I dessa fall måste man avgöra vad som från början var avsett och vad den enskilde samtyckt till. Även om lämnade prover teoretiskt kan användas till att göra andra analyser än som var överenskommet, omfattas de inte av den enskildes samtycke och får därför inte utföras. Ett blodprov som från början är avsett att fastställa individens blodgrupp får t.ex. inte användas för att utröna den enskildes eventuella alkoholpåverkan, om denne inte samtyckt även till detta. Utredningen har ingen anledning att förmoda att hälso- och sjukvårdspersonalen mot gällande bestämmelser skulle utnyttja proverna till att göra ytterligare analyser än vad arbetsgivaren begärt och den enskilde samtyckt till.

Det är inte ovanligt att det vid medicinska undersökningar i samband med en nyanställning eller under en anställning kommer fram fler uppgifter än arbetsgivaren efterfrågat. Det kan dels röra sig om sådana uppgifter som den enskilde lämnar till läkaren eller annan personal, dels sådana uppgifter som framkommer vid en analys av genomgångna prover. Generellt gäller att inga andra uppgifter än de som arbetsgivaren efterfrågar och som omfattas av samtycket får lämnas ut. Enligt utredningens uppfattning är arbetsgivarens önskan och behov egentligen endast relaterat till uppgiften om att den enskilde är lämplig för ett visst arbete eller inte. Skälet till att vederbörande eventuellt inte skulle vara det är av mindre intresse. I vissa fall kan det kanske vara lämpligt att även informera om det övergripande resultatet av en undersökning eller enstaka detaljer. En enskild kan t.ex. vara lämplig för ett arbete men endast under vissa förutsättningar. Läkaren kan då tillstyrka en anställning eller fortsatt anställning under vissa villkor, varvid dessa förutsättningar måste anges. Däremot torde det vara ytterst sällan som det är påkallat att arbetsgivaren erhåller detaljerade uppgifter om genomgångna medicinska undersökningar. Utredningen anser därför att de uppgifter som bör föras vidare till arbetsgivaren som regel endast behöver utvisa, om den undersökte "är lämplig eller inte lämplig för arbetsuppgifterna". Eftersom utredningen inte funnit att utlämnande av uppgifter till en arbetsgivare brukar ske av hälso- och sjukvårdspersonalen på ett otillbörligt sätt, lägger inte utredningen fram något förslag i denna del.

En annan fråga är vem uppgifterna eller snarare *patientjournalerna*, där uppgifterna finns införda, tillhör. Äganderätten tillkommer den arbetsgivare hos vilken läkaren är anställd (se AD 1994 nr 98). Det kan vara ett företag eller en företagshälsovård med anställda läkare eller läkaren själv, om han är sin egen arbetsgivare. Den anställde läkare har i för-

hållande till sin arbetsgivare dispositionsrätten till journalerna. Den enskilde patienten har varken äganderätt eller i princip dispositionsrätt till sin patientjournal. Däremot kan han samtycka till att känsliga uppgifter ur journalen skall få lämnas ut eller inte. Det krävs däremot inte ett samtycke om det föreligger en uppgiftsskyldighet enligt lag eller annan författning.

Arbetsmiljölagen gäller inte för dem som ännu inte är anställda. Vid en medicinsk undersökning av en arbetssökande inför en anställning på uppdrag av en arbetsgivare får företagshälsovården, som ovan nämns, meddela arbetsgivaren resultatet av undersökningen. Denna information är i och för sig inte särskilt känslig för den arbetssökande. För arbetsgivaren finns det knappast något skäl att arkivera uppgifterna. Utredningen finner det därför inte motiverat att föreslå ett sekretesskydd för uppgifterna hos arbetsgivaren i dessa fall.

I 3 § arbetsmiljöförordningen föreskrivs att *register* som avses i 4 kap. 7 § och 5 kap. 4 § arbetsmiljölagen skall av arbetsgivare förvaras under en viss tid. Arbetarskyddsstyrelsen har i kraft av bemyndiganden i arbetsmiljölagen även föreskrivit att en arbetsgivare skall föra register över de anställda som enligt vissa föreskrifter, t.ex. om bly AFS 1992:17, varit föremål för läkarundersökning. I registret skall bl.a. antecknas tjänstbarhetsutlåtande och blodblyvärde. Däremot finns det inte någon författningsreglerad tystnadsplikt för uppgifterna om enskilds hälsotillstånd i dessa register. *Detta anser utredningen är en brist,* även om registren inte är att jämställa med journalhandlingar. Det står också en arbetsgivare fritt att efter eget gottfinnande komplettera registren med samtliga de uppgifter som han erhållit från företagshälsovården om de anställda. När samhället ålägger en enskild individ att genomgå medicinska undersökningar och att känsliga uppgifter från dessa undersökningar skall förvaras under en viss tid, måste samhället även garantera den enskilde att dessa uppgifter blir sekretesskyddade.

Arbetarskyddsstyrelsen får emellertid med stöd av 4 kap. 8 § AML meddela föreskrifter om förvaring som har betydelse från skyddssynpunkt. Bestämmelsen brukar enligt praxis tolkas extensivt. Utredningen utgår därför ifrån att Arbetarskyddsstyrelsen utfärdar erforderliga föreskrifter i saken.

13 Konsekvenser av utredningens förslag

13.1 Ekonomiska

De förslag som Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet lägger fram syftar inte till någon lagreglering.

Utredningens förslag om att vissa register i 3 § arbetsmiljöförordningen skall hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till dem, bör inte leda till några ökade kostnader. Detsamma gäller förslaget om att registren i vissa fall skall få tas om hand.

De förslag som utredningen lägger fram om ökad utbildning för personalen avseende bestämmelserna om sekretess får anses ingå i arbetsgivarnas nuvarande förpliktelser och kan därför inte sägas medföra några utökade kostnader. En bättre utbildning och vägledning för berörd personal leder till förbättrad kvalitet och säkerhet i samband med medicinska undersökningar till gagn för alla berörda parter.

Vad avser narkotikatester under anställning föreslår utredningen att parterna tecknar kollektivavtal.

Vidare föreslår utredningen *att* det bör finnas bestämmelser för hur narkotikatester bör utformas så att provet och givaren skyddas, *att* de som utför narkotikatester bör ha en adekvat utbildning för ändamålet *samt att* endast laboratorier som är ackrediterade bör få utföra narkotikaanalyser. Dessa förslag syftar till en högre kvalitet på de tester som utförs för undvikande av onödigt merarbetet och till och med felaktiga beslut.

Det yttersta syftet med de medicinska undersökningarna är att de skall bidra till friskare arbetstagare och bättre arbetmiljö. Utredningens förslag torde inte medföra några ökade kostnader.

Eftersom utredningen föreslår att gentester i arbetslivet generellt inte skall tillåtas, föranleder detta inte några kommentarer i förevarande sammanhang.

13.2 Jämställdhet

Jämställdhetslagens (1991:433) syfte är att främja kvinnors och mäns lika rätt i fråga om arbete, arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter i arbetet. Lagen omfattar hela arbetssituationen. Till följd därav har lagen beröringspunkter med andra arbetsrättsliga regler. Ett viktigt sådant arbetsområde är arbetsmiljön. Ökade kunskaper om arbetsmiljön och jämställdhet torde även medföra att jämställdheten främjas.

Lagen gäller såväl män som kvinnor. Det torde emellertid vara välbekant att det är kvinnorna som är mer diskriminerade än män i den mån det finns tendenser till diskriminering på arbetsmarknaden.

De förslag som utredningen lägger fram anser inte utredningen diskriminerar kvinnorna på arbetsmarknaden. I vissa delar blir förhållandet det motsatta. Varje människa skall ha möjlighet att få sådana arbeten som passar henne efter vars och ens förutsättningar. En väl fungerande verksamhet med medicinska undersökningar förutsätter att arbetsgivaren först kartlagt förutsättningarna för varje arbete samt identifierat och åtgärdat de brister som kan finnas på en arbetsplats. Om ett arbete t.ex. kräver särskild fysisk styrka, kan det visa sig att vissa kvinnor inte är lämpliga för just detta arbete. I dessa fall skall arbetsgivarens strävan vara att undanröja hindren genom att åtgärda arbetsmiljön.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av sakkunnige Leif Aringer

Medicinska kontroller i samband med anställning

Syftet med en medicinsk kontroll före anställning kan vara att upptäcka om arbetstagaren har något medicinskt tillstånd som kan innebära att det tilltänkta arbetet för med sig särskilda risker. Vissa arbeten kan ställa extrema krav på individens fysik och hälsa så att det kan vara olämpligt, eller t.o.m. förbjudet, att sysselsätta personer som inte klarar dessa krav. Det gäller exempelvis arbete som rökdykare eller dykare. Men huvudregeln är att arbetsmiljön i stället skall anpassas till individen (se AML 2 kap. 1 § andra stycket). Arbetsmiljön skall också vara sådan att alla skall kunna arbeta i den, även individer med svagheter eller handikapp. Arbetsgivaren ansvarar för att så blir fallet (se AML 3 kap. 3 § andra stycket och AFS 1994:1, 12 §). Detta kan ibland innebära att det ställs särskilda krav på anpassning av arbetsmiljön till individen och/eller att individen ges särskild information om arbetsteknik och skyddsåtgärder. Den medicinska kontrollen kan vara ett underlag för sådana åtgärder.

Resultatet av utredningens kartläggning av förekomsten av medicinska kontroller tyder på att användningen av sådana kontroller i arbetslivet har ökat och kommer att öka ytterligare. Kartläggningen har inte, enligt min mening, kunnat ge någon säker information om hur vanligt det är att medicinsk information inklusive sjukskrivningsstatistik från försäkringskassan legat till grund för att någon gått miste om en anställning. Den genomförda enkätundersökningen visar att bara vid de större företagen (> 100 anställda) rör det sig om ca 500 personer under året 1994 som inte blivit anställda p.g.a. resultatet av en medicinsk kontroll. Jag bedömer att det finns en uppenbar risk för underrapportering i en enkätundersökning som den genomförda.

Enligt min mening finns det en klar risk att systematiskt införa medicinska kontroller i samband med nyanställningar, där medicinsk infor-

mation utan relevans för den aktuella arbetsmiljön efterfrågas, leder till att en grupp människor med olika - konstaterade eller befarade - svagheter utestängs från arbetsmarknaden.

För att förebygga en sådan utveckling hade en lagstiftning analog med det aktuella lagförslaget i Danmark behövt övervägas. Det danska förslaget innebär att en arbetsgivare får efterfråga hälsoinformation endast om det kan visas ha väsentlig betydelse för det aktuella arbetet. Enligt färska, ännu ej säkert bekräftade uppgifter, skall en lagstiftning med liknande innebörd nyligen ha beslutats i Holland.

Det som kommit fram i utredningen har inte givit underlag för den bedömningen att en lagstiftning inte skulle behövas för att reglera utvecklingen och för att skydda arbetssökande mot onödiga och diskriminerande medicinska kontroller.

Särskilt yttrande av experterna i referensgruppen Thomas Fredén, Kerstin Hildingsson och Urban Ryadal

Som utredningen uppmärksammat betonar grundlagen allas rätt till arbete, vilket innebär att även de med begränsad arbetsförmåga, handikapp m.m. har rätt att komma in på och vara kvar på arbetsmarknaden. Diskussionen i utredningen har dock till stor del handlat om marknadens och arbetslivets krav.

Den fria anställningsrätten har ifrågasatts, bl.a. i det arbete som bedrivs inom Arbetsrättskommissionen. Restriktioner som berör olika hälsoundersökningar och medicinska kontroller i samband med anställning finns emellertid på flera håll utomlands, t.ex. i USA, England och Tyskland. Orsaken till att sådana regler vuxit fram har bl.a. varit hög arbetslöshet och svårigheter för vissa grupper att få arbete, men dessutom en allmän uppfattning som starkt betonar individens okränkbarhet. Föreliggande utredning har inte gjort några överväganden eller konsekvensbeskrivningar beträffande restriktioner i anställningsrätten, som skulle kunna hänföras till förekomsten av medicinska undersökningar i arbetslivet.

Begreppet "god sed på arbetsmarknaden" används frekvent och godtyckligt i utredningen, som dock inskränker sig till en ren beskrivning av en praxis som utredaren inte ifrågasätter och heller inte analyserar, t.ex. i förhållande till de stora förändringar som sker och förmodas komma att ske på arbetsmarknaden.

Utredaren anger som ett centralt problem att det finns en motsättning mellan, å ena sidan arbetsgivarens behov av information om de anställdas hälsa för att kunna inrätta arbetet så effektivt och säkert som möjligt, å andra sidan arbetstagarnas rätt till personlig integritet. Därvid nämns arbetstagarnas rätt till självbestämmande som en viktig faktor, oaktat att den enligt utredaren ändå får vika för arbetsgivarnas krav.

På ett flertal ställen har utredaren påpekat att man i utredningens enkätundersökning inte kunnat påvisa negativa effekter av olika slag av medicinska undersökningar. Det är förvisso sant men påvisas inte genom säkra samband eller höga svarsfrekvenser, utan snarare på grund av det motsatta. Det saknas helt enkelt underlag för utredningens påståenden därvidlag. Det är lika sant att påstå motsatsen, nämligen att det inte finns några positiva effekter av de avsedda medicinska undersökningarna. Man kan således ifrågasätta de slutsatser som dras med stöd av utredningens enkätundersökning.

Enkätundersökningen bygger dessutom på arbetsgivarnas subjektiva uppfattningar i olika frågor. Hur resultaten av de olika hälsokontrollerna inverkat på de personalpolitiska besluten går t.ex. inte att utläsa. Arbetsgivarna kan givetvis inte heller förväntas uppge att de använder medicinska undersökningar för att utmönstra arbetskraft eller för att komma undan kostnader för sjukfrånvaro och rehabilitering.

Utredningen har inte behandlat frågan om alkohol i arbetslivet. Detta gör utredningen ofullständig, då alkoholen utgör ett vida större problem än andra droger på arbetsplatsen. Dessutom finns ofta ett samband mellan alkoholmissbruk och bruket av andra droger i berusningssyfte.

Frågan om drogmissbruket har däremot varit föremål för särkild uppmärksamhet i utredningen. Vi delar utredarens uppfattning att drogmissbruk varken kan tolereras i samhället eller på våra arbetsplatser. Säkert finns i dag ett dolt missbruk av narkotika och arbetsplatserna måste därför aktivt delta i arbetet mot de illegala drogerna. I utredningen har det rått enighet om denna inriktning, liksom kring behovet av att både centralt och lokalt, partsgemensamt utveckla fungerande regler för olika branscher.

Vi anser att utredningen sammantaget ger en relevant beskrivning av förekommande medicinska undersökningar i arbetslivet, även om vi haft invändningar på flera punkter. Emellertid stannar utredningen hela tiden vid den punkt då intressanta motsättningar påvisas och utan att resone-

manget leds vidare till slutsatser och förslag. Det är också en allvarlig brist att det inte görs någon analys med tanke på det framtida behovet av regler och restriktioner avseende medicinska kontroller i arbetslivet.

En utgångspunkt för tillsättandet av utredningen var den allvarliga utvecklingen mot hög arbetslöshet och utslagning från arbetsmarknaden. Utredningen har inte enligt vår uppfattning klarlagt i vad mån medicinska kontroller och drogtester kan ha betydelse i detta avseende. Från fackliga utgångspunkter har vi sett medverkan i denna utredning som betydelsefull av den anledningen att vi vill värna om den enskilde arbetstagarens rätt till integritet i ett hårdnande klimat i arbetslivet. Därvid ser vi risker både vid inträdet på arbetsmarknaden och under pågående anställning. Generellt bör hälsokontroller i första hand vara ett instrument för den enskilde att kunna göra goda yrkesval och motverka ohälsa.

Resonemanget för och emot drogtester, såväl i samband med nyanställning som under anställning är enligt vår uppfattning ofullständigt. T.ex. anges det inte att värdet av ett prov bara kan ses utifrån hur situationen var vid själva provtagningstillfället. Detta och andra argument har vi framfört under utredningens gång. Vi förordar därför ett fortsatt och fördjupat utredningsarbete.

Även om utredningen inte har några konkreta förslag till lagstiftning eller andra regler rörande medicinska undersökningar och medicinska kontroller, så kan utredningen förväntas bli använd av handläggare av personalärenden i företag och hos myndigheter. De åsikter som redovisas i utredningen kommer att bli normbildande och i viss mån styra den praxis som successivt utvecklas. Mot den bakgrunden har vi sett det angeläget att göra detta särskilda yttrande.

Särskilt yttrande av experterna i referensgruppen Margaretha Sandberg och Marianne Hörding

Primär- och landstingskommunala arbetsgivare arbetar i dag under i stort sett samma villkor som andra arbetsgivare, har i allt väsentligt samma anställningsvillkor som andra arbetsgivare och konkurrerar med andra arbetsgivare.

Andra arbetsgivare ges enligt utredningens förslag en möjlighet att via avtal med enskild, arbetstagarorganisation lokalt eller centralt genom-

föra drogtester, medan på offentlig sida detta endast kan ske inom ramen för periodiska hälsoundersökningar.

Vi anser att även landsting och kommuner borde ges samma möjlighet som andra arbetsgivare att genomföra drogtester, för att därmed ha samma möjligheter att uppnå och vidmakthålla en drogfri arbetsmiljö.

Särskilt yttrande av experten i referensgruppen Inger Mattsson Kasserud

Arbetsgivarverket konstaterar att en arbetsgivare inom den statliga sektorn (och även inom övrig offentlig sektor) har betydligt mer begränsade möjligheter att kräva medicinska undersökningar av arbetstagarna jämfört med vad arbetsgivare har inom den privata sektorn.

Orsaken till dessa begränsningar är reglerna i 2:6 Regeringsformen (RF).

Genom 30 § LOA har dock den offentlige arbetsgivaren fått en möjlighet att med stöd av kollektivavtal införa en rättighet att genomföra **periodiska hälsoundersökningar** under vissa särskilt angivna förutsättningar. Däremot finns det ingen rätt att vid behov kräva undersökningar *slumpmässigt eller på förekommen anledning*, d.v.s. utan stöd i lag.

Det föreligger också oklarhet om innebörden av 30 § LOA så vitt gäller möjlighet att inom ramen för periodiska hälsoundersökningar genomföra drogtester. Något uttalande i förarbetena till bestämmelserna finns inte.

Inom den statliga sektorn finns sådana verksamheter där det är av största betydelse att de anställda inte har sådana brister i sitt hälsotillstånd att de är en fara för sig själva, för andra eller på annat sätt utgör en säkerhetsrisk. Ett ytterligare skäl är att många anställda inom statlig verksamhet sysslar med myndighetsutövning. Ur en allmän rättssynpunkt måste medborgare/klienter/kunder kunna känna trygghet för att de som är sysselsatta i myndighetsutövning har ett gott hälsotillstånd. Värdet om en god rättsstat och vaktslåendet om demokratin bygger på ett så-dant förtroende. Med hänsyn till detta bör möjligheterna till andra typer av hälsoundersökningar och kontroller öppnas. 30 § LOA bör därför ändras så att även "icke-periodiska" undersökningar kan genomföras. Vidare bör ett förtydligande göras så att det klart framgår att 30 § LOA

inte innebär någon inskränkning i möjligheterna att genomföra drogtester.

Enligt Arbetsgivarverkets uppfattning finns det i dessa sammanhang skäl att se till en arbetsgivares intresse av att de anställda genomgår hälsoundersökningar som ett led i arbetsgivarens arbetsledningsrätt och inte som myndighetsutövning gentemot de anställda.

Ett ytterligare skäl till de föreslagna förändringarna är, att det inom den statliga sektorn finns verksamhet som har sin motsvarighet inom den privata sektorn. I dessa fall synes det rimligt att samma regler gäller oavsett arbetsmarknadssektor.

Bilaga 1

Kommittédirektiv

Medicinska kontroller i arbetslivet

Dir. 1994:111

Beslut vid regeringssammanträde den 8 september 1994

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppgift att
- kartlägga medicinska kontroller i arbetslivet,
- utreda de risker och problem som sådana kontroller kan innebära och vilket berättigat behov av kontroll som kan finnas, och
- göra de avgränsningar och föreslå de åtgärder som behövs.

Bakgrund

Allmänt om medicinsk kontroll

Den som söker arbete eller den som är anställd får ofta finna sig i att arbetsgivaren behöver tillgång till vissa uppgifter om förmåga och egenskaper som har betydelse för arbetsuppgifterna eller för att arbetet skall kunna anpassas till den enskilde. Arbetsgivarens intresse av att kunna välja personal och att leda och fördela arbetet står emellertid mot ett berättigat anspråk från den enskilde att intrånget i den personliga integriteten begränsas så långt som möjligt.

Bland de uppgifter som kan ha betydelse för arbetet hör uppgifter om hälsotillstånd och liknande, vilka kan erhållas med någon form av medicinsk kontroll.

Medicinsk kontroll kan utföras för olika syften och med olika metoder. Sedvanliga hälsoundersökningar hör hit men även hälsodeklarationer av den enskilde som inte har samband med någon kroppsundersökning. En särskild form av kontroll är s.k. drogtester, som används för att utröna användning av alkohol eller andra droger.

Genom genteknikens utveckling ges möjlighet att kartlägga den enskildes arvsanlag och därmed medfödda anlag för sjukdom eller andra fysiska eller psykiska svagheter. Användningen av gentekniken som metod vid medicinska kontroller innebär särskilda problem från integritetssynpunkt. Frågor om genteknikens användning på människa har tidigare behandlats i bl.a. gen-etikkommitténs betänkande Genetisk integritet (SOU 1984:88) och regeringens proposition om användning av genteknik på människa m.m. (prop. 1990/91:52) samt Genteknikberedningens betänkande (SOU 1992:82).

Vissa medicinska kontroller är författningsreglerade och utförs på grund av att det finns ett samhällsintresse av kontrollen. Detta gäller t.ex. de läkarundersökningar som följer av föreskrifter av Arbetarskyddsstyrelsen. Med stöd av 4 kap. 5 § arbetsmiljölagen (1977:1160) kan föreskrifter meddelas om skyldighet att föranstalta om läkarundersökning eller vaccinering eller annan förebyggande behandling mot smitta om ett arbete innebär risk för ohälsa eller olycksfall. Med stöd av den bestämmelsen har Arbetarskyddsstyrelsen meddelat föreskrifter om obligatoriska läkarundersökningar vid arbeten med asbest, bly, dykeri, härdplaster, kadmium, kvarts och rökdykeri. Sådana föreskrifter har också meddelats om behovsrelaterade eller villkorliga läkarundersökningar i ett flertal fall t.ex. vid bullerexponerat arbete och arbete med försöksdjur.

Föreskrifter har vidare meddelats om register med uppgifter om arbetstagare som i sitt arbete exponeras för vissa ämnen, om expositionens omfattning samt om resultatet av obligatoriska läkarundersökningar vad avser tjänstbarhet i aktuell sysselsättning.

Föreskrifter om medicinsk kontroll som villkor för tillstånd eller medgivande m.m. har också meddelats av Arbetarskyddsstyrelsen, t.ex. när det gäller hantering av vissa kemiska

eller biologiska ämnen samt när det gäller vissa arbeten som skall utföras av minderåriga.

Syftet med de angivna föreskrivna kontrollerna är i första hand att skydda den enskilde arbetstagaren. Vissa andra medicinska kontroller utförs för att skydda i första hand allmänheten, såsom kontroll av piloter och andra yrkesgrupper där kraven på den enskildes fysiska och psykiska förmåga är särskilt stora. Hit hör också smittskyddskontroller av dem som arbetar med hantering av livsmedel.

I de nu angivna fallen är det fråga om en skyldighet för arbetsgivaren att ta initiativ till den medicinska kontrollen. När det gäller medicinsk kontroll i samband med anställning eller under anställning i andra fall saknas däremot generella bestämmelser. Statligt anställda har emellertid kunnat åläggas att genomgå läkarundersökning i vissa fall av ifrågasatt tjänstduglighet med stöd av bestämmelser i den numera upphävda lagen (1976:600) om offentlig anställning. Bestämmelser om sådana läkarundersökningar finns numera bara för fullmaktsanställda i lagen (1994:281) om fullmaktsanställning.

Möjligheten för offentliga arbetsgivare att kräva läkarundersökning av sina anställda begränsas bl.a. av bestämmelserna i 2 kap. 6 och 12 §§ regeringsformen om skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp (se bl.a. Arbetsdomstolens dom 1984 nr 94).

Lagen om offentlig anställning har setts över och en ny lag om offentlig anställning har antagits av riksdagen (prop. 1993/94:65, bet. 1993/94:AU16, rskr. 1993/94:257, SFS 1994:260). Lagen, som har trätt i kraft den 1 juli 1994, innehåller bl.a. en bestämmelse om skyldighet för offentligt anställda att i vissa fall genomgå periodiska hälsoundersökningar. Dessutom finns det bestämmelser i 5 § anställningsförordningen (1994:373) om läkarintyg bl.a. för dem som skall anställas i statlig tjänst.

Det finns i svensk rätt vissa bestämmelser om skydd för arbetssökande bl.a. i jämställdhetslagen (1991:433), anställningsskyddslagen (1982:80) och lagen (1994:134) mot etnisk diskriminering. I princip är dock anställningsrätten fri, dvs. arbetsgivare kan fritt välja bland de arbetssökande och ställa

de krav för anställning som de finner berättigade. Vissa begränsningar kan dock följa av god sed på arbetsmarknaden.

Möjligheten för arbetsgivare utanför den statliga verksamheten att kräva medicinsk kontroll av redan anställda är bl.a. beroende av det enskilda anställningsavtalet.

Den aktuella utvecklingen

Det är inte ovanligt att arbetsgivare i samband med anställning kräver någon form av dokumentation av hälsotillståndet t.ex. hälsodeklaration eller läkarintyg. Flera arbetsgivare kräver också att arbetssökande och redan anställda genomgår s.k. drogtester. I vissa fall är medicinsk kontroll föreskriven för att skydda arbetstagare som är sysselsatta i arbeten som kan innebära särskild risk för ohälsa eller olycksfall.

Den nuvarande arbetsmarknadssituationen med en hög arbetslöshet och ett ökat ansvar för kostnader vid sjukfrånvaro liksom för arbetsanpassning och rehabilitering för arbetsgivarna kan öka intresset för att använda omfattande medicinska kontroller både vid nyanställning och under en anställning. Detta kan få negativa effekter i form av utestängning och utslagning från arbetslivet. Utvecklingen av metoder för kontroll och analys kan också verka i samma riktning. Särskilda problem från bl.a. integritetssynpunkt kan uppstå till följd av den snabba utvecklingen av den medicinska och gentekniska forskningen och möjligheterna att förutsäga en enskild individs risk att senare i livet utveckla sjukdom eller liknande.

Drogtester används på ett flertal arbetsplatser i Sverige i dag, i vissa fall inom ramen för en alkohol- och drogpolicy och ett handlingsprogram på arbetsplatsen. Frågor om drogmissbruk är känsliga och svåra att hantera på arbetsplatsen samtidigt som användning av droger i samband med arbete kan innebära stora risker för den enskilde, arbetskamraterna och allmänheten. Hantering av drogtester innebär därför särskilda problem från etisk synpunkt och när det gäller skyddet för den personliga integriteten (se bl.a. Arbetsdomstolens dom 1991 nr 45 och ILO:s Guiding Principles, May 1993).

Med anledning av en motion - vari särskilt har tagits upp de risker för utslagningseffekter som medicinska kontroller kan innebära i det nuvarande arbetsmarknadsläget - har riksdagen givit regeringen till känna att det finns anledning att på lämpligt sätt uppmärksamma frågan om medicinska kontroller i arbetslivet (mot. 1992/93:A235, bet. 1993/94:AU2, rskr. 1993/94:2).

Uppdraget

Mot den angivna bakgrunden tillkallas en särskild utredare för att utreda frågor om medicinska kontroller i arbetslivet.

Utredaren skall inledningsvis kartlägga förekomsten av olika former av medicinsk kontroll, både i samband med anställning och under anställningen. Mot bakgrund av kartläggningen skall utredaren identifiera behovet av sådana kontroller och de olika problem och risker som dessa kan innebära.

Utredaren skall vidare bedöma utvecklingen när det gäller användningen av medicinsk kontroll och införandet av nya kontrollmetoder samt vad detta får för konsekvenser för risk- och problembilden. I det sammanhanget skall särskilt utvecklingen av gentekniken beaktas.

Bedömningarna bör grundas på en närmare analys av begreppet medicinsk kontroll. En avgränsning mot andra kontroller och tester vid anställning och vid ledning och fördelning av arbetet skall göras.

Utredaren skall slutligen föreslå de åtgärder som kartläggningen och utredningen i övrigt föranleder. Förslagen bör bygga på en bedömning av vilka berättigade behov av medicinsk kontroll i arbetslivet som kan finnas - för arbetsgivarna, för den enskilde och för allmänheten - och vilka skyddsbehov som finns för den enskilde arbetssökande eller anställde. De bör vidare bygga på en avvägning mellan dessa olika behov eller intressen.

Om det finns ett behov av reglering av medicinska kontroller skall utredaren föreslå hur reglerna bör utformas.

Utredaren bör studera hur andra länder har hanterat de berörda frågorna.

Arbetsformer m.m.

Utredaren skall i sitt arbete samråda med arbetsmarknadens parter samt berörda myndigheter.

Utredaren skall i sitt arbete även ha kontakt med Utredningen om arbetsmarknadspolitikens roll, omfattning, inriktning och avgränsning (dir. 1993:132).

För utredarens arbete gäller vidare regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23) och om beaktande av EG-aspekter i utredningsverksamhet (dir. 1988:43).

Redovisning av uppdraget

Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 1 april 1996.

(Arbetsmarknadsdepartementet)

Bilaga 2

Hearing och seminariedag den 5 april 1995 om arbetsmarknaden m.m.

PROGRAM:

09.00 - 09.05	Ordföranden öppnar dagens hearing och seminarium samt hälsar alla välkomna.
09.05 - 10.00	Carl Norström föreläser om aktuella sekretessbestämmelser i anslutning till medicinska kontroller i arbetslivet.
10.00 - 10.30	Birger Sjöström informerar om Utredningen om arbetsmarknadspolitikens roll, omfattning, inriktning och avgränsning.
10.30 - 10.45	Förmiddagskaffe.
10.45 - 11.00	Björn Lundgren informerar om direktiven för utredningen om dopning samt rapporterar från Socialstyrelsens hearing om narkotikaananlyser i urin.
11.00 - 11.40	Ingmar Pålsson redogör för en arbetsförmedlings syn på konsekvenserna på arbetsmarknaden p.g.a. medicinska kontroller.
11.40 - 11.45	Ordföranden sammanfattar förmiddagen.
11.45 - 12.00	Rast och förflyttning.
12.00 - 13.00	Lunch.
13.00 - 13.45	Maria Anvret föreläser om genteknik i samband med medicinska kontroller i arbetslivet.

13.45 - 13.50	Ordföranden drar upp riktlinjerna för eftermiddagens diskussioner.
13.50 - 14.45	Diskussioner.
14.45 - 15.00	Eftermiddagskaffe.
15.00 - 15.30	Jan-Åke Brorsson informerar om Sjuk- och arbetsskadeberedningen.
15.30 - 15.55	Diskussionerna fortsätter och avslutas.
15.55 - 16.00	Ordföranden sammanfattar eftermiddagens diskussioner.
16.00	Hearingen och seminariet avslutas.

Bilaga 3

Deltagarlista den 5 april 1995:

Från Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet deltar

Särskild utredare:

Stig Larsson, Skandia.

Sakkunniga:

Bo Barrefelt, Arbetsmarknadssdepartementet.

Lena Jonsson, Socialdepartementet.

Helena Jäderblom, Justitiedepartementet.

Bengt Persson, Arbetarskyddsstyrelsen, såsom ersättare för Leif Aringer.

Expert:

Sverker Höglund, Skogs- och lantbrukshälsan.

Referensgrupp:

Thomas Fredén, LO.

Kerstin Hildingsson, SACO.

Marianne Hörding, Kommunförbundet.

Inger Mattsson Kasserud, Arbetsgivarverket.

Urban Ryadal, TCO.

Margareta Sandberg, Landstingsförbundet.

Sven Yllner, SAF, såsom ersättare för Eric Jannerfeldt.

Sekreterare:

Björn Lundgren, Socialstyrelsen.

Övriga:

Carl Norström, Kammarrätten i Stockholm.

Birger Sjöström, Utredningen om arbetsmarknadspolitikens roll, omfattning, inriktning och avgränsning.

Ingmar Pålsson, Arbetsförmedlingen Södermalm.

Maria Anvret, laboratoriet för klinisk genetik, Karolinska sjukhuset.

Jan-Åke Brorsson, Sjuk- och arbetsskadeberedningen.

Bilaga 4

Hearing den 24 oktober 1995 om behovet av medicinska undersökningar samt skyddsaspekter för den enskilde dels som patient/klient, dels i arbetslivet.

PROGRAM:

09.00 - 09.05	Ordföranden öppnar dagens hearing.
09.05 - 09.45	Per Björklöv, Huddinge sjukhus.
09.45 - 10.00	Förmiddagskaffe.
10.00 - 10.45	Christian Mellner, Företagshälsovården, Pripps bryggerier.
10.45 - 11.15	Marie-Jeanette Bergvall och Christian Berne, Svenska diabetesförbundet.
11.15 - 11.20	Bensträckare.
11.20 - 11.50	Lars Gustafsson, Epilepsiföreningen i Stor-Stockholm.
11.50 - 12.00	Rast och förflyttning.
12.00 - 13.00	Lunch.
13.00 - 13.40	Margareta Persson och Lars Lindberg, Handikappförbundens samarbetsorgan.
13.40 - 14.20	Kurt Junesjö, LO-förbundens rättsskydd.
14.20 - 14.25	Bensträckare.

14.25 - 15.05	Stig Gustafsson, TCO.
15.05 - 15.20	Eftermiddagskaffe.
15.20 - 16.00	Thomas Kihlberg, SACO.
16.00	Ordföranden avslutar hearingen.

Bilaga 5

Deltagarlista den 24 oktober 1995:

Från Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet deltar

Särskild utredare:

Stig Larsson, Skandia.

Sakkunniga:

Leif Aringer, Arbetarskyddsstyrelsen.

Bo Barrefelt, Arbetsmarknadsdepartementet.

Lena Jonsson, Socialdepartementet.

Helena Jäderblom, Justitiedepartementet.

Expert:

Sverker Höglund, Skogs- och lantbrukshälsan.

Referensgrupp:

Thomas Fredén, LO.

Kerstin Hildingsson, SACO.

Eric Jannerfeldt, SAF.

Inger Mattsson Kasserud, Arbetsgivarverket.

Urban Ryadal, TCO.

Margareta Sandberg, Landstingsförbundet.

Sekreterare:

Björn Lundgren, Socialstyrelsen.

Övriga:

Per Björklöv, Huddinge sjukhus.

Christian Mellner, Företagshälsovården, Pripps bryggerier.

Marie-Jeanette Bergvall, Svenska diabetesförbundet.

Christian Berne, Svenska diabetesförbundet.

Lars Gustafsson, Epilepsiföreningen i Stor-Stockholm.

Margareta Persson, Handikappförbundens samarbetsorgan.

Lars Lindberg, Handikappförbundens samarbetsorgan.

Kurt Junesjö, LO-förbundens rättsskydd.

Stig Gustafsson, TCO.

Thomas Kihlberg, SACO.

Ulf Gabrielii, Sjuk- och arbetsskadekommittén.

Bilaga 6

Hearing den 8 november 1995 om behovet av medicinska undersökningar samt skyddsaspekter dels för arbetsgivarna, ---- dels från ett samhällsperspektiv.

PROGRAM:

09.00 - 09.05	Ordföranden öppnar dagens hearing.
09.05 - 09.35	Kurt Brzokoupil, Samhall.
09.35 - 10.05	Stefan Holmström, Landstingsförbundet.
10.05 - 10.20	Förmiddagskaffe.
10.20 - 10.50	Stig Levin, Högkvarteret, Försvarsmakten.
10.50 - 11.20	Åke Tengö, Kärnkraftverket i Oskarshamn.
11.20 - 11.25	Bensträckare.
11.25 - 11.55	Harry Sillfors och Ulrik Hermansson, SAS.
11.55 - 12.00	Rast och förflyttning.
12.00 - 13.00	Lunch.
13.00 - 13.30	Johan Wiklund, Sundsvalls Ställnings AB.
13.30 - 14.00	Christer Erkenborg, Volvo Aero.
14.00 - 14.05	Bensträckare.
14.05 - 14.30	Carl-Erik Kuylenstierna, Sjöfartsverket.
14.30 - 15.00	Ulla Nordström, Livsmedelsverket.

15.00 - 15.15	Eftermiddagskaffe.
15.15 - 15.45	Per-Inge Johansson, Polismyndigheten i Stockholms län.
15.45 - 16.10	Birgit Johansson, Luftfartsverket och Magnus Bodegård, Previa, Arlanda.
16.10 - 16.15	Bensträckare.
16.15 - 16.40	Lennart Axelsson, Statens Järnvägar.
16.40 - 17.10	Rolf Westin, Riksförsäkringsverket.
17.10 - 17.15	Bensträckare.
17.15 - 17.40	Lars Englund, Vägverket.
17.40 - 17.45	Ordföranden avslutar hearingen.

Bilaga 7

Deltagarlista den 8 november 1995:

Från Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet deltar

Särskild utredare:

Stig Larsson, Skandia.

Sakkunniga:

Leif Aringer, Arbetarskyddsstyrelsen.

Bo Barrefelt, Arbetsmarknadsdepartementet.

Expert:

Sverker Höglund, Skogs- och lantbrukshälsan.

Referensgrupp:

Thomas Fredén, LO.

Kerstin Hildingsson, SACO.

Marianne Hörding, Kommunförbundet.

Eric Jannerfeldt, SAF.

Urban Ryadal, TCO.

Margareta Sandberg, Landstingsförbundet.

Sekreterare:

Björn Lundgren, Socialstyrelsen.

Jakob Hedenmo, Riksdagens ombudsmän.

Övriga:

Kurt Brzokoupil, Samhall.

Stefan Holmström, Landstingsförbundet.

Stig Levin, Högkvarteret, Försvarsmakten.

Åke Tengö, Kärnkraftverket i Oskarshamn.

Harry Sillfors, SAS.

Ulrik Hermansson, SAS.

Johan Wiklund, Sundsvalls Ställnings AB.

Christer Erkenborg, Volvo Aero.

Carl-Erik Kuylenstierna, Sjöfartsverket.

Ulla Nordström, Livsmedelsverket.

Per-Inge Johansson, Polismyndigheten i Stockholms län.

Birgit Johansson, Luftfartsverket.

Magnus Bodegård, Previa, Arlanda.

Lennart Axelsson, Statens Järnvägar.

Rolf Westin, Riksförsäkringsverket.

Lars Englund, Vägverket.

Bilaga 8

Hearing den 29 november 1995 om behovet av medicinska undersökningar samt skyddsaspekter på samhällsnivå för allmänheten.

PROGRAM:

09.00 - 09.05	Ordföranden öppnar dagens hearing.
09.05 - 09.45	Karin Rågsjö, Folkhälsoinstitutet.
09.45 - 10.00	Förmiddagskaffe.
10.00 - 10.40	Gunborg Brännström, ALNA-rådet.
10.40 - 11.20	Åke Pettersson, C.
11.20 - 11.25	Bensträckare.
11.25 - 12.05	Barbro Westerholm, F.
12.05 - 12.15	Rast och förflyttning.
12.15 - 13.15	Lunch.
13.15 - 13.55	Förhinder för KDS.
13.55 - 14.35	Margareta Eckersten-Nordenvall, M.
14.35 - 14.50	Eftermiddagskaffe.
14.50 - 15.30	Barbro Johansson och Johanna Gadd, MP.
15.30 - 16.10	Kristina Pettersson, S.

16.10 - 16.15 Bensträckare.

16.15 - 16.55 Hans Andersson, V.

16.55 - 17.00 Ordföranden avslutar hearingen.

Bilaga 9

Deltagarlista den 29 november 1995:

Från Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet deltar

Särskild utredare:

Stig Larsson, Skandia.

Sakkunniga:

Leif Aringer, Arbetarskyddsstyrelsen.

Bo Barrefelt, Arbetsmarknadsdepartementet.

Helena Jäderblom, Justitiedepartementet.

Referensgrupp:

Thomas Fredén, LO.

Kerstin Hildingsson, SACO.

Marianne Hörding, Kommunförbundet.

Eric Jannerfeldt, SAF.

Inger Mattsson Kasserud, Arbetsgivarverket.

Urban Ryadal, TCO.

Margareta Sandberg, Landstingsförbundet.

Sekreterare:

Björn Lundgren, Socialstyrelsen.

Jakob Hedenmo, Riksdagens ombudsmän.

Övriga:

Karin Rågsjö, Folkhälsoinstitutet.

Gunborg Brännström, ALNA-rådet.

Åke Pettersson, C.

Barbro Westerholm, F.

Margareta Eckersten-Nordenvall, M.

Barbro Johansson, MP.

Johanna Gadd, MP.

Kristina Pettersson, S.

Hans Andersson, V.

Bilaga 10

Frågeformulär för arbetsgivare med minst 100 anställda

Besvara alla tillämpliga frågor. Kryssa för lämpligt/lämpliga alternativ och ange efterfrågat antal.

1. Ange organisationsnummer och typ av organisation.

   ☐ Organisationsnummer.

   ☐ Statlig.

   ☐ Privat företag.

   ☐ Kooperativt företag.

2. Hur många, cirka, fast/tillsvidare anställda fanns det den 31 december 1994?

   _____ stycken.

3. Ange verksamhetens huvudsakliga inriktning.

   ☐ Offentlig förvaltning och försvar.

   ☐ Jordbruk, jakt och skogsbruk.

   ☐ Fiske.

   ☐ Utvinning av mineral.

   ☐ Tillverkning.

   ☐ El-, gas-, värme- och vattenförsörjning.

☐ Byggverksamhet.

☐ Partihandel och detaljhandel; reparation av motorfordon, hushållsartiklar och personliga artiklar.

☐ Hotell- och restaurangverksamhet.

☐ Transport, magasinering och kommunikation.

☐ Finansiell verksamhet.

☐ Fastighets- och uthyrningsverksamhet, företagstjänster.

☐ Utbildning.

☐ Hälso- och sjukvård.

☐ Annan, nämligen _____

4. Har det skett några nyanställningar fast/tillsvidare under år 1994?

☐ Ja. Antal? _____

☐ Nej.

5. Ställde arbetsgivaren i något fall krav på medicinska undersökningar/bedömningar i samband med nyanställning under år 1994?

☐ Ja.

☐ Nej.

6. Har anställda under pågående anställning erbjudits medicinska undersökningar/bedömningar under år 1994?

☐ Ja.

☐ Nej.

7. Ställde arbetsgivaren under pågående anställning krav på medicinska undersökningar/bedömningar under år 1994?

   ☐ Ja.

   ☐ Nej.

8. På vilken grund krävde arbetsgivaren att de medicinska undersökningarna/bedömningarna gjordes?

   ☐ Enligt lag eller annan författning.

   ☐ Enligt kollektivavtal.

   ☐ Enligt anställningsavtal.

   ☐ Annan, nämligen _____

9. Har arbetsgivaren några konkreta planer för denna verksamhet i framtiden?

   ☐ Ja, den kommer att avvecklas.

   ☐ Ja, den kommer att minska.

   ☐ Ja, den kommer att utökas.

   ☐ Ja, nämligen _____

   ☐ Nej.

10. Övriga synpunkter?

_____

_____

_____

_____
(Organisation)

_____ _____
(Namnet på uppgiftslämnaren) (Telefonnummer)

Bilaga 11

Frågeformulär för offentliga arbetsgivare samt privata arbetsgivare med minst 100 anställda om medicinska undersökningar/bedömningar.

Läs först igenom frågeformuläret. Besvara därefter alla tillämpliga frågor. Kryssa för lämpligt/lämpliga alternativ och ange ungefärligt antal.

FRÅGORNA 1-2 ÄR BAKGRUNDSFRÅGOR

1. Ange organisationsnummer och typ av organisation.

   Organisationsnummer _____

   ☐ Statlig myndighet.

   ☐ Kommun.

   ☐ Landsting.

   ☐ Privat företag.

   ☐ Kooperativt företag.

Fråga 2 gäller endast **kommuner och landsting**.

2. Hur många, cirka, fast/tillsvidare anställda fanns det den 31 december 1994?

   _____ stycken.

FRÅGORNA 3-32 GÄLLER I SAMBAND MED NYANSTÄLLNINGAR UNDER ÅR 1994 AV TILLSVIDARE ANSTÄLLD PERSONAL

Dessa frågor har delats in i tre avsnitt enligt nedan.

- Det första avsnittet avser när de medicinska undersökningarna/bedömningarna utförts med stöd av lag eller annan författning.
- Det andra avsnittet avser när de medicinska undersökningarna/bedömningarna utförts med stöd av kollektivavtal eller överenskommelse.
- Det tredje avsnittet avser när de medicinska undersökningarna/bedömningarna utförts enbart på arbetsgivarensbegäran, dvs. utan stöd av lag eller annan författning eller kollektivavtal/överenskommelse.

3. Har det skett några nyanställningar av tillsvidare anställd personal under år 1994?

   ☐ Ja. Antal? _____

   ☐ Nej (fortsätt till fråga 33).

4. För hur många i respektive avsnitt av dessa ställdes krav på medicinska undersökningar/bedömningar?

   Avsnitt 1 (lag och/eller förordning)

   Antal? _____

   Avsnitt 2 (kollektivavtal eller överenskommelse)

   Antal? _____

Avsnitt 3 (enbart på arbetsgivarens begäran)

Antal? _____

Frågorna 5-9 gäller då de medicinska undersökningarna/bedömningarna **utfördes med stöd av lag eller annan författning**, t.ex. arbetsmiljölagen, livsmedelslagen och föreskrifter från Arbetarskyddsstyrelsen. (Fortsätt till fråga 10, om detta avsnitt inte är aktuellt).

5. Vilka lagar eller andra författningar gällde det? Hur många var det som undersöktes under år 1994?

Lagar eller andra författningar.	Antal undersökta.
☐	☐
☐	☐
☐	☐

6. Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Inom företagshälsovården.

☐ Inom den offentliga sjukvården.

☐ Hos privatläkare.

☐ Hos annan, nämligen _____

7. Medförde de medicinska undersökningarna/bedömningarna åtgärder i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 9).

8. I hur många fall resulterade undersökningarna/bedömningarna i att de sökande inte anställdes?

Antal? _____

9. Vem svarade som regel för kostnaderna för de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Arbetsgivaren.

☐ Den arbetssökande.

☐ Annan, nämligen _____

_____

Frågorna 10-21 gäller då de medicinska undersökningarna/bedömningarna **utfördes med stöd av centralt eller lokalt kollektivavtal/överenskommelse**, t.ex. efter beslut i skyddskommitté. (Fortsätt till fråga 22, om detta avsnitt inte är aktuellt).

10. Vilket centralt kollektivavtal eller vilka lokala kollektivavtal/överenskommelser gällde det?

☐

☐

☐

11. För vilka ställdes kraven?

☐ Alla.

☐ Vissa yrkesgrupper.

☐ Vissa åldersgrupper.

☐ Annan grupp, nämligen _____

12. Vilket eller vilka skäl motiverade kravet?

☐ Individens tjänstbarhet.

☐ Skada på miljö eller egendom.

Säkerhetsrisk för andra:

☐ Ökad olycksrisk.

☐ Ökad smittspridningsrisk.

☐ Annat, nämligen _____

Risk för arbetsskada:

☐ Olycksrisk.

☐ Fysiskt tungt arbete.

☐ Buller.

☐ Kemisk exponering/allergi.

☐ Smitta.

☐ Strålning.

☐ Psykisk påfrestning.

☐ Annat, nämligen _____

13. Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar och antal var det fråga om?

☐ Läkarundersökning.

☐ Enbart provtagning.

- ☐ Drogtest. Antal? _____
- ☐ Alkoholtest. Antal? _____
- ☐ HIV-test. Antal? _____
- ☐ Annat, nämligen _____
- ☐ Hälsodeklaration.

14. Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna /bedömningarna?

- ☐ Inom företagshälsovården.
- ☐ Inom den offentliga sjukvården.
- ☐ Hos privatläkare.
- ☐ Hos annan, nämligen _____

15. Fick arbetsgivaren någon information om de genomförda medicinska undersökningarna/bedömningarna i något fall?

- ☐ Ja.
- ☐ Nej (fortsätt till fråga 19).

16. Vilken information gällde det?

- ☐ Bedömning av individens tjänstbarhet.
- ☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och det övergripande resultatet.
- ☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och detaljerade resultat.

17. Hur skedde informationen huvudsakligen till arbetsgivaren?

☐ Skriftligen.

☐ Muntligen.

18. Fördes informationen in i ett register hos arbetsgivaren?

☐ Ja, för alla.

☐ Ja, för den som anställdes.

☐ Nej.

19. Medförde de medicinska undersökningarna/bedömningarna åtgärder i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 21).

20. I hur många fall resulterade undersökningarna/bedömningarna i att de sökande inte anställdes?

Antal? _____

21. Vem svarade som regel för kostnaderna för de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Arbetsgivaren.

☐ Den arbetssökande.

☐ Annan, nämligen _____

Frågorna 22-32 gäller då de medicinska undersökningarna/bedömningarna **utfördes enbart på arbetsgivarens begäran,** dvs. utan stöd av lag eller annan författning eller kollektivavtal/överenskommelse. (Fortsätt till fråga 33, om detta avsnitt inte är aktuellt).

22. För vilka ställdes kraven?

☐ Alla.

☐ Vissa yrkesgrupper.

☐ Vissa åldersgrupper.

☐ Annan grupp, nämligen _____

23. Vilket eller vilka skäl motiverade kravet?

☐ Individens tjänstbarhet.

☐ Skada på miljö eller egendom.

Säkerhetsrisk för andra:

☐ Ökad olycksrisk.

☐ Ökad smittspridningsrisk.

☐ Annat, nämligen _____

Risk för arbetsskada:

☐ Olycksrisk.

☐ Fysiskt tungt arbete.

☐ Buller.

☐ Kemisk exponering/allergi.

☐ Smitta.

☐ Strålning.

☐ Psykisk påfrestning.

☐ Annat, nämligen _____

24. Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar och antal var det fråga om?

☐ Läkarundersökning.

☐ Enbart provtagning.

☐ Drogtest. Antal? _____

☐ Alkoholtest. Antal? _____

☐ HIV-test. Antal? _____

☐ Annat, nämligen _____

☐ Hälsodeklaration.

25. Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna/ bedömningarna?

☐ Inom företagshälsovården.

☐ Inom den offentliga sjukvården.

☐ Hos privatläkare.

☐ Hos annan, nämligen _____

26. Fick arbetsgivaren någon information om de genomförda medicinska undersökningarna/bedömningarna i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 30).

27. Vilken information gällde det?

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet.

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och det övergripande resultatet.

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och detaljerade resultat.

28. Hur skedde informationen huvudsakligen till arbetsgivaren?

☐ Skriftligen.

☐ Muntligen.

29. Fördes informationen in i ett register hos arbetsgivaren?

☐ Ja, för alla.

☐ Ja, för den som anställdes.

☐ Nej.

30. Medförde de medicinska undersökningarna/bedömningarna åtgärder i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 32).

31. I hur många fall resulterade undersökningarna/bedömningarna i att de sökande inte anställdes?

    Antal? _____

32. Vem svarade som regel för kostnaderna för de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

    ☐ Arbetsgivaren.

    ☐ Den arbetssökande.

    ☐ Annan, nämligen _____

FRÅGORNA 33-73 GÄLLER UNDER PÅGÅENDE ANSTÄLLNING UNDER ÅR 1994 AV TILLSVIDARE ANSTÄLLD PERSONAL

Dessa frågor har delats in i fyra avsnitt enligt nedan.

- Det första avsnittet avser när de medicinska undersökningarna/bedömningarna utförts med stöd av lag eller annan författning.

- Det andra avsnittet avser när de medicinska undersökningarna/bedömningarna utförts med stöd av kollektivavtal eller överenskommelse.

- Det tredje avsnittet avser när de medicinska undersökningarna/bedömningarna utförts enbart på arbetsgivarens begäran, dvs. utan stöd av lag eller annan författning eller kollektivavtal/överenskommelse.

- Det fjärde avsnittet avser när de medicinska undersökningarna/bedömningarna var frivilliga, t.ex. hälsokontroller/hälsoprofiler.

33. För hur många i avsnitten ställdes krav på eller erbjöds medicinska undersökningar/bedömningar **under år 1994**?

Avsnitt 1 (lag och/eller förordning) Antal? _____

Avsnitt 2 (kollektivavtal eller överenskommelse)
Antal? _____

Avsnitt 3 (enbart på arbetsgivarens begäran)

Antal? _____

Avsnitt 4 (frivillig) Antal? _____

Frågorna 34-38 gäller då de medicinska undersökningarna/bedömningarna **utfördes med stöd av lag eller annan författning**, t.ex. arbetsmiljölagen, livsmedelslagen och föreskrifter från Arbetarskyddsstyrelsen. (Fortsätt till fråga 39, om detta avsnitt inte är aktuellt).

34. Vilka lagar eller andra författningar gällde det? Hur många var det som undersöktes under år 1994?

Lagar eller andra författningar.	Antal undersökta.
☐	☐
☐	☐
☐	☐

35. I hur många fall resulterade de medicinska undersökningarna/bedömningarna i någon åtgärd?

Antal? _____

36. Vilken åtgärd i så fall?

☐ Omplacering. Antal? _____

☐ Uppsägning. Antal? _____

☐ Annan, nämligen _____ Antal? _____

37. Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna/ bedömningarna?

☐ Inom företagshälsovården.

☐ Inom den offentliga vården.

☐ Hos privatläkare.

☐ Hos annan, nämligen _____

38. Vem svarade som regel för kostnaderna för de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Arbetsgivaren.

☐ Den anställde.

☐ Annan, nämligen _____

Frågorna 39-54 gäller då de medicinska undersökningarna/bedömningarna **utfördes med stöd av centralt eller lokalt kollektivavtal/överenskommelse**, t.ex. efter beslut i skyddskommitté. (Fortsätt till fråga 55, om detta avsnitt inte är aktuellt).

39. Vilket centralt kollektivavtal eller vilka lokala kollektivavtal/ överenskommelser gällde det? **(Frågan gäller inte då undersökningarna ger arbetsgivaren rätt att kräva sjukintyg från första dagen).**

☐

☐

☐

40. För vilka ställdes kraven?

☐ Alla.

☐ Vissa yrkesgrupper.

☐ Vissa åldersgrupper.

☐ Annan grupp, nämligen _____

41. Vilket eller vilka skäl motiverade kravet?

☐ Individens tjänstbarhet.

☐ Skada på miljö eller egendom.

Säkerhetsrisk för andra:

☐ Ökad olycksrisk.

☐ Ökad smittspridningsrisk.

☐ Annat, nämligen _____

Risk för arbetsskada:

☐ Olycksrisk.

☐ Fysiskt tungt arbete.

☐ Buller.

☐ Kemisk exponering/allergi.

☐ Smitta.

☐ Strålning.

☐ Psykisk påfrestning.

☐ Annat, nämligen _____

Rehabiliteringsåtgärder _____

42. Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar och antal var det fråga om?

☐ Läkarundersökning.

☐ Enbart provtagning.

☐ Drogtest. Antal? _____

☐ Alkoholtest. Antal? _____

☐ HIV-test. Antal? _____

☐ Annat, nämligen _____

☐ Hälsodeklaration.

43. Gav den anställde sitt samtycke till de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Ja, i samtliga fall (fortsätt till fråga 47).

☐ Nej.

44. Till vilken eller vilka undersökningar/bedömningar gavs inte samtycke?

☐ Läkarundersökning.

☐ Provtagning.

☐ Drogtest. Antal? _____

☐ Alkoholtest. Antal? _____

☐ HIV-test. Antal? _____

☐ Annat, nämligen _____

☐ Hälsodeklaration.

45. Medförde ett uteblivet samtycke åtgärder i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 47).

46. Vilken åtgärd i så fall?

☐ Omplacering. Antal? _____

☐ Uppsägning. Antal? _____

☐ Annan, nämligen _____ Antal? _____

47. Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna/ bedömningarna?

☐ Inom företagshälsovården.

☐ Inom den offentliga vården.

☐ Hos privatläkare.

☐ Hos annan, nämligen _____

48. Fick arbetsgivaren någon information om de genomförda medicinska undersökningarna/bedömningarna i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 52).

49. Vilken information gällde det?

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet.

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och det övergripande resultatet.

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och detaljerade resultat.

50. Hur skedde informationen huvudsakligen till arbetsgivaren?

☐ Skriftligen.

☐ Muntligen.

51. Fördes informationen in i något register hos arbetsgivaren?

☐ Ja, för alla.

☐ Nej.

52. Medförde de medicinska undersökningarna/bedömningarna åtgärder i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 54).

53. Vilken åtgärd i så fall?

☐ Omplacering. Antal? _____

☐ Rehabilitering. Antal? _____

☐ Anpassning av arbetsmiljön. Antal? _____

☐ Varning. Antal? _____

☐ Uppsägning. Antal? _____

☐ Annan, nämligen _____ Antal? _____

54. Vem svarade som regel för kostnaderna för de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Arbetsgivaren.

☐ Den anställde.

☐ Annan, nämligen _____

Frågorna 55-69 gäller då de medicinska undersökningarna/bedömningarna **utfördes enbart på arbetsgivarens begäran**, dvs. utan stöd av lag eller annan författning eller kollektivavtal/överenskommelse. (Fortsätt till fråga 70, om detta avsnitt inte är aktuellt).

55. För vilka ställdes kraven?

☐ Alla.

☐ Vissa yrkesgrupper.

☐ Vissa åldersgrupper.

☐ Annan grupp, nämligen _____

56. Vilket eller vilka skäl motiverade kravet?

☐ Individens tjänstbarhet.

☐ Skada på miljö eller egendom.

Säkerhetsrisk för andra:

☐ Ökad olycksrisk.

☐ Ökad smittspridningsrisk.

☐ Annat, nämligen _____

Risk för arbetsskada:

☐ Olycksrisk.

☐ Fysiskt tungt arbete.

☐ Buller.

☐ Kemisk exponering/allergi.

☐ Smitta.

☐ Strålning.

☐ Psykisk påfrestning.

☐ Annat, nämligen _____

Rehabiliteringsåtgärder _____

57. Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar och antal var det fråga om?

☐ Läkarundersökning.

☐ Enbart provtagning.

☐ Drogtest. Antal? _____

☐ Alkoholtest. Antal? _____

☐ HIV-test. Antal? _____

☐ Annat, nämligen _____

☐ Hälsodeklaration.

58. Gav den anställde sitt samtycke till de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Ja, i samtliga fall (fortsätt till fråga 62).

☐ Nej.

59. Till vilken eller vilka undersökningar/bedömningar gavs inte samtycke?

☐ Läkarundersökning.

☐ Provtagning.

☐ Drogtest. Antal? _____

☐ Alkoholtest. Antal? _____

☐ HIV-test. Antal? _____

☐ Annat, nämligen _____

☐ Hälsodeklaration.

60. Medförde ett uteblivet samtycke åtgärder i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 62).

61. Vilken åtgärd i så fall?

☐ Omplacering. Antal? _____

☐ Uppsägning. Antal? _____

☐ Annan, nämligen _____ Antal? _____

62. Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna/ bedömningarna?

☐ Inom företagshälsovården.

☐ Inom den offentliga vården.

☐ Hos privatläkare.

☐ Hos annan, nämligen _____

63. Fick arbetsgivaren någon information om de genomförda medicinska undersökningarna/bedömningarna i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 67).

64. Vilken information gällde det?

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet.

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och det övergripande resultatet.

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och detaljerade resultat.

65. Hur skedde informationen huvudsakligen till arbetsgivaren?

☐ Skriftligen.

☐ Muntligen.

66. Fördes informationen in i något register hos arbetsgivaren?

☐ Ja, för alla.

☐ Nej.

67. Medförde de medicinska undersökningarna/bedömningarna åtgärder i något fall?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 69).

68. Vilken åtgärd i så fall?

☐ Omplacering. Antal? _____

☐ Rehabilitering. Antal? _____

☐ Anpassning av arbetsmiljön. Antal? _____

☐ Varning. Antal? _____

☐ Uppsägning. Antal? _____

☐ Annan, nämligen _____ Antal? _____

69. Vem svarade som regel för kostnaderna för de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Arbetsgivaren.

☐ Den anställde.

☐ Annan, nämligen _____

Frågorna 70-73 gäller då de medicinska undersökningarna/bedömningarna var **frivilliga**. (Fortsätt till fråga 74, om detta avsnitt inte är aktuellt).

70. Har de anställda under pågående anställning erbjudits medicinska undersökningar/bedömningar (hälsokontroller/hälsoprofiler) under år 1994?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 74).

71. Vilka erbjöds sådana undersökningar/bedömningar?

☐ Alla.

☐ Vissa yrkesgrupper.

☐ Vissa åldersgrupper.

☐ Annan grupp, nämligen _____

72. Vilket var det huvudsakliga syftet med de erbjudna undersökningarna/bedömningarna?

☐ Allmän hälsokontroll/hälsoprofiler.

☐ Risk för skada genom arbetsmiljön.

☐ Förebygga ohälsa.

73. Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna?

☐ Inom företagshälsovården.

☐ Inom den offentliga sjukvården.

☐ Hos privatläkare.

☐ Hos annan, nämligen _____

FRÅGORNA 74-79 AVSER FÖRÄNDRINGAR AV MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR/BEDÖMNINGAR

74. Har det skett någon förändring de senaste tre åren hos arbetsgivaren avseende kravet på antalet medicinska undersökningar/bedömningar utan stöd i lag eller annan författning eller kollektivavtal/överenskommelse?

☐ Ja, de har ökat.

☐ Ja, de har minskat.

☐ Nej.

75. Har det skett någon förändring avseende innehållet i de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 77).

76. Vad har förändrats?

☐ De medicinska undersökningarna/bedömningarna har blivit mer omfattande.

☐ De medicinska undersökningarna/bedömningarna har blivit mindre omfattande.

☐ Annat, nämligen _____

77. Bör medicinska undersökningar/bedömningar regleras alt. regleras ytterligare?

☐ Ja, i lag.

☐ Ja, i centrala kollektivavtal.

☐ Ja, i lokala kollektivavtal/överenskommelser.

☐ Ja, i anställningsavtal.

☐ Ja, nämligen _____

☐ Nej.

78. Har arbetsgivaren några konkreta planer för verksamheten med medicinska undersökningar i framtiden utöver vad arbetsgivaren tidigare anfört?

☐ Ja, den kommer att upphöra.

☐ Ja, den kommer att minska.

☐ Ja, den kommer att utökas.

☐ Ja, nämligen _____

☐ Nej.

79. Övriga synpunkter utöver vad arbetsgivaren tidigare anfört?

_____

_____

_____

_____ _____

(Statlig myndighet/kommun/ landsting/företag) (Postadress)

_____ _____

(Namnet på uppgiftslämnaren) (Telefonnummer)

Bilaga 12

Slutligt frågeformulär 950823
Arbetsmarknadsdepartementet
Utredningen om medicinska undersökningar i arbetslivet
Telefonintervju - privata företag med högst 99 anställda
Kontaktperson: Personalchef eller motsvarande (VD, personalansvarig)

Hej! Jag heter ... och ringer från opinionsinstitutet TEMO. Vi arbetar just nu med en undersökning på uppdrag av en statlig utredning om medicinska undersökningar i arbetslivet. Har Du tid några minuter?

Först några frågor om företaget.

1. Hur många fast ansställda hade ni den 31 december 1994?

_____ anställda

☐ Vet ej

2. Inom vilken bransch har ni er huvudsakliga verksamhet?

1 ☐ Jordbruk, jakt, skogsbruk (A)
2 ☐ Fiske (B)
3 ☐ Utvinning av mineral (C)
4 ☐ Tillverkning (D)
5 ☐ El-, gas-, värme-, vattenförsörjning (E)
6 ☐ Byggverksamhet (F)
7 ☐ Partihandel, detaljhandel samt reparation av fordon och tillbehör t.ex. skor, hushållsmaskiner (G)
8 ☐ Hotell, restaurang (H)
9 ☐ Transport, magasinering, kommunikation (I)
1 ☐ Bank, försäkring, värdepappershandel (J)
2 ☐ Konsulttjänster, fastighetsförvaltning, reklam, m.fl. tjänster för företag (K)

3 ☐ Utbildning (M)
4 ☐ Hälso- och sjukvård (N)
5 ☐ Annan

9 ☐ Vet ej

3. Har ni under 1994 **anställt** någon eller några personer, vi menar då fast anställd, dvs. tillsvidare anställd personal?

1 ☐ Ja
2 ☐ Nej ingen } **Gå till fråga 12**
3 ☐ Vet ej }

4. **OM JA (Fr. 3 pos.1):**
Hur många personer har ni **anställt** under 1994?

1_____1_____1 st

☐ Vet ej

5. Har ni som arbetsgivare (i något fall) ställt krav på medicinsk undersökning eller medicinsk bedömning för den/de personer ni anställt under 1994?
OM JA: Gjorde ni det alltid eller ibland?

1 ☐ Ja alltid
2 ☐ Ja, ibland
3 ☐ Nej } **Gå till fråga 12**
4 ☐ Vet ej }

6. **OM JA (Fr. 5 pos. 1-2):** När de medicinska undersökningarna kom på tal, vilka skäl hänvisade ni till för att kräva dem? Hänvisade ni till ....

OM JA: I hur många fall hänvisade ni till det?

		Ja	Nej	Vet ej	Antal
a) ...	att lagen föreskriver?	1	2	3	_____
b) ...	att det står i centralt kollektivavtal?	1	2	3	_____
c) ...	att det står i lokalt kollektivavtal eller att det finns lokal överenskommelse?	1	2	3	_____
d) ...	något annat? **OM JA:** Vad då?	1	2	3	_____
	_____				_____
	_____				_____

7. Vilken eller vilka typer av undersökningar har varit aktuella vid nyanställning under 1994?
Har det varit aktuellt med... **LÄS UPP 1-3. FLER SVAR MÖJLIGA.**

1 ☐ Läkarundersökning
2 ☐ Enbart provtagning, eller
3 ☐ Hälsodeklaration

4 ☐ Inget av detta/Vet ej

8. Har det vid nyanställning varit aktuellt med ... **OM JA:** Hur många fall?

		Ja	Nej	Vet ej	Antal
a) ...	drogtest?	1	2	3	_____
b) ...	alkoholtest?	1	2	3	_____
c) ...	HIV-test?	1	2	3	_____

9. Har det varit aktuellt med någon annan typ av undersökning?
OM JA: Vad då?

_____

1 ☐ Nej/Vet ej

10. Har de medicinska undersökningarna som ni begärt i något fall inneburit att en person inte kunnat få anställning hos er?

1 ☐ Ja
2 ☐ Nej/Vet ej

OM JA: I hur många fall?

_____ fall/personer

11. Har de medicinska undersökningarna för de ni anställt under 1994 inneburit att ni vidtagit speciella åtgärder i något fall t ex anpassning av arbetsmiljö eller något annat. **OM JA:** Vilka åtgärder har det då varit fråga om?

1 ☐ Anpassning av arbetsmiljö
2 ☐ Annat, nämligen:_____
3 ☐ Nej/Vet ej

OM ANPASSNING AV ARBETSMILJÖ (pos. 1): I hur många fall?

_____

OM ANNAT (pos. 2): I hur många fall?

_____

12. **TILL ALLA**
Har fast anställd personal hos er under 1994 erbjudits medicinska undersökningar eller medicinska bedömningar?

1 ☐ Ja
2 ☐ Nej/Vet ej → **FRÅGA 21**

13. **OM JA (Fr 12 pos. 1):**
Vilket var det främsta skälet till att ni erbjöd dessa undersökningar eller bedömningar? Var det ... **LÄS UPP 1-3.**

1 ☐ Allmän hälsokontroll för de anställda som underlag för hälsoprofil för företaget
2 ☐ För att minska riskerna för arbetsskador, eller
3 ☐ För att förebygga ohälsa

4 ☐ Inget av detta/Vet ej

14. Har det från företagets sida **ställts krav** på någon eller några av de anställda att genomgå medicinska undersökningar under 1994?

1 ☐ Ja
2 ☐ Nej

3 ☐ Vet ej

15. **OM JA (Fr. 14 pos. 1):**
Vilka skäl hade ni för att kräva de medicinska undersökningarna?
Hänvisade ni till ...
OM JA: I hur många fall hänvisade ni till det?

		Ja	Nej	Vet ej	Antal
a) ...	att lagen föreskriver det?	1	2	3	_____
b) ...	att det står i centralt kollektivavtal?	1	2	3	_____
c) ...	att det står i lokalt kollektivavtal eller att det finns lokal överens-kommelse?	1	2	3	_____
d) ...	att det finns i anställ-ningsavtal	1	2	3	_____
e) ...	något annat? **OM JA:** Vad då? I hur många fall?	1	2	3	_____
	_____				_____
	_____				_____

16. **OM JA** (Fr. 12 pos. 1 eller fr. 14 pos. 1):
Vilken eller vilka typer av undersökningar har varit aktuella för personal hos er under 1994? Har det varit aktuellt med ... **LÄS UPP 1-2. FLER SVAR MÖJLIGA.**

1 ☐ Läkarundersökning
2 ☐ Enbart provtagning, eller
3 ☐ Inget av detta/Vet ej

17. Har det för någon eller några av de anställda varit aktuellt med ...
OM JA: För hur många anställda?

	Ja	Nej	Vet ej	Antal
a) ... drogtest	1	2	3	_____
b) ... alkoholtest?	1	2	3	_____
c) ... HIV-test?	1	2	3	_____

18. Har det hos er varit aktuellt med någon annan typ av medicinsk undersökning för någon eller några av de anställda?
OM JA: Vad då?

_____

1 ☐ Nej/Vet ej

19. Om vi ser sammantaget på de medicinska undersökningar som genomförts för er personal. Har dessa undersökningar inneburit att ni vidtagit särskild åtgärd i något fall?
OM JA: I hur många fall under 1994?
Har ni ...

		Ja	Nej	Vet ej	Antal
a) ...	genomfört omplacering av någon eller några	1	2	3	_____
b) ...	tagit initiativ till rehabilitering	1	2	3	_____
c) ...	gjort förändringar i arbetsmiljön	1	2	3	_____

d) ...	sagt upp personal som en följd av undersökningarna	1	2	3	_____
e) ...	varnat personal	1	2	3	_____

20. Har ni genomfört någon annan åtgärd som ett resultat av de medicinska undersökningarna? **OM JA:** Vad? Och i hur många fall har det varit aktuellt?

_____ Antal: _____

1 ☐ Nej/Vet ej

21. **TILL ALLA**
När det gäller medicinska kontroller av personal anställd hos er, har ert företag planerat att öka eller minska på antalet eller förändra innehållet i dessa?

1 ☐ Öka
2 ☐ Minska
3 ☐ Nej oförändrat

4 ☐ Vet ej

22. **OM NI HAFT KRAV PÅ MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR (Fr. 14 pos. 1) OCH AVSER ATT MINSKA (Fr. 22 pos. 2):**
Kommer ni att minska på antalet eller upphöra helt med dem?

1 ☐ Enbart minska
2 ☐ Upphöra helt

3 ☐ Vet ej

Bilaga 13

Enkätformulär för företaghälsovården

Läs först noga igenom enkätformuläret. Försök därefter att besvara alla tillämpliga frågor. Kryssa för lämpligt/lämpliga alternativ och ange efterfrågat antal.

BAKGRUNDSFRÅGOR

1. Är företagshälsovårdsenheten

   ☐ inbyggd?

   ☐ företagshälsovårdscentral?

   ☐ branschhälsa?

2. Hur många anställda är anslutna till företagshälsovården?

   ☐ - 4.999. ☐ 5.000 - 9.999.

   ☐ 10.000 -

FÖLJANDE FRÅGOR GÄLLER I SAMBAND MED NYANSTÄLLNINGAR:

3. Utförs i verksamheten medicinska undersökningar/bedömningar av anställda på begäran av arbetsgivare inför nyanställningar?

   ☐ Ja.

   ☐ Nej (fortsätt till fråga 7).

4. Vilka medicinska undersökningar/bedömningar är det fråga om?

   ☐ Hälsoundersökningar.

   ☐ Hälsoprofiler.

   ☐ Drogtester.

   ☐ Alkoholtester.

   ☐ Andra, nämligen _____

5. Vilken information gavs om de genomförda medicinska undersökningarna/bedömningarna och till vem eller vilka?

   ☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och det övergripande resultatet.

      ☐ arbetsgivaren.

      ☐ den arbetssökande.

      ☐ annan, nämligen _____

   ☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och detaljerade resultat.

      ☐ arbetsgivaren.

      ☐ den arbetssökande.

      ☐ annan, nämligen _____

6. Hur skedde huvudsakligen informationen?

   ☐ Skriftligen.

   ☐ Muntligen.

FÖLJANDE FRÅGOR GÄLLER UNDER PÅGÅENDE ANSTÄLLNING:

7. Utförs i verksamheten medicinska undersökningar/bedömningar av anställda på begäran av arbetsgivare under pågående anställning?

   ☐ Ja.

   ☐ Nej (fortsätt till fråga 12).

8. Vilka medicinska undersökningar/bedömningar är det fråga om?

   ☐ Allmänna hälsoundersökningar.

   ☐ Riktade hälsoundersökningar.

   ☐ Hälsoprofiler.

   ☐ Drogtester.

   ☐ Alkoholtester.

   ☐ Andra, nämligen _____

9. Hur ofta förekommer de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

   Allmänna hälsoundersökningar:

   ☐ Årligen. ☐ Vart tredje år.

   ☐ Vart femte år. ☐ Aldrig.

   Riktade hälsoundersökningar:

   ☐ Årligen. ☐ Vart tredje år.

   ☐ Vart femte år. ☐ Aldrig.

Hälsoprofiler:

☐ Årligen. ☐ Vart tredje år.

☐ Vart femte år. ☐ Aldrig.

Drogtester:

☐ Årligen. ☐ Vart tredje år.

☐ Vart femte år. ☐ Aldrig.

Alkoholtester:

☐ Årligen. ☐ Vart tredje år.

☐ Vart femte år. ☐ Aldrig.

Andra, nämligen _____

☐ Årligen. ☐ Vart tredje år.

☐ Vart femte år. ☐ Aldrig.

10. Vilken information gavs om de genomförda medicinska undersökningarna/bedömningarna och till vem eller vilka?

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och det övergripande resultatet.

☐ arbetsgivaren.

☐ den anställde.

☐ annan, nämligen _____

☐ Bedömning av individens tjänstbarhet och detaljerade resultat.

☐ arbetsgivaren.

☐ den anställde.

☐ annan, nämligen _____

11. Hur skedde huvudsakligen informationen?

☐ Skriftligen.

☐ Muntligen.

ÖVRIGA FRÅGOR:

12. Har det skett någon förändring de senaste tre åren avseende kravet på medicinska undersökningar/bedömningar?

☐ Ja, de har ökat.

☐ Ja, de har minskat.

☐ Nej.

13. Har det skett någon förändring avseende innehållet i de medicinska undersökningarna/bedömningarna?

☐ Ja.

☐ Nej (fortsätt till fråga 15).

14. Vad har förändrats?

☐ De medicinska undersökningarna/bedömningarna har blivit mer omfattande.

☐ De medicinska undersökningarna/bedömningarna har blivit mindre omfattande.

☐ Annat, nämligen _____

15. Övriga synpunkter?

_____

_____

_____

_____
(Företagshälsovårdsenhet)

_____ _____
(Namnet på uppgiftslämnaren) (Telefonnummer)

Bilaga 14

Utredningens enkätundersökning

SAMMANFATTNING

Förekomsten av medicinska undersökningar under år 1994 bland statliga myndigheter, företag, kommuner och landsting har undersökts med enkäter och telefonintervjuer. I ett första steg sändes en liten enkät till samtliga privata företag och kooperativa företag med minst 100 anställda samt till alla centrala statliga myndigheter. De företag och myndigheter som svarade att medicinska undersökningar förekommit fick ytterligare en enkät med mer omfattande frågor. Denna stora enkät sändes också till samtliga landsting och ett urval av landets kommuner. Förhållandena i ett urval av företag med färre än 100 anställda undersöktes genom en telefonintervju. Urvalet var stratifierat med avseende på företagens storlek.

Undersökningar i samband med nyanställningar

Av privata och kooperativa företag med minst 100 anställda är det 46 respektive 40 procent som åtminstone någon gång under år 1994 begärt medicinska undersökningar i samband med nyanställning. Andelen som krävt medicinska undersökningar är lägre i mindre företag. Sålunda är andelen privata företag med 1-19 anställda och 20-99 anställda som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning 4 respektive 25 procent. Vid en jämförelse mellan olika näringsgrenar är det framför allt tillverkningsindustri och hotell/restaurang som ligger över genomsnittet. Av statliga myndigheter är det 12 procent som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning. Motsvarande siffra för landsting och kommuner är ca 60 procent.

Av de privata företag som genomfört medicinska undersökningar anger mer än 80 procent att kraven gällde *alla* som anställdes. Motsvarande siffra för landsting och kommuner är omkring 60 procent. Hos statliga myndigheter är motsvarande andel lägre. Hos dessa har arbetsgivarna framför allt riktat kraven till vissa yrkesgrupper. *Detta innebär att de medicinska undersökningarna vid nyanställning är mycket omfattande*

hos arbetsgivare som ställer sådana krav vid nyanställning. I exempelvis privata företag med minst 100 anställda är det 46 procent som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning. Av dessa företag kräver 80 procent undersökningar för alla. Det kan därmed uppskattas att det krävts medicinska undersökningar av samtliga nyanställda i 38 procent av de företag inom denna kategori vilka nyanställt.

De vanligaste typerna av medicinska undersökningar är undersökningar av läkare/sjuksköterska. Detsamma gäller ingivande av en hälsodeklaration. Dessa förekommer, beroende på sektor och grund för undersökningarna, hos 50 till 77 procent av arbetsgivare som krävt medicinska undersökningar. Motsvarande siffror för enbart provtagningar är mellan 12 och 33 procent och för drog- och alkoholtester mellan 0 och 20 procent. HIV-tester ingår hos 0 till 5 procent av arbetsgivarna som krävt medicinska undersökningar.

De allra flesta arbetsgivare som kräver medicinska undersökningar vid nyanställning anlitar företagshälsovården för genomförande av dessa.

Drogtester krävs framför allt av större privata företag. Däremot kräver statliga myndigheter, landsting, kommuner och större företag alkoholtester i ungefär samma utsträckning. HIV-tester krävs vid nyanställning främst av privata företag. Två av företagen i gruppen med minst 100 anställda har vart och ett krävt HIV-tester av fler än 10 personer. Dessa företag finns inom tillverkningsindustri och handel. Ett företag med mer än 1000 anställda har krävt HIV-tester vid nyanställning. Som grund för undersökningarna har arbetsgivarna i dessa fall angett centralt eller lokalt avtal/överenskommelse.

I företag med minst 100 anställda har åtgärder, som ett resultat av undersökningarna, vidtagits i ca 20 procent av företag som genomfört undersökningar. I mindre företag är andelen som vidtagit åtgärder lägre. I kommunerna är motsvarande siffra drygt 30 procent. När det gäller typen av åtgärder föreligger en betydande osäkerhet men upp-gifterna från de privata företagen tyder på att av företag som vidtagit åtgärder, har knappt hälften någon gång som ett resultat av undersök-ningarna valt att inte anställa. Det är möjligt att enkäternas konstruktion medfört en underskattning av denna summa.

Undersökningar av anställd personal

Av privata företag med minst 100 anställda är det 36 procent som under år 1994 åtminstone någon gång krävt medicinska undersökningar av anställd personal. Motsvarande siffra hos kooperativa företag är 27 procent. Andelen är lägre hos mindre företag. Sålunda är andelen privata företag med 1-19 anställda och 20-99 anställda som kräver medicinska undersökningar vid nyanställning 2 respektive 12 procent. Av statliga myndigheter är det 16 procent som krävt medicinska undersökningar under pågående anställning. Motsvarande siffra för landsting och kommuner är 87 respektiv 81 procent.

Det finns en tendens att privata företag kräver medicinska undersökningar i större utsträckning i samband med nyanställning jämfört med kraven på anställda. Statliga myndigheter, landsting och kommuner kräver i större utsträckning medicinska undersökningar av anställda jämfört med vid nyanställning.

Av privata företag med fler än 100 anställda, landsting och kommuner är det mellan 40 och 50 procent av de som ställt krav grundade på avtal/överenskommelse som riktat dessa till *alla*. Ungefär lika många har riktat kraven mot vissa yrkesgrupper. För krav baserade på arbetsgivarens begäran är det, i samma sektorer, 17 till 25 procent som riktar dessa till alla och 28 till 56 procent som riktar kraven till vissa yrkesgrupper. Hos vissa arbetsgivare har de riktat kraven till speciella åldersgrupper. *Således är de medicinska undersökningarna relativt omfattande i företag som genomför sådana för anställd personal.*

Av arbetsgivare som genomfört medicinska undersökningar vid pågående anställning är undersökningar av läkare/sjuksköterska och hälsodeklarationer de vanligaste typerna av undersökning/bedömning. Dessa förekommer, beroende på sektor och grund för undersökningen, hos 20 till 85 procent av arbetsgivarna. Enbart provtagningar förekommer, beroende på sektor och grund för undersökningen, hos 6 till 60 procent av arbetsgivarna. Motsvarande siffror för drog- och alkoholtester är 7 till 25 procent. Högst andel som genomför denna typ av tester finns hos landstingen. Hos företag med fler än 100 anställda som genomfört medicinska undersökningar förekommer dessa tester hos ca 10 procent. HIV-tester förekommer hos upp till 6 procent av arbetsgivare som genomför medicinska undersökningar. Framför allt är det hos statliga myndigheter, landsting och kommuner.

De allra flesta arbetsgivare som genomför medicinska undersökningar för anställd personal anlitar företagshälsovården för genomförande av dessa.

De vanligaste åtgärderna som resultat av medicinska undersökningar är omplacering, rehabilitering samt anpassning av arbetsmiljön. Uppsägning förekommer i varierande omfattning, beroende på sektor och grund för de medicinska undersökningarna, från någon enstaka procent upp till 15 procent.

Skäl för medicinska undersökningar

Både hos de större företagen och av statliga myndigheter, landsting och kommuner anger arbetsgivarna vid nyanställning individens tjänstbarhet som det vanligaste skälet till att de ställer krav. Detta gäller oavsett vilken grund som de stödde sig på. Skälen till att det ställdes krav på anställda var dels individens tjänstbarhet, dels risken för arbetsskada. Detta gäller oavsett vilken grund som de stödde sig på.

Det kan noteras att det är minst lika vanligt hos statliga myndigheter, landsting och kommuner som i de stora företagen i den privata sektorn att de anger risken för arbetsskada som skäl för kravet på undersökningar vid nyanställning. Det kan tyda på att selektionen av individer med utgångspunkt i risken för arbetsskada sker i samma utsträckning hos de statliga myndigheterna, landstingen och kommunerna som hos de större privata företagen.

Framtida utveckling

Kraven på ett ökat antal undersökningar som inte har stöd i lag/författning eller kollektivavtal/överenskommelse har ökat de tre senaste åren hos statliga myndigheter, landsting och privata företag med minst 100 anställda. Detta får stöd av resultaten från företagshälsovården, där nästan hälften av enheterna anser att kraven på medicinska undersökningar i sin helhet, dvs. även undersökningar med stöd i lag och avtal har ökat de tre senaste åren. Drygt hälften anser att innehållet har förändrats och då oftast i riktning mot mer omfattande undersökningar.

Det är betydligt vanligare, ca 20 procent, att arbetsgivarna anger att de har konkreta planer på att utöka verksamheten med medicinska undersökningar jämfört med att undersökningarna kommer att minska eller

upphöra, mindre än 2 procent. Arbetsgivarna efterfrågar *konkreta planer,* vilket bör kunna tolkas som att de som anger en utökning av undersökningarna här med stor säkerhet också kommer att genomföra dessa. *Svaren tyder följaktligen på att medicinska undersökningar kommer att bli vanligare.*

URVAL, GENOMFÖRANDE OCH KVALITET

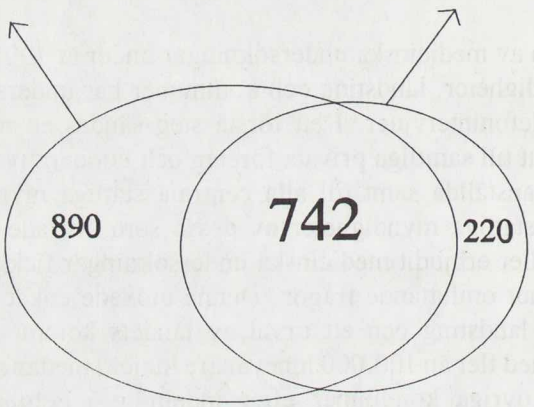
Urval och genomförande

Förekomsten av medicinska undersökningar under år 1994 hos företag, statliga myndigheter, landsting och kommuner har undersökts med enkäter och telefonintervjuer. I ett första steg sändes en mindre omfattande enkät ut till samtliga privata företag och kooperativa företag med fler än 100 anställda samt till alla centrala statliga myndigheter. De företag och statliga myndigheter av dessa som svarade att de någon gång krävt eller erbjudit medicinska undersökningar fick ytterligare en enkät med mer omfattande frågor. Denna utökade enkät sändes också till samtliga landsting och ett urval av landets kommuner. Samtliga kommuner med fler än 100.000 innevånare ingick, medan separata urval gjordes för övriga kommuner efter indelning i befolkningsstorlek. Förhållandena i privata företag med färre än 100 anställda undersöktes genom telefonintervjuer. Urvalet stratifierades med avseende på företagens storlek.

Externt bortfall

Svarsmönstret, inkluderande samtliga svaranden inom kategorierna privata och kooperativa företag med fler än 100 anställda, statliga myndigheter, landsting och kommuner, framgår av bilden nedan. I den mindre enkäten var svarsbortfallet 21 procent. Målgruppen för den stora enkäten var således de som genomfört medicinska undersökningar i målgruppen för den lilla enkäten, se ovan, plus landstingen och urvalet av kommuner. Det sammanlagda svarsbortfallet består då dels av de som inte besvarat den stora enkäten, 37 procent, och dels av de i svarsbortfallet i den lilla enkäten som genomfört medicinska undersökningar. Dessa senare kan endast skattas, varför det totala svarsbortfallet för den stora enkäten endast kan skattas, se tabell 1. Totalt sett får man i svarande på den lilla och den stora enkäten följande. 890 svarande från den lilla enkäten har inte svarat på den stora. Dessa utgörs dels av sådana som svarade nej angående medicinska undersök-

ningar på den lilla enkäten och dels av svarsbortfall på den stora enkäten. Sammanlagt är det 742 statliga myndigheter/ företag som svarat på både den lilla och den stora enkäten. Dessutom tillkommer 220 myndigheter/företag som svarat på den stora enkäten men inte den lilla. Av dessa är 95 stycken kommuner eller landsting. De återstående kan inte förklaras enligt uppläggningen av undersökningen.



Externt bortfall per sektor

För företag med minst 100 anställda måste bortfallet både i den lilla och i den stora enkäten räknas *men bara för frågor som enbart ställdes i den stora enkäten,* dvs. frågor om b) vilka som omfattas av undersökningarna, c) vilka typer av undersökningar som krävs, d) vilka åtgärder som vidtas, e) skäl till undersökningarna, f) var utförs undersökningarna och g) vilka förändringar har skett de tre senaste åren. Frågorna om a) förekomsten av undersökningar respektive h) planer för verksamheten förekommer i båda enkäterna, vilket innebär att bortfallet blir mindre.

Tabell 1: Externt bortfall för den lilla och den stora enkäten och beräknat bortfall för olika frågor.

Sektor	Externt bortfall för frågan om förekomst (a)	Externt bortfall för frågorna om omfattning/ typer, åtgärder, skäl, utförande och förändringar (b-g)	Externt bortfall för frågan om planer (h)
Privata företag med minst 100 anställda	24%	27-58%[1]	27%
Kooperativa företag med minst 100 anställda	33%	11-45%[1]	33%
Statliga myndigheter	3%	2-5%[1]	5%
Landsting	12%	12%	12%
Kommuner	25%	25%	25%
Privata företag med mindre än 100 anställda	11%	11%	11%

[1] Det minsta möjliga respektive det största möjliga bortfallet som kan förekomma. Om alla som inte besvarade den lilla enkäten skulle ha svarat nej på frågan om undersökningar, kommer bortfallet att vara den lägsta siffran i inter-vallet, t.ex. 2 procent för de statliga myndigheterna. Skulle alla svara "ja", kommer bortfallet att vara den största siffran i intervallet, t.ex. 5 procent för de statliga myndigheterna.

Internt bortfall

Internt bortfall uppstår när alla frågor inte besvarats. I denna undersökning är det interna bortfallet framför allt framträdande för frågorna där utredningen begär antalsuppgifter. Detta gäller kanske framför allt fråga 4 i den stora enkäten, där det interna bortfallet för sektorerna hopslagna varierar mellan 38 och 48 procent. Även för frågorna om

åtgärderna innebar att personen inte fick anställning (fråga 7, 20 och 31) finns ett stort internt bortfall.

Sålunda kan resultaten som klassificerats efter avsnitten lag/författning, kollektivavtal/överenskommelse och egen begäran vara behäftade med betydande osäkerhet. Det interna bortfallet kan förmodligen till viss del vara orsakat av oklarheter i formulären. Det är dock okänt i vilken utsträckning detta skulle vara fallet.

Definitioner och avgränsningar

I frågeformulären och i följebrev har i och för sig en fullständig definition av vad medicinska undersökningar omfattar inte angivits. Detta kan eventuellt leda till problem med validitet (giltighet) och reliabilitet (tillförlitlighet) i resultaten.

Någon avgränsning av begreppet organisation har inte gjorts, vilket innebär att arbetsgivarna själva har gjort en avgränsning. Detta problem växer med organisationsstorleken. Resultaten för stora företag, statliga myndigheter, landsting och kommuner kan därför vara svåra att tolka.

Frågekonstruktion

I alla formulären finns det ett antal frågor som arbetsgivarna kan ha missuppfattat. Även detta påverkar validitet och reliabilitet på ett negativt sätt.

I frågeformulären till de mindre företagen (< 100 anställda) och till de större företagen, de statliga myndigheterna, landstingen och kommunerna kan exempelvis svaren på frågorna om undersökningarna resulterade i att personen inte fick anställning vara en underskattning av det verkliga förhållandet. I formuläret till företagen med mindre än 100 anställda innebär frågornas konstruktion att arbetsgivare som inte ställt krav på medicinska undersökningar för personer *som de anställt* inte heller fick svara på frågan om någon person inte har kunnat få anställning p.g.a. resultaten från de medicinska undersökningarna. Ungefär 90 procent av arbetsgivarna svarade att de inte ställt krav på personer som de anställt. Detta skulle kunna innebära att en mycket stor underskattning har gjorts för frågan "Har de medicinska undersökningarna som ni begärt i något fall inneburit att en person inte kunnat få anställning hos er?" Detta logiska fel finns även i formuläret till de större företagen, de statliga myndigheterna, landstingen och kommunerna.

Här har dock alla fått svara på frågan om undersökningarna medfört att de sökande inte anställdes, vilket torde betyda att felet blir betydligt mindre.

Enligt frågeformuläret till företag med färre än 100 anställda har de som svarat nej på frågan, om fast anställd personal *erbjudits* medicinska undersökningar, inte tillfrågats om de ställt krav på någon anställd att genomgå medicinska undersökningar. I detta fall har den senare frågan hoppats över, se bilaga 13. Detta kan ha medfört en mycket stor underskatttning av andelen företag som krävt medicinska undersökningar av anställd personal.

Uppräkning

Ett stratifierat urval efter företagsstorlek gjordes för företag med färre än 100 anställda. Vid uppräkningen till populationsnivå har detta beaktats på ett korrekt sätt. Med hjälp av Svenska Kommunförbundet gjordes ett stratifierat urval av kommuner. Här valdes alla kommuner med fler än 100.000 invånare, medan separata urval gjordes av övriga kommuner som indelats i grupper efter befolkningsstorlek. Undersökningens resultat har dock inte räknats upp till populationsnivå, vilket torde innebära att de större kommunerna är överepresenterade i urvalet.

Datainsamling

Undersökningen av företag med färre än 100 anställda gjordes med hjälp av telefonintervjuer av Testhuset marknad opinion (TEMO), medan undersökningen av de övriga gjordes med 1-2 enkäter. Om dessa insamlingsformer påverkat resultaten på olika sätt är okänt.

HUR MÅNGA FÖRETAG KRÄVER ÖVER HUVUD TAGET MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR?

Krav vid nyanställning

Till privata och kooperativa företag *med minst 100 anställda* samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes frågorna:

- Ställde arbetsgivaren i något fall krav på medicinska undersökningar/bedömningar i samband med nyanställning under år 1994? (Fråga 5 i den lilla enkäten).

- För hur många i respektive avsnitt av dessa [nyanställda] ställdes krav på medicinska undersökningar/bedömningar? (Fråga 4 i den stora enkäten).

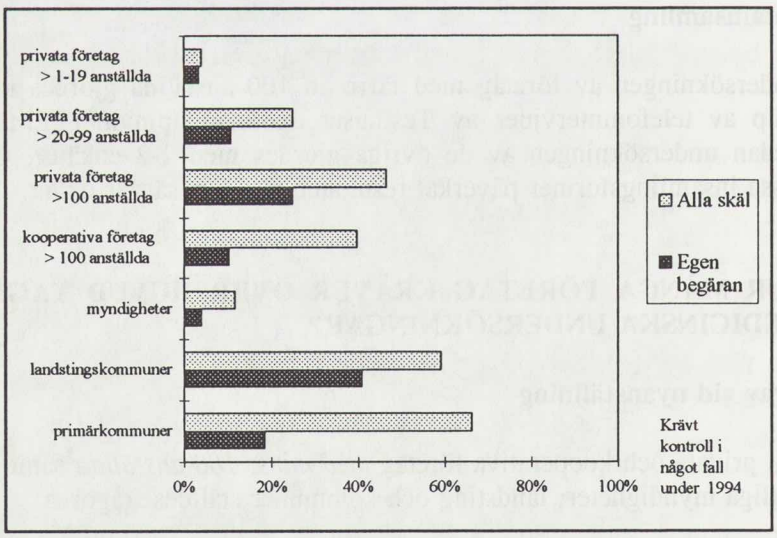
Till privata företag med *färre än 100 anställda* ställdes frågan:

- Har ni som arbetsgivare (i något fall) ställt krav på medicinsk undersökning eller medicinsk bedömning för den/de personer ni anställt under år 1994? (Fråga 5 i enkäten till de mindre företagen).

I frågeformulären frågas efter vilket stöd arbetsgivaren ansåg sig ha för att ställa krav vid nyanställning. Arbetsgivaren kunde svara att kraven grundade sig på stöd i lag/författning, i kollektivavtal/överenskommelse eller *enbart på arbetsgivarens begäran/annan grund.*

I figur 1 nedan har en nettosummering gjorts av kraven enligt lag/ författning, kollektivavtal/överenskommelse och krav på egen begäran/ annan grund (ljusa staplar). Andelen krav på egen begäran/annan grund framgår av de mörka staplarna.

Figur 1: Arbetsgivare som i något fall begärde medicinska undersökningar/bedömningar vid nyanställning år 1994.



Privata företag med färre än 100 anställda

Ungefär 4 procent av de privata företagen med 1-19 anställda ställde krav på medicinska undersökningar vid nyanställning någon gång under år 1994. Uppgifterna kan tyda på att de flesta hänvisar till annan grund än lag eller avtal, när kraven ställdes.

Av företag med 20-99 anställda svarade ca 25 procent att de ställt krav någon gång under år 1994. Uppgifterna kan tyda på att knappt hälften hänvisar till annan grund än lag eller avtal.

Privata företag och kooperativa företag med minst 100 anställda

Andelen privata företag som ställde krav på medicinska undersökningar är betydligt större hos företag som har minst 100 anställda jämfört med de mindre företagen. Ungefär 46 procent av företagen ställde någon gång under år 1994 krav vid nyanställning. Drygt hälften angav att de ställt krav enbart på egen begäran. Den största andelen företag som ställer krav vid nyanställning finns inom tillverkningsindustri och inom hotell och restaurang.

I siffran 46 procent har ingen hänsyn tagits till det externa bortfallet, som består av företag som kan ha svarat ja eller nej på frågan om undersökningar. Om hela bortfallet består av företag som inte begärt undersökningar år 1994, erhåller man resultatet att ca 37 procent av företagen någon gång har begärt en undersökning. Om man däremot antar att alla i bortfallet har begärt undersökningar, blir andelen som begärt undersökningar ca 57 procent. Den verkliga andelen företag som ställer krav ligger sålunda i intervallet 37-57 procent.

Andelen kooperativa företag som någon gång under år 1994 ställde krav på medicinska undersökningar är 40 procent. Drygt vart fjärde koopera-tiva företag angav att de ställt krav enbart på egen begäran.

Om motsvarande beräkning av det externa bortfallets betydelse görs för kooperativa företag som för de privata, framkommer det att andelen företag som någon gång under år 1994 ställt krav på medicinska undersökningar ligger mellan 28 och 57 procent.

Statliga myndigheter

Andelen myndigheter som ställde krav på medicinska undersökningar

någon gång under år 1994 utgjorde ca 12 procent av samtliga myndigheter som nyanställt personal. Ungefär var tredje myndighet angav att de ställt krav enbart på egen begäran.

Landsting

Av landstingen var det 13 av 22, (59 procent), som ställde krav på medicinska undersökningar någon gång under år 1994. Av dessa 13 angav 9 att de ställt krav enbart på egen begäran.

Kommuner

Ungefär 66 procent av kommunerna angav att de någon gång under år 1994 ställt krav på medicinska undersökningar. En mindre del av dessa angav att de ställt krav enbart på egen begäran.

Krav på anställd personal

Till privata och kooperativa företag *med minst 100 anställda* samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes frågorna:

- Ställde arbetsgivaren i något fall krav på medicinska undersökningar/bedömningar under pågående anställning under år 1994? (Fråga 7 i den lilla enkäten).

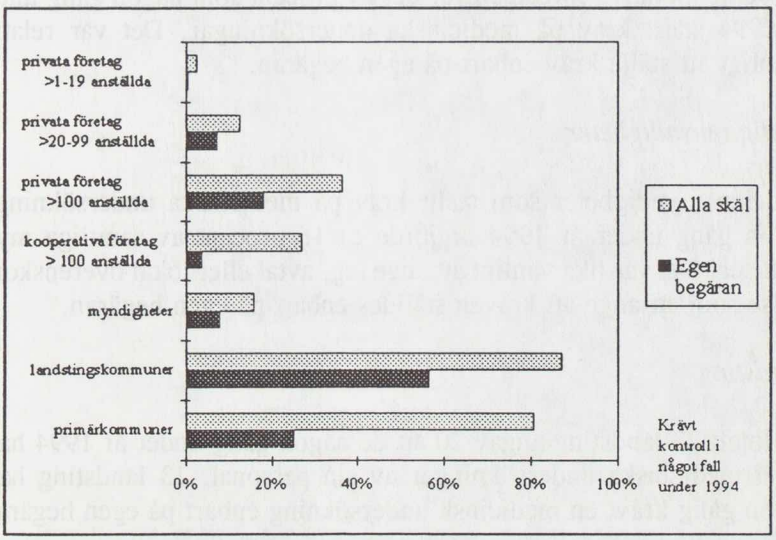
- För hur många i avsnitten ställdes krav på eller erbjöds medicinska undersökningar/bedömningar? (Fråga 33 i den stora enkäten).

Till privata företag med *färre än 100 anställda* ställdes frågan:

- Har det från företagets sida ställts krav på någon eller några av de anställda att genomgå medicinska undersökningar under år 1994? (Fråga 14 i telefonintervjun).

I figur 2 nedan har en nettosummering gjorts av krav enligt lag/författning, kollektivavtal/överenskommelse och krav på egen begäran (ljusa staplar). Andelen krav på egen begäran framgår av de mörka staplarna.

Figur 2: Arbetsgivare som i något fall begärde medicinska undersökningar/bedömningar av anställd personal år 1994.



Privata företag med färre än 100 anställda

Ungefär 2 procent av företagen med 1-19 anställda har ställt krav på medicinska undersökningar någon gång under år 1994. Ytterst få företag angav som skäl för kraven någon annan grund än lag, avtal eller lokal överenskommelse.

Av företagen med 20-99 anställda angav drygt 12 procent av företagen att de någon gång ställt krav under år 1994. För dessa företag var det betydligt vanligare att ange annan grund än lag, avtal eller lokal överenskommelse när jämförelse görs med de minsta företagen.

Privata företag och kooperativa företag med minst 100 anställda

En större andel av de stora privata företagen har någon gång ställt krav på medicinska undersökningar under år 1994 när jämförelse görs med de mindre företagen. Mer än vart tredje av de större företagen ställde krav någon gång under år 1994. Det var lika vanligt att ställa krav med stöd av lag, avtal eller överenskommelse, som att ställa krav på enbart egen begäran. Liksom vid nyanställning var det vanligast inom tillverk-

ningsindustri och inom hotell- och restaurangrörelse att någon gång ha ställt krav under år 1994.

Av de kooperativa företagen var det 27 procent som någon gång under år 1994 ställt krav på medicinska undersökningar. Det var relativt ovanligt att ställa krav enbart på egen begäran.

Statliga myndigheter

Andelen myndigheter som ställt krav på medicinska undersökningar någon gång under år 1994 utgjorde ca 16 procent av samtliga myndigheter. Det var lika vanligt att ange lag, avtal eller lokal överenskommelse som att ange att kraven ställdes enbart på egen begäran.

Landsting

Av totalt 23 landsting angav 20 att de någon gång under år 1994 hade krävt medicinska undersökningar av sin personal. 13 landsting hade någon gång krävt en medicinsk undersökning enbart på egen begäran.

Kommuner

Ungefär 80 procent av kommunerna hade någon gång under år 1994 krävt medicinska undersökningar av den anställda personalen. Den största andelen kommuner anger lag, avtal eller överenskommelse som skäl för kraven. Var tredje kommun anger också att de någon gång begärt undersökningar enbart på egen begäran.

VILKA OMFATTAS AV DE MEDICINSKA UNDERSÖKNINGARNA?

Nyanställda

Till privata och kooperativa företag med minst 100 anställda som vid nyanställning krävt medicinska undersökningar ställdes frågan:

- För vilka ställdes kraven? (Fråga 11 respektive 22 i den stora enkäten).

  Svarsalternativ: [alla/vissa yrkesgrupper/vissa åldersgrupper/annan grupp, nämligen...].

Till privata företag med färre än 100 anställda som krävt medicinska undersökningar ställdes frågan:

- Har ni som arbetsgivare (i något fall) ställt krav på medicinsk undersökning eller medicinsk bedömning för den/de personer ni anställt under år 1994? OM JA: Gjorde ni det alltid eller ibland?

  Svarsalternativ: [ja alltid/ja ibland/nej/vet ej].

Privata företag med färre än 100 anställda

Av privata företag med färre än 100 anställda angav 88 procent av de som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning att de *alltid* gjorde detta.

Privata och kooperativa företag med minst 100 anställda

Beroende på grund för de medicinska undersökningarna angav 81 respektive 86 procent av privata företag med minst 100 anställda att de ställt krav på medicinska undersökningar för *alla* nyanställda. Omkring 10 procent av företagen riktade krav till vissa yrkesgrupper, se tabell 2. För de kooperativa företagen är svaren angående detta så få, att det inte är meningsfullt att analysera dessa.

Tabell 2. Arbetsgivare som krävt medicinska undersökningar av nyanställda. Procentandel som riktat kraven mot alla respektive mot vissa yrkesgrupper. Uppdelat efter grund för undersökningen.

	Avtal/överens-kommelse		Arbetsgivarens begäran	
	Alla	Vissa yrkes-grupper	Alla	Vissa yrkes-grupper
	%	%	%	%
privata ftg >100 anst	86	8	81	14
statliga myndigheter	33	67	20	80
landsting	67	17	44	22
kommuner	65	35	67	42

Statliga myndigheter

Beroende på grund för de medicinska undersökningarna angav 33 respektive 20 procent av de statliga myndigheterna att de krävt medicinska undersökningar av alla nyanställda. Beroende på grund för undersökningarna, avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, riktade 67 respektive 80 procent kraven på medicinska undersökningar mot vissa yrkesgrupper, se tabell 2.

Landsting

Beroende på grund för undersökningarna, avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, krävde 67 respektive 44 procent av landstingen medicinska undersökningar av alla nyanställda. Oberoende av grunden för undersökningarna riktade ca 20 procent av landstingen krav på medicinska undersökningar mot vissa yrkesgrupper, se tabell 2.

Kommuner

Av kommunerna anger, oberoende av grund för undersökningarna, drygt 60 procent att de riktat kraven på medicinska undersökningar vid nyanställning till alla och ca 40 procent att de riktat kraven till vissa yrkesgrupper, se tabell 2.

Anställda

Till privata och kooperativa företag med minst 100 anställda som av anställd personal krävt medicinska undersökningar ställdes frågan:

- För vilka ställdes kraven? (Fråga 40 respektive 55 i den stora enkäten).

  Svarsalternativ: [alla/vissa yrkesgrupper/vissa åldersgrupper/annan grupp, nämligen...].

Privata företag med färre än 100 anställda

Ingen fråga ställdes om vilka grupper av anställd personal som omfattats av kraven på medicinska undersökningar.

Privata och kooperativa företag med minst 100 anställda

Beroende på grund, avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, riktade 42 respektive 25 procent av privata företag krav på medicinska undersökningar till alla anställda. 37 respektive 28 procent angav att de krävt medicinska undersökningar för vissa yrkesgrupper, se tabell 3. Omkring 20 procent av företagen, oberoende av grund för undersökningarna, riktade krav på sådana till vissa åldersgrupper. Av de företag som krävt undersökningar på arbetsgivarens begäran anger drygt 20 procent att de riktat undersökningarna mot enskilda individer, problem/problemgrupper eller liknande. För de kooperativa företagen är svaren angående detta så få, att det inte är meningsfyllt att analysera dessa.

Tabell 3. Arbetsgivare som krävt medicinska undersökningar av anställda. Procentandel som riktat kraven mot alla respektive mot vissa yrkesgrupper. Uppdelat efter grund för undersökningarna.

	Avtal/överens-kommelse		Arbetsgivarens begäran	
	Alla	Vissa yrkes-grupper	Alla	Vissa yrkes-grupper
	%	%	%	%
privata ftg >100 anst	42	37	25	28
statliga myndigheter	0	80	0	56
landsting	50	40	23	8
kommuner	45	35	17	28

Statliga myndigheter

Huvuddelen av de statliga myndigheter som krävt medicinska undersökningar av anställd personal riktade dessa krav till vissa yrkesgrupper, beroende på grund för undersökningarna, avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, 80 respektive 56 procent, se tabell 3. Av statliga myndigheter som krävt undersökningar på arbetsgivarens begäran anger drygt 30 procent att de riktat undersökningarna mot enskilda individer, problem/problemgrupper eller liknande.

Landsting

Av landstingen kräver, beroende på grund för undersökningarna avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, 50 respektive 23 procent av arbetsgivarna dessa av alla. Motsvarande siffror är 40 respektive 8 procent av landstingen som riktat kraven mot vissa yrkesgrupper, se tabell 3. Av landsting som krävt undersökningar på arbetsgivarens begäran anger ca 70 procent att de riktat undersökningarna mot enskilda individer, problem/problemgrupper eller liknande.

Kommuner

Av kommunerna är det, beroende på grund för undersökningarna, avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, 45 respektive 17 procent som riktat krav till alla. Motsvarande siffror är 35 respektive 28 procent som riktat kraven till vissa yrkesgrupper, se tabell 3. Av landsting som genomfört undersökningar på arbetsgivarens begäran anger ca 45 procent att de riktat undersökningarna mot enskilda individer, problem/problemgrupper eller liknande.

VILKA TYPER AV UNDERSÖKNINGAR KRÄVS I DE FALL DÅ MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR GENOMFÖRS?

Undersökningar av nyanställda

Till privata företag med minst 100 anställda (privata och kooperativa), statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes, vad gäller medicinska undersökningar grundade på avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, frågan:

- Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar och antal var det frågan om? (Fråga 13 och 24 i den stora enkäten).

  Svarsalternativ: [läkarundersökning/enbart provtagning/drogtest/alkoholtest/HIV-test/hälsodeklaration/annat, nämligen...].

Till privata företag med färre än 100 anställda ställdes frågorna:

- Vilken eller vilka typer av undersökningar har varit aktuella vid nyanställning under år 1994? (Fråga 7 i telefonintervjun).

Svarsalternativ: [läkarundersökning/enbart provtagning/hälsodeklaration/inget av detta/vet ej].

- Har det vid nyanställning varit aktuellt med...? (Fråga 8 i telefonintervjun).

  Svarsalternativ: [drogtest/alkoholtest/HIV-test].

- Har det varit akuellt med någon annan typ av undersökning? (Fråga 9 i telefonintervjun).

Privata företag med färre än 100 anställda

De siffror som redovisas i tabell 4 grundar sig på företag med 10-99 anställda. I gruppen företag med 1-9 anställda var det endast ett företag som utnyttjat medicinska undersökningar vid nyanställning. I detta fall rörde det sig om en allergitest. Undersökningar av läkare/sjuksköterska samt hälsodeklarationer dominerar. Knappt 60 procent av företagen har utnyttjat dessa undersökningstyper. Av företagen i storleken 10-99 anställda som genomfört medicinska undersökningar vid nyanställning är det 5 procent som gjort HIV-tester, se tabell 4.

Privata och kooperativa företag med minst 100 anställda

De olika typer av undersökningar som genomförts i företag med minst 100 anställda som krävt medicinska undersökningar i samband med nyanställning framgår av tabell 4. Oberoende av grunden för undersökningarna har huvuddelen av företagen, ca 70 procent, genomfört undersökningar av läkare eller sjuksköterska. Förundersökningar baserade på egen begäran och avtal/överenskommelse har 61 respektive 76 procent krävt hälsodeklarationer. Enbart provtagningar är också relativt vanligt. De förekommer hos 33 procent av företagen som gjort undersökningar grundade på avtal och hos 12 procent av företagen som gjort undersökningar grundade på egen begäran. Utifrån tillgängliga siffror kan det skattas att ca 12 procent av företagen som krävt medicinska undersökningar, antingen åberopande avtal/överenskommelse eller egen begäran, genomför drogtester. Motsvarande siffra vad gäller alkoholtester är knappt 5 procent av företagen. Dessa siffror är behäftad med viss osäkerhet beroende på att företag samtidigt kan ingå både i gruppen som krävt medicinska undersökningar med stöd av avtal och i gruppen som grundat undersökningarna på arbetsgivarens begäran. Uppgifterna belyser inte detta. 4 procent av företagen som åberopat av-

tal/överens-kommelse som grund för medicinska undersökningar har genomfört HIV-tester vid nyanställning. Detta motsvarar 5 av företagen i urvalet, varav 1 av företagen har fler än 1.000 anställda.

Antalet kooperativa företag med fler än 100 anställda som bidrar med siffror till detta är så få att de lämnats utanför analysen.

Tabell 4. Procentandel arbetsgivare som krävt vissa typer av undersökningar av dem som genomfört medicinska undersökningar i samband med nyanställning. Uppdelat efter grund för kravet på medicinska undersökningar*.

Typ av undersökning	Priv ftg >100 anst		Myndigh, landsting, kommuner		Privata ftg <100 anst.
	Kollektivavtal	Egen begäran	Kollektivavtal	Egen begäran	
	%	%	%	%	%
Undersökning läkare/-sjuksköterska	68	73	77	50	57
Enbart provtagning	33	12	15	20	22
Drogtest	20	7		3	1
Alkoholtest	7	3	11		
HIV-test	4	1			5
Syn/hörselundersökning	2	2		7	
Hälsodeklaration	76	61	66	69	56
Övrigt	3		3	9	6

*) Siffrorna avseende statliga myndigheter, landsting och kommuner är ett ovägt genomsnitt för dessa. Siffrorna för företag med färre än 100 anställda avser företag med 10-99 anställda, dvs. företag med 1-9 anställda är exkluderade, då endast ett företag krävt medicinska undersökningar vid nyanställning.

Statliga myndigheter, kommuner och landsting

För dessa grupper av svarande har uppgifterna lagts ihop, då antalet svarande i de enskilda grupperna är litet och skillnaderna dem emellan är måttliga. Siffrorna i tabell 4 anger ett ovägt genomsnitt för de skilda sektorerna. Undersökningar av läkare/sjuksköterska görs av 50 till 77 procent av arbetsgivarna i denna grupp. Enbart provtagningar gjordes, beroende på grund för undersökningarna, av 15 till 20 procent av

arbetsgivarna. Hälsodeklarationer ingår hos knappt 70 procent av arbetsgivarna oberoende av grund för undersökningarna. Krav på drogtester härrör från kommunerna. Krav på alkoholtester kommer från stat-liga myndigheter, där en av tre myndigheter som genomfört medicinska undersökningar med stöd av avtal/överenskommelse har krävt alkohol-tester.

Undersökningar av anställd personal

Till privata företag med minst 100 anställda (privat och kooperativt), statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes frågan:

- Vilken typ av medicinska undersökningar/bedömningar var det frågan om? (Fråga 42 och 57 i den stora enkäten).

Till privata företag med färre än 100 anställda ställdes frågorna:

- Vilken eller vilka typer av undersökningar har varit aktuella för personal hos er under år 1994? (Fråga 16 i telefonintervjun).

  Svarsalternativ: [läkarundersökning/enbart provtagning/inget av detta/vet ej].

- Har det för någon eller några av de anställda varit aktuellt med...? (Fråga 17 i telefonintervjun).

  Svarsalternativ: [drogtest/alkoholtest/HIV-test].

- Har det hos er varit akuellt med någon annan typ av medicinsk undersökning för någon eller några av de anställda? (Fråga 17 i telefonintervjun).

Dessa frågor ställdes både till dem som erbjudit och till dem som krävt medicinska undersökningar. För de större företagen gällde frågan endast dem som krävt medicinska undersökningar. En direkt jämförelse är därför inte möjlig.

Privata företag med färre än 100 anställda

Av företag med färre än 100 anställda vilka genomfört medicinska undersökningar av anställda är undersökningar av läkare/sjuksköterska vanligast. Enbart provtagningar förekommer hos 60 procent av

företagen. Alkoholtester har gjorts av 9 procent av företagen med 10-99 anställda. I gruppen företag med 1-9 anställda är det inga företag som gjort alkoholtester. Däremot har 1 procent av de mindre företagen genomfört drogtester. I delgruppen med 20-49 anställda är det 3 procent som genomfört drogtester. HIV-tester har gjorts av 3 procent av företagen med färre än 100 anställda som genomfört medicinska undersökningar av anställd personal.

Privata och kooperativa företag med fler än 100 anställda

Drygt 60 procent av företagen som åberopat antingen centralt eller lokalt avtal/överenskommelse eller egen begäran som grund för medicinska undersökningar av anställda har använt undersökningar av läkare/sjuksköterska.

Enbart provtagningar har använts i 30 respektive 19 procent av företagen som krävt medicinska undersökningar, se tabell 5.

Med hänsyn tagen till de relativa storleksförhållandena mellan gruppen som krävt medicinska undersökningar med stöd av avtal respektive grundat på egen begäran, kan det uppskattas att ca 9 procent av företagen som genomfört medicinska undersökningar av anställda har gjort drogtester. Denna siffra är behäftad med en viss osäkerhet beroende på att företag samtidigt kan ingå både i gruppen som krävt medicinska undersökningar med stöd av avtal och i gruppen som grundat undersökningarna på egen begäran. Uppgifterna belyser inte detta. Motsvarande siffra för alkoholtester är ca 14 procent.

Tabell 5. Procentandel som utnyttjat vissa typer av undersökningar av arbetsgivare som krävt medicinska undersökningar av anställd personal. Uppdelat efter grunden för kravet på medicinska undersökningar.

Typ av undersökning	Priv ftg >100 anst		Myndigh, landsting, kommuner		Privata ftg <100 anst.
	Kollektivavtal	Egen begäran	Kollektivavtal	Egen begäran	
	%	%	%	%	%
Undersökning läkare/-sjuksköterska	63	64	73	85	74
Enbart provtagning	30	19	28	6	60
Drogtest	10	7	25	19	1
Alkoholtest	13	15	25	22	3
HIV-test	1	1	2	6	3
Syn/hörselundersökning	11	8	8	8	
Hälsodeklaration	51	36	37	20	1
Övrigt	8	9	15	17	6

1) Finns som svarsalternativ i den stora enkäten, men inte i telefonintervjun av de mindre företagen.

Statliga myndigheter, landsting och kommuner

En hög andel både av statliga myndigheter, kommuner och landsting som genomfört medicinska undersökningar grundade på avtal och de som gjort det grundat på egen begäran använder sig av undersökningar av läkare/sjuksköterska. I båda fallen mer än 70 procent, se tabell 5. Även i denna grupp är hälsodeklarationer vanliga. Beroende på grund för undersökningarna används de av 37 respektive 20 procent av arbetsgivarna. Drygt 20 procent av arbetsgivarna som krävt medicinska undersökningar har gjort drog- och alkoholtester. Det är framför allt landstingen som krävt drogtester men även kommunerna och de statliga myndigheterna gör det i betydande utsträckning. Även HIV-tester har utförts av en icke obetydlig andel av arbetsgivarna i denna grupp. Det kan vidare noteras att i det öppna alternativet har 10 procent av kommunerna angivit psykiatrisk undersökning.

I VILKEN UTSTRÄCKNING HAR ÅTGÄRDER VIDTAGITS MED ANLEDNING AV RESULTATEN FRÅN DE MEDICINSKA UNDERSÖKNINGARNA?

Åtgärder som ett resultat av medicinska undersökningar i samband med nyanställningar

Till privata företag och kooperativa företag med minst 100 anställda samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning ställdes i den stora enkäten frågorna:

- Medförde de medicinska undersökningarna/bedömningarna åtgärder i något fall? (Frågorna 7, 19 och 30 i den stora enkäten).

- I hur många fall resulterade undersökningarna/bedömningarna i att de sökande inte anställdes? (Frågorna 8, 20 och 31 i den stora enkäten).

Till privata företag med färre än 100 anställda ställdes frågorna:

- Har de medicinska undersökningarna som ni begärt i något fall inneburit att en person inte kunnat få anställning hos er? (Fråga 10 i telefonintervjun).

- Har de medicinska undersökningarna för de ni anställt under år 1994 inneburit att ni vidtagit speciella åtgärder i något fall t.ex. anpassning av arbetsmiljö eller något annat? (Fråga 11 i telerfonintervjun).

  Svarsalternativ: [anpassning av arbetsmiljön/annat, nämligen.../ nej/vet ej].

Privata företag med färre än 100 anställda

När det gäller åtgärder blir antalet svarande företag ganska litet. Av företag med 1-19 anställda har medicinska undersökningar i samband med anställning gjorts av 9 stycken i urvalet. Inget av dessa företag har vidtagit någon åtgärd som följd av resultatet av dessa undersökningar. Av företag i storleken 20-49 anställda som krävt medicinska undersökningar, har 1 av totalt 24 företag någon gång avstått från att anställa som en följd av resultatet. Av företagen i storleken 50-99 anställda är motsvarande siffra 3 av totalt 28 företag. Åtgärder i form av anpassn-

ing av arbetsmiljön har av företag med 10-19 anställda gjorts av 1 av totalt 8 företag som genomfört undersökningar. Av företag med 20-49 anställda har detta skett av 1 av 24 företag och i företag med 50-99 anställda har detta skett av 4 av 28 företag.

Privata och kooperativa företag med fler än 100 anställda

Av de företag som krävt medicinska undersökningar vid nyanställning med stöd av centralt eller lokalt kollektivavtal/överenskommelse, har dessa undersökningar i något fall medfört åtgärder hos 22 procent av företagen. För företag som krävt medicinska undersökningar på egen begäran är motsvarande siffra 17 procent. I de fall företagen krävt medicinska undersökningar med stöd av lag/författning är motsvarande siffra 22 procent.

Denna fråga följs upp av en fråga om i hur många fall undersökningarna resulterade i att de sökande inte anställdes. Svaret på denna fråga indikerar att andelen företag, där arbetsgivarna avstått från att anställa, utgör knappt hälften av de som vidtagit åtgärder. Resultatet på frågan är dock svårtolkat, eftersom huvuddelen av företagen som angett åtgärder inte lämnat något svar här. Möjligen kan andelen som valt att inte anställa vara högre. Förutom att inte anställa den sökande har företag också valt att göra anpassningar av arbetsplatsen/arbetsmiljön och arbetet. I den stora enkäten finns inga frågor kring denna möjlighet.

Svaren från kooperativa företag med fler än 100 anställda baserar sig på 15 företag som nyanställt och krävt medicinska undersökningar. Inget företag har vidtagit någon åtgärd som följd av resultatet av dessa.

Statliga myndigheter

Resultatet grundar sig på 13 svarande myndigheter som krävt medicinska undersökningar vid nyanställningar. Uppdelat på skilda grunder för undersökningarna blir antalet ändå mindre. Oberoende av grunden för undersökningarna har 30-40 procent av myndigheterna som gjort sådana undersökningar vid nyanställning någon gång vidtagit en åtgärd som följd av resultatet.

Landsting

13 landsting har i något fall krävt medicinska undersökningar vid anställning. 38 procent av landstingen (3 av 8) har någon gång vidtagit åtgärder som en följd av undersökningar som är utförda med stöd av lag/författning. För undersökningar som gjorts på begäran av arbetsgivaren är det 1 av 9 landsting som i något fall vidtagit åtgärder. I inget fall har åtgärder vidtagits som en följd av undersökningar som baserats på kollektivavtal/lokalt avtal.

Kommuner

Av 72 svarande kommuner är det 65 stycken som uppgivit att de nyanställt under år 1994. Av dessa har 43 vid åtminstone något tillfälle krävt medicinska undersökningar vid nyanställning. Beroende på grunden för de medicinska undersökningarna har mellan 28 procent och 42 procent av kommunerna som krävt medicinska undersökningar också vidtagit åtgärder i åtminstone något fall. I knappt 60 procent av kommunerna, där de vidtagit åtgärder som ett resultat av medicinska undersökningar med stöd av lag/författning, har de i åtminstone något fall avstått från att anställa. När åtgärder vidtagits som ett resultat av medicinska undersökningar som är grundade på avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran, är andelen som någon gång valt att inte anställa 14 respektive 40 procent.

Åtgärder som ett resultat av medicinska undersökningar av anställda

Till privata företag och kooperativa företag med fler än 100 anställda samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes i den stora enkäten frågorna:

- Medförde de medicinska undersökningarna/bedömningarna åtgärder i något fall? (Frågorna 35, 52 och 67 i den stora enkäten).

- Vilken åtgärd i så fall? (Frågorna 36, 53 och 68 i den stora enkäten).

  Svarsalternativ: [omplacering/rehabilitering/anpassning av arbetsmiljön/varning/uppsägning/annan, nämligen]. Till fråga 36 saknas alternativen anpassning/rehabilitering/varning.

Till privata företag med upp till 100 anställda ställdes frågorna:

- Om vi ser sammantaget på de medicinska undersökningar som genomförts för er personal. Har dessa undersökningar inneburit att ni vidtagit särskild åtgärd i något fall? (Fråga 19 i telefonintervjun).

  Svarsalternativ: [genomfört omplacering av någon eller några/tagit initiativ till rehabilitering/gjort förändringar i arbetsmiljön/sagt upp personal som följd av undersökningarna/varnat personal].

- Har ni genomfört någon annan åtgärd som ett resultat av de medicinska undersökningarna? (Frågan 20 i telefonintervjun).

Privata företag med färre än 100 anställda

Svarsalternativen tar upp samma åtgärder som i den stora enkäten men de skiljer sig något i formuleringen. Dessutom försvåras jämförelsen av att svaren från företag med färre än 100 anställda innefattar både medicinska undersökningar som krävts och sådana som erbjudits. I den stora enkäten ingår endast åtgärder till följd av undersökningar som krävts. Andelen som vidtagit åtgärder av de företag som krävt eller erbjudit medicinska undersökningar till anställda är starkt beroende av företagets storlek. Ju större företag desto större andel åtgärder. Av de företag med fler än 20 anställda som genomfört medicinska undersökningar är det mer än 14 procent som gjort någon omplacering. Initiativ till rehabilitering har tagits av över 30 procent av företagen med denna storlek. Anpassning av arbetsmiljön likaså. I gruppen företag med 1-19 anställda som genomfört medicinska undersökningar är andelen generellt sett lägre. Uppsägningar som åtgärder har förekommit hos fyra procent av företagen med fler än 50 anställda. Enstaka procent av de mindre företagen har vidtagit uppsägningar som ett resultat av medicinska undersökningar, se tabell 6.

Tabell 6. Företag med färre än 100 anställda som genomfört medicinska undersökningar av anställda. Procentandel som vidtagit skilda typer av åtgärder.

	Antal anställda			
Åtgärder	**1-9**	**10-19**	**20-49**	**50-99**
Genomfört omplacering	4%	4%	14%	25%
Tagit initiativ till rehabilitering	7%	18%	33%	44%
Förändring i arbetsmiljön	7%	18%	36%	30%
Sagt upp personal	0%	1%	1%	4%
Varnat personal	4%	12%	8%	14%
Någon av ovanstående åtgärder	15%	29%	54%	60%
Annan åtgärd	15%	7%	6%	10%

Privata och kooperativa företag med minst 100 anställda

Beroende på grund för de medicinska undersökningarna av anställd personal har knappt hälften av företagen som krävt undersökningar vidtagit någon åtgärd som ett resultat av dessa. För undersökningar som är grundade på lag/avtal är andelen företag som genomfört någon åtgärd 35 procent. Motsvarande siffra för såväl undersökningar grundade på avtal/överenskommelse som arbetsgivarens begäran är 45 procent. Av företag som krävt medicinska undersökningar som är grundade på avtal/överenskommelse respektive på egen begäran förekommer om-placeringar hos ca 15 procent. Motsvarande siffra vid medicinska undersökningar som grundas på lag/författning är 19 procent. I fall av medicinska undersökningar som grundades på avtal/överenskommelse eller egen begäran har 24 procent av företagen vidtagit åtgärder i form av rehabilitering. Motsvarande siffra för medicinska undersökningar grundade på lag/avtal är 2 procent. Anpassning av arbetsmiljön har vid-tagits av ca 15 procent av företag som genomfört medicinska undersök-ningar grundade på avtal/ överenskommelse eller på arbetsgivarens begäran. Uppsägningar har förekommit som åtgärder hos 3 procent av företag som genomfört medicinska undersökningar grundade på avtal/ överenskommelse eller på arbetsgivarens begäran. Motsvarande siffra för medicinska undersökningar grundade på lag/författning är 1 pro-cent, tabell 7.

Antalet kooperativa företag med minst 100 anställda som krävt medicinska undersökningar av anställda är litet, varför inga analyser görs.

Tabell 7. Olika typer av åtgärder som genomförts som resultat av medicinska undersökningar av anställd personal. Procentandel som använt angiven typ av åtgärder av privata företag med minst 100 anställda som genomfört medicinska undersökningar. Uppdelningen är gjord efter grund för de medicinska undersökningarna.

Typ av åtgärd	lag/ författ-ning	avtal	egen begäran
omplacering	19%	15%	14%
rehabilitering	2%	24%	24%
anpassning av arbetsmiljön	0%	15%	13%
varning	0%	3%	5%
uppsägning	1%	3%	3%
behandling - remiss + ytterligare medicinsk utredning	9%	4%	9%
övrigt	7%	6%	3%
ingen åtgärd	65%	55%	55%

Statliga myndigheter

Siffrorna grundar sig på ett litet antal svarande myndigheter. Av myndigheter som anger lag/författning som grund för att kräva medicinska undersökningar, (23 stycken), anger 48 procent att de vidtagit åtgärder som ett resultat av undersökningarna. Den åtgärd som är vanligast är omplacering, vilket 31 procent av dessa myndigheterna använt sig av. Rehabilitering förekommer som åtgärd hos 9 procent och ytterligare utredning m.m. förekommer hos 13 procent, se tabell 8. För undersökningar grundade på avtal/överenskommelse och arbetsgivarens begäran är antalet svarande myndigheter 5 respektive 9. Andelen av dem som vidtagit åtgärder som ett resultat av dessa undersökningar är 40 respektive 44 procent, se tabell 8. Det låga antalet svarande myndigheter bör beaktas vid tolkning av dessa data.

Tabell 8. Olika typer av åtgärder. Procentandel som använt angiven typ av åtgärd av statliga myndigheter som krävt medicinska undersökningar av anställd personal. Uppdelningen är gjord efter grund för de medicinska undersökningarna.

Typ av åtgärd	lag/ författning	avtal	egen begäran
omplacering	31%	20%	0%
rehabilitering	9%	40%	22%
anpassning av arbetsmiljön	0%	40%	22%
varning	0%	0%	11%
uppsägning	0%	0%	11%
behandling - remiss + ytterligare medicinsk utredning	13%	0%	11%
övrigt	0%	0%	11%
ingen åtgärd	52%	60%	56%

Landsting

Av de landsting som grundat medicinska undersökningar av anställda på lag/författning, avtal/överenskommelse eller på arbetsgivarens begäran är andelen som vidtagit åtgärder till följd av resultaten 35, 80 respektive 100 procent. Även i detta fall är antalet svarande enheter lågt. I antal räknat förekommer åtgärder till följd av undersökningar baserade på respektive grund för undersökningarna hos 6, 8 respektive 13 landsting. Rehabilitering är den åtgärd som använts hos de flesta av landstingen. Hos mer än 70 procent av de landsting som vidtagit medicinska undersökningar med stöd av avtal/överenskommelse eller på egen begäran har rehabilitering vidtagits som resultat av undersökningarna. Omplacering har, beroende på grund för de medicinska undersökningarna, använts som åtgärd hos mellan 12 och 62 procent av landstingen. Även anpassning av arbetsmiljön är en relativt vanlig åtgärd som resultat av medicinska undersökningar, framför allt som resultat av undersökningar på arbetsgivarens begäran. Uppsägning som åtgärd förekommer i upp till 15 procent hos landstingen som gjort medicinska undersökningar, se tabell 9.

Tabell 9. Olika typer av åtgärder som genomförts som resultat av medicinska undersökningar av anställd personal. Procentandel landsting som använt angiven typ av åtgärd. Uppdelningen är gjord efter grund för de medicinska undersökningarna.

Typ av åtgärd	lag/ författning	avtal	egen begäran
omplacering	12%	30%	62%
rehabilitering	0%	70%	85%
anpassning av arbetsmiljön	0%	20%	54%
varning	0%	20%	23%
uppsägning	4%	10%	15%
behandling - remiss + ytterligare medicinsk utredning	19%	10%	0%
övrigt	4%	10%	16%
ingen åtgärd	65%	20%	0%

Kommuner

I 38 procent av de kommuner där medicinska undersökningar vidtagits med stöd av lag/författning har en sådan undersökning lett till att någon åtgärd vidtagits. Motsvarande siffra vad avser undersökningar grundade på avtal/överenskommelse eller arbetsgivarens begäran är 80 respektiv 67 procent.

Tabell 10. Olika typer av åtgärder som genomförts som resultat av medicinska undersökningar av anställd personal. Procentandel kommuner som använt angiven typ av åtgärd. Uppdelningen är gjord efter grund för de medicinska undersökningarna.

Typ av åtgärd	lag/ författning	avtal	egen begäran
omplacering	13%	29%	39%
rehabilitering	0%	36%	50%
anpassning av arbetsmiljön	0%	29%	17%
varning	0%	14%	11%
uppsägning	4%	7%	0%
behandling - remiss + ytterligare medicinsk utredning	20%	14%	0%
övrigt	17%	7%	0%
ingen åtgärd	62%	20%	33%

Omplaceringar och rehabiliteringar är de vanligaste åtgärderna. För kommuner som gjort undersökningar grundade på avtal/överenskommelse eller egen begäran är det mellan ca 30 procent och ca 50 procent som vidtagit dessa åtgärder som ett resultat av undersökningarna. Även anpassning av arbetsmiljön är en åtgärd som förekommer hos en stor del av kommunerna. 29 procent av kommuner som vidtagit en undersökning grundad på avtal/överenskommelse har vidtagit anpassning av arbetsmiljön som ett resultat av undersökningarna. För kommuner som genomfört en undersökning grundad på egen begäran är motsvarande siffra 17 procent. Uppsägningar har blivit aktuellt som åtgärd hos 7 procent av kommuner som följd av resultatet av de medicinska undersökningarna som är grundade på avtal/överenskommelse. Motsvarande siffra vad gäller undersökningar grundade på lag/författning är 4 procent, se tabell 10.

SKÄL SOM MOTIVERADE DE MEDICINSKA UNDERSÖKNINGARNA

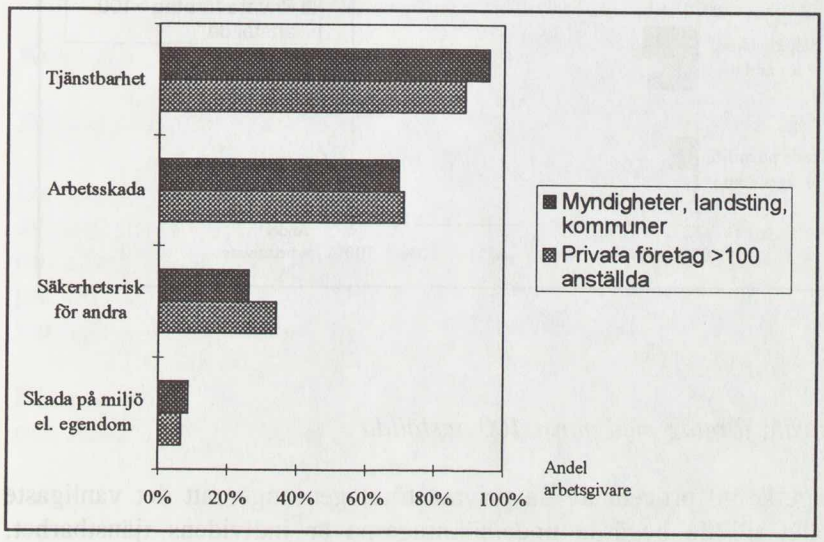
Till privata och kooperativa företag med minst 100 anställda samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes frågan:

- Vilket eller vilka skäl motiverade kraven [på medicinska undersökningar/bedömningar]? (Frågorna 12 och 23 i den stora enkäten).

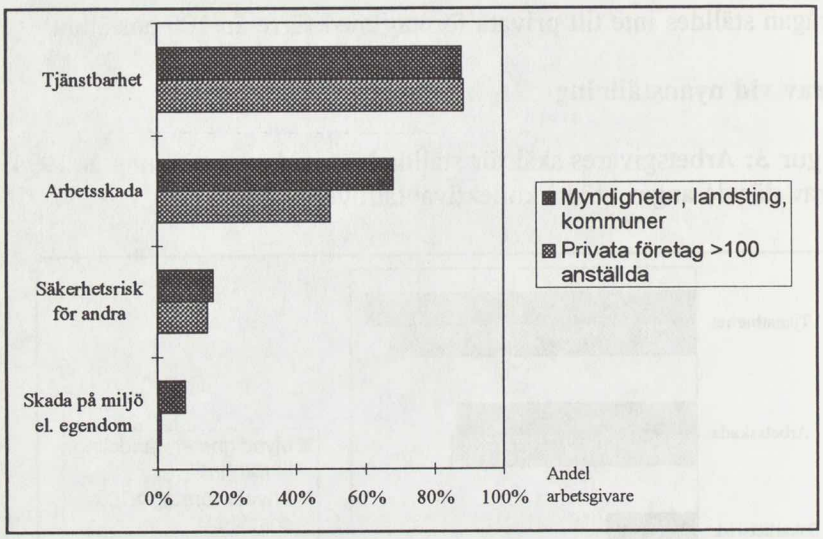
Frågan ställdes inte till privata företag med färre än 100 anställda.

Krav vid nyanställning

Figur 3: Arbetsgivares skäl för ställda krav vid nyanställning år 1994. Krav där de angav stöd i kollektivavtal/överenskommelse.



Figur 4: Arbetsgivares skäl för ställda krav vid nyanställning år 1994. Krav grundade enbart på arbetsgivarens egen begäran.



Privata företag med minst 100 anställda

Ungefär 90 procent av de privata företagen anger att det vanligaste skälet till de begärda undersökningarna är individens tjänstbarhet, oavsett om de angav kollektivavtal/överenskommelse eller egen begäran som grund för kravet. Som figur 3 och 4 visar är det även vanligt att ange risk för arbetsskada som skäl till ställda krav.

Inom tillverkningsindustrin anger hälften risk för kemisk exponering/allergi som skäl för att begära undersökningar vid nyanställning. Andra vanliga skäl är buller och fysiskt tungt arbete.

De arbetsgivare inom tillverkningsindustrin som på egen begäran krävt medicinska undersökningar anger risk för arbetsskada främst vid fysiskt tungt arbete, kemisk exponering/allergi eller buller.

Statliga myndigheter, landsting och kommuner

Det stora flertalet arbetsgivare, (22 stycken), anger individens tjänstbarhet som vanligaste skäl för att begära medicinska undersökningar vid nyanställning. Ett annat vanligt skäl är risk för arbetsskada. Arbetsgivarna anger samma skäl, oavsett vilken grund som de haft för att ställa krav.

Arbetsgivare inom kommunerna och landstingen anger risk för arbetsskada framför allt vid fysiskt tungt arbete.

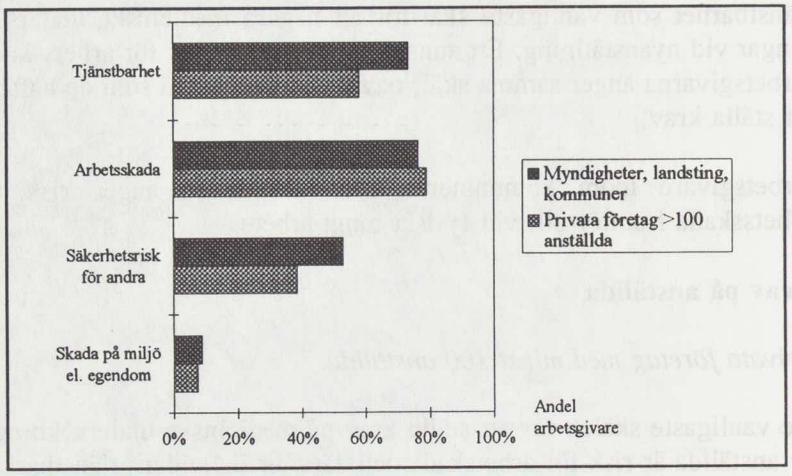
Krav på anställda

Privata företag med minst 100 anställda.

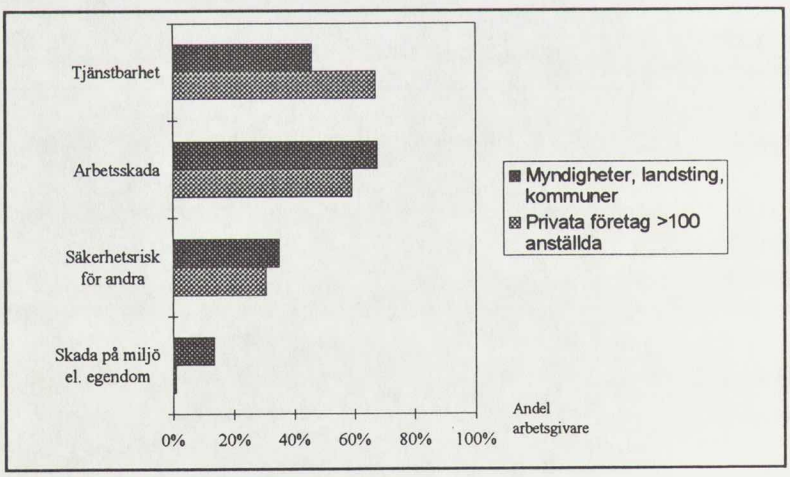
De vanligaste skälen för att ställa krav på medicinska undersökningar av anställda är risk för arbetskada och därefter individens tjänstbarhet, om arbetsgivaren har åberopat kollektivavtal/överenskommelse. Åberopar arbetsgivaren annat skäl, dvs. på egen begäran, är det ungefär lika vanligt att ange individens tjänstbarhet som risk för arbetsskada.

För anställda inom tillverkningsindustrin är kemisk exponering/allergi och buller vanliga skäl för begärda undersökningar.

Figur 5: Arbetsgivares skäl för ställda krav på anställda år 1994. Krav där de angav stöd i kollektivavtal/överenskommelse.



Figur 6: Arbetsgivares skäl för ställda krav på anställda år 1994. Krav grundade enbart på arbetsgivarens egen begäran.



Statliga myndigheter, landsting och kommuner

De vanligaste skälen för att ställa krav på medicinska undersökningar av anställda är risk för arbetsskada och därefter individens tjänstbarhet.

VAR UTFÖRDES DE MEDICINSKA UNDERSÖKNINGARNA?

Till privata och kooperativa företag med minst 100 anställda samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes frågan:

- Var utfördes huvudsakligen de medicinska undersökningarna/ bedömningarna? (Frågorna 6, 14, 25, 37 och 47 i den stora enkäten).

Frågan ställdes inte till privata företag med färre än 100 anställda.

Privata och kooperativa företag med minst 100 anställda

De allra flesta företagen anger att de anlitat företagshälsovården, när de krävt medicinska undersökningar eller bedömningar. Det finns inga skillnader mellan krav enligt lag/författning, kollektivavtal eller annan grund i detta hänseende. Det finns heller inga skillnader i kraven för nyanställda och redan anställda.

Statliga myndigheter, landsting och kommuner

De allra flesta statliga myndigheterna, landstingen och kommunerna anger att de anlitat företagshälsovården, när de krävt medicinska undersökningar eller bedömningar. Det finns inga skillnader mellan krav enligt lag/författning eller kollektivavtal. För *medicinska undersökningar av anställda* som begärts av andra skäl finns en något större andel arbetsgivare (1 statlig myndighet, 2 landsting och 1 kommun) som anlitat någon annan än företagshälsovården och då främst den offentliga sjukvården.

HAR DET SKETT NÅGON FÖRÄNDRING DE TRE SENASTE ÅREN PÅ ANTALET MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR?

Till privata och kooperativa företag med minst 100 anställda samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes frågan:

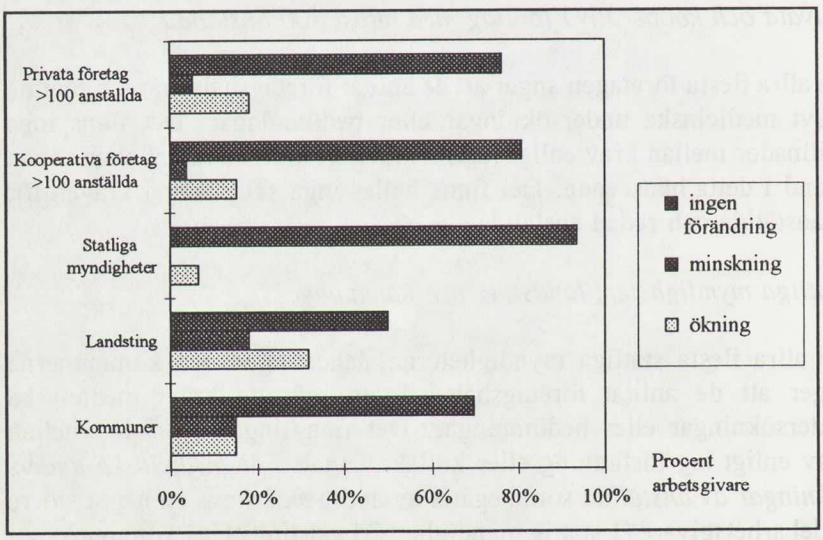
- Har det skett någon förändring de senaste tre åren hos arbetsgivaren avseende kravet på antalet medicinska undersökningar/bedömningar utan stöd i lag eller annan författning eller kollektivavtal/överenskommelse? (Fråga 78 i den stora enkäten).

Frågan ställdes inte till företag med färre än 100 anställda.

Till företagshälsovården (FHV) ställdes frågan:

- Har det skett någon förändring de senaster tre åren avseende kravet på medicinska undersökningar/bedömningar? (Fråga 12 i enkäten till FHV).

Figur 7: Arbetsgivare som anger förändring de senaste tre åren avseende kravet på antalet medicinska undersökningar/bedömningar som saknar stöd i lag/författning eller kollektivavtal/överenskommelse.



Privata och kooperativa företag med minst 100 anställda

Ungefär 18 procent privata och 15 procent kooperativa företag svarar att medicinska undersökningar, som inte har stöd i lag eller avtal, har ökat de tre senaste åren. Ungefär 20 procent företag svarar att det skett en förändring av innehållet i undersökningarna. Det vanligaste svaret är att de medicinska undersökningarna har blivit mer omfattande.

Statliga myndigheter

Ungefär 7 procent, (7 stycken), av de statliga myndigheterna svarar att medicinska undersökningar, som inte har stöd i lag eller avtal, har ökat de tre senaste åren. 8 myndigheter svarar att det skett en förändring av innehållet i undersökningarna. Det vanligaste svaret är att de medicinska undersökningarna har blivit mer omfattande (6 stycken av 8).

Landsting

7 landsting svarar att medicinska undersökningar, som inte har stöd i lag eller avtal, har ökat de tre senaste åren. 4 landsting anger att de medicinska undersökningarna har minskat under de senaste tre åren.

Drygt hälften svarar att det skett en förändring av innehållet i undersökningarna. Det vanligaste svaret är att de medicinska undersökningarna har blivit mer omfattande (7 stycken av 11).

Kommuner

Ungefär 16 procent av kommunerna, (10 stycken), svarar att medicinska undersökningar, som inte har stöd i lag eller avtal, har ökat de tre senaste åren. Ungefär lika många kommuner anger att undersökningarna har minskat.

Drygt 28 procent av kommunerna svarar att det skett en förändring av innehållet i undersökningarna. Sammanlagt 8 av 18 kommuner har svarat att de medicinska undersökningarna har blivit mer omfattande.

Företagshälsovården

Nära hälften, (46 procent), av de svarande inom företagshälsovården anser att kraven på medicinska undersökningar har ökat de tre senaste åren, medan 13 procent anser att de har minskat. På en efterföljande

fråga svarar 28 procent att de medicinska undersökningarna har blivit mer omfattande.

VILKA PLANER HAR ARBETSGIVARNA FÖR MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR?

Till privata och kooperativa företag med minst 100 anställda samt till statliga myndigheter, landsting och kommuner ställdes frågan:

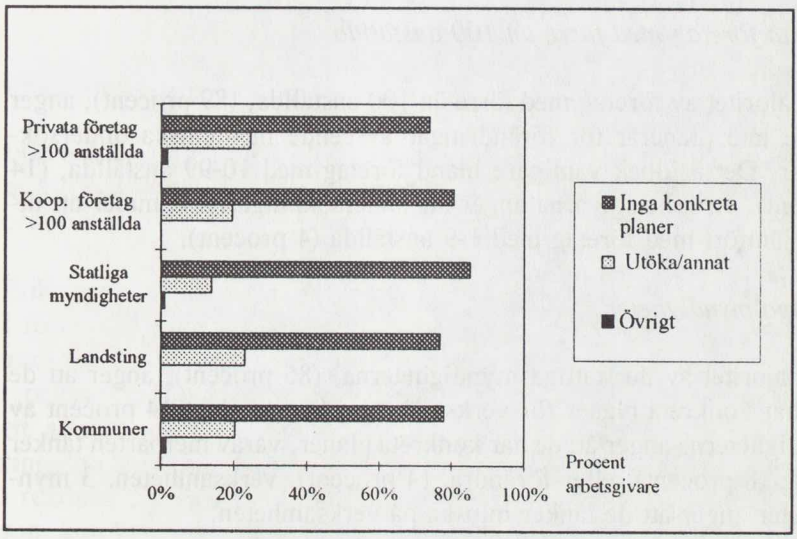
- Har arbetsgivaren några konkreta planer för verksamheten med medicinska undersökningar i framtiden utöver vad arbetsgivaren tidigare anfört? (Fråga 78 i den stora enkäten).

Privata företag med färre än 100 anställda fick frågan:

- När det gäller medicinska undersökningar av personal anställd hos er, har ert företag planerat att öka eller minska på antalet eller förändra innehållet i undersökningarna? (Fråga 21).

Jämförelser mellan större och mindre företag bör göras med försiktighet, eftersom frågan till de mindre företagen är inskränkt till att gälla anställd personal, medan frågan till de större företagen omfattar även undersökningar vid nyanställning.

Figur 8: Arbetsgivare som har konkreta planer för verksamheten med medicinska undersökningar.



Privata och kooperativa företag med minst 100 anställda

En majoritet av de *privata företagen med fler än 100 anställda,* (74 procent), har inga konkreta planer på verksamheten med medicinska undersökningar. Ca 26 procent av företagen har konkreta planer. Det är få arbetsgivare som anger att de skall minska eller upphöra med verksamheten. Däremot anger ca 16 procent att de har konkreta planer på att utöka verksamheten. Ytterligare 8 procent av de privata företagen anger mer detaljerade svar som kan tolkas som en utökning eller en förändring av verksamheten. Sammantaget anger ca 24 procent av de privata företagen att de har konkreta planer på att utöka eller förändra verksamheten.

Den bransch som i störst utsträckning anger att verksamheten kommer att utökas eller förändras är hotell och restaurang (5 stycken av 13). I övriga brancher anger mellan 11 och 15 procent att verksamheten kommer att utökas. Inom el-/värme-/byggbranschen anger 6 av totalt 54 företag att de har konkreta planer att införa/utöka drog- och alkoholtester.

Av de kooperativa företagen anger 20 procent, (16 stycken av 82), att de har konkreta planer på en förändrad verksamhet. Ingen tänker upphöra med eller minska på verksamheten.

Privata företag med färre än 100 anställda

En majoritet av företag med färre än 100 anställda, (89 procent), anger att de inte planerat för förändringar avseende medicinska undersökningar. Det är dock vanligare bland företag med 10-99 anställda, (14 procent), att arbetsgivarna anger att undersökningarna kommer att utökas jämfört med företag med 1-9 anställda (4 procent).

Statliga myndigheter

En majoritet av de statliga myndigheterna, (86 procent), anger att de inte har konkreta planer för verksamheten. Sammanlagt 14 procent av myndigheterna anger att de har konkreta planer, varav merparten tänker utöka, (8 procent), eller förändra, (4 procent), verksamheten. 3 myndigheter anger att de tänker minska på verksamheten.

Landstingen

En majoritet av landstingen, (77 procent), har inga konkreta planer för verksamheten med medicinska undersökningar. 4 landsting planerar att utöka verksamheten, medan ytterligare 1 planerar att se över verksamheten. Inget landsting tänker minska på eller upphöra med verksamheten.

Kommunerna

Även hos kommunerna finns det en majoritet, (78 procent), som anger att det inte finns konkreta planer för verksamheten. 9 kommuner anger att det finns konkreta planer på en utökning, medan ytterligare 5 kommuner anger andra mer detaljerade svar. 1 kommun anger att det finns konkreta planer på att minska på verksamheten.

Bilaga 15

Medicinsk etik i arbetslivet

INLEDNING

Etik kan härledas ur det grekiska ordet *ethos* som betyder sedvänja. Ett motsvarande ord för i princip samma sak men med latinskt ursprung är ordet moral.

Etik används ofta i den begränsade betydelsen yrkesetik, t.ex. läkaretik. I förevarande sammanhang har ordet inte denna begränsade innebörd utan det innebär en reflexion över varför man allmänt sett eller i en viss typsituation i det mänskliga livet får handla på ett visst sätt eller avvisa ett annat handlingsalternativ. Etiken kan alltså sägas omfatta värderingarna för rätta eller orätta handlingar eller vad som är gott eller ont i relation till de valda handlingarna. Endast det är etiskt acceptabelt, som kan understödjas av goda skäl och argument, vilka givetvis måste utgå från de fakta och värderingar som allmänt inte kan ifrågasättas.

För närvarande sker, om än i mindre omfattning, narkotikatestning av arbetssökande och anställda. Gentester kan i framtiden bli aktuella. Det är då viktigt att försöka lyfta fram de medicinskt etiska problemen. Med hänsyn härtill har utredningen funnit det påkallat att beröra de etiska problem som kan vara förenade med medicinska undersökningar i arbetslivet. Det är dock inte utredningens mening att i denna bilaga göra en närmare analys av olika frågeställningar och väga dem emot varandra.

Utredningen har följaktligen inte funnit skäl att närmare fördjupa frågan om medicinsk etik i arbetslivet. Denna fråga har bl.a. berörts ytterligare i fakta från Arbetslivsinstitutet. Utredningen har i stället bara tagit upp några av de faktorer och situationer som har relevans i den etiska debatten avseende medicinska undersökningar i arbetslivet.

Användning av narkotika är kriminaliserad i Sverige. Dessutom är det fråga om en verksamhet som har skadliga effekter på den egna hälsan och som även kan medföra risker för andras hälsa. Det kan därför ifrågasättas om det är ett etiskt problem att medverka till att avslöja eller motverka en kriminell verksamhet.

Narkotikatestning i arbetslivet på en frisk individ är inte heller renodlat en sådan medicinsk åtgärd i den meningen att det råder ett sådant patient-läkarförhållande, som när en enskild drabbas av sjukdom eller skada. I de senare fallen ställs det därför större etiska krav på förtroende, integritet, samtycke och över huvud taget på skyddet för den enskildes intresse. Droger är däremot något som tillförs den enskilde utifrån. Det är något som denne frivilligt kan använda eller avstå ifrån. Detta synsätt ändras inte bara för att en beroende person kan ha stora svårigheter med att avbryta ett drogmissbruk. Detta kan betyda att de medicin-etiska krav som kan ställas i samband med drogtestning inte är av motsvarande dignitet som vid sjukdom och skada. Det kan därför ifrågasättas att det är fråga om ett lika väsentligt medicin-etiskt problem. Däremot skall man ha lika höga krav på andra delar. Det gäller t.ex. i fråga om integritetsskyddet vid provtagningen, testmetodernas tillförlitlighet och sekretesskyddet för erhållna uppgifter.

ETISKA PROBLEM

Etiska problem kan sägas vara handlingsrelaterade. De är hänförbara till vad man gör och i så fall hur eller till vad man inte gör. Etiska problem förutsätter att olika värden eller intressen står mot varandra och att det finns en konflikt mellan dem. Detta innebär med andra ord att det gäller att välja ett av dessa värden eller intressen på bekostnad av något eller några andra.

De värden som står mot varandera vid dessa konflikter kan avgränsas i mer eller mindre omfattning. Om kravet på rättvisa kommmer i konflikt med kravet på integritet samt rättvisa och integritet är etiska värden, föreligger uppenbart ett etiskt problem. I andra sammanhang kan det vara mer eller mindre tveksamt om de bakomliggande värdena är etiska eller inte. Då blir det i motsvarande grad mer tveksamt om de bakomliggande konflikterna är etiska. För att kunna identifiera de etiska problemen är det följaktligen nödvändigt att tydliggöra de bakomliggande värdekonflikterna.

KUNSKAPSMÄSSIGA UTGÅNGSPUNKTER

Vid en analys och ett ställningstagande till etiska problem behövs ofta två typer av förutsättningar för att man skall kunna nå fram till ett väl underbyggt beslut. Den ena förutsättningen avser medicinska, psyko-

logiska och andra fakta, den andra normer och värderingar. Den första förutsättningen beskriver *kunskapsunderlaget*. Den förutsätter inte att det handlar om isolerade hårdata. Det kan mycket väl vara fråga om en samlad bild av tolkade påståenden eller observationer enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, vilka kan förbättras i framtiden. Kunskapsunderlaget är alltså öppet för omprövningar. Om rationella beslut skall fattas, är det nödvändigt att man redovisar de bakomliggande antagandena och utsätter dem för kritisk granskning.

Argumenten för eller emot användningen av medicinska undersökningar i arbetslivet, t.ex. gentester, bygger ofta på argument som behöver lyftas fram och diskuteras öppet. Detta gäller exempelvis påståendet att en mer känslig person löper större risk för att utveckla en sjukdom och att risken för detta ökar med graden av exponering.

Ett beslut kan varken härledas till enbart den första eller den andra förutsättningen. Det behövs en kombination av de båda. Medicinsk etik blir därför till sin natur ett tvärvetenskapligt ämne. Det är dessutom viktigt att man är öppen för att små förändringar i den ena eller den andra förutsättningen kan ha stor betydelse för det etiska ställningstagandet.

Det är oetiskt att inte ha ett så bra kunskapsunderlag som möjligt som utgångspunkt för den etiska analysen. Ett felaktigt eller t.o.m. missvisande kunskapsunderlag kan innebära att man fattar ett beslut som kan skada människor i mer eller mindre omfattning. Därför är det mycket viktigt att att man får fram ett så tillförlitligt och heltäckande beslutsunderlag som möjligt. Det är dock inte realistiskt att man skall kunna studera varje fråga och följa upp dess konsekvenser. Därför måste en gräns sättas, en gräns som rimligtvis står i relation till risken för och omfattningen av skador. Ju större dessa risker är och ju större skador som kan vållas, dessto större krav ställs på kunskapsunderlaget.

Individer eller grupper som löper större risk att drabbas av arbetsskador kan med skiftande tillförlitlighet identifieras med hjälp av olika testmetoder som nu finns eller som håller på att utvecklas. Dessa metoder kan emellertid även användas för många andra syften. Forskningen inom detta område kan därför komma att skapa flera svåra etiska problem.

ETISKA UTGÅNGSPUNKTER

För att kunna identifiera och diskutera dessa problem behövs en kartläggning av kunskapsläget och den forskning som pågår inom olika medicinska specialiteter. Det är också av stor betydelse att de värderingsmässiga utgångspunkterna klargörs. Ju bättre underbyggt kunskapsunderlag som finns, dessto mer övertygande blir det etiska ställningstagandet.

Ibland kan man tala om konsekvensetik. I sådana fall är grundtanken de konsekvenser för människors välfärd vid användningen av medicinska undersökningar som avgör vilket alternativ som bör väljas. Till de värden och normer som kan bli aktuella i detta sammanhang är rätten till ett privatliv och att få sin integritet respekterad. Hit räknas också att själv få bestämma i vilken utsträckning man skall genomgå olika medicinska undersökningar och i vart fall rätten att få säga nej till ett förslag om en test. Vidare ingår rätten till arbete och att inte behöva utsättas för skada eller risk för skada genom arbetet. Kraven på samtycke m.m. kan sedan sättas i relation till dessa värden. Framför allt gäller detta rätten till självbestämmande. Denna rätt får sedan inte bli illusorisk utan krav på information och samtycke.

De olika värdena kan ibland komma i konflikt med varandra. En viss grupps integritet kan kanske endast hävdas på bekostnad av en annan grupps. I andra fall får vissa individer stå tillbaka för en viss grupp. Man kan skilja mellan olika huvudsituationer. I det ena fallet koncentreras uppmärksamheten på en aktör som har att välja mellan olika handlingsalternativ. I det andra fallet fokuseras uppmärksamheten på två eller flera aktörer. Dessa kan ha skilda värderingar och intressen. Deras mål kommer då i konflikt med varandra, om de har olika kunskapsunderlag och värderingar. Ett exempel på detta är en arbetsgivare som företräder principen först en medicinsk undersökning sedan anställning och en arbetssökande som hävdar principen först arbete sedan en medicinsk undersökning. Vem vinner en sådan dragkamp? Särskilt tydlig är naturligtvis en konflikt mellan å ena sidan kraven på att de arbetssökandes eller anställdas självbestämmande och integritet skall respekteras och å andra sidan en arbetsgivares önskemål att effektivisera verksamheten och maximera vinsten.

Utifrån principen att alla människor är lika värda och skall ha sammma rättigheter och samma rätt att få dessa rättigheter respekterade, är de förra värdena inte helt förenliga med att människor sorteras in i s.k. A-

och B-lag på arbetsmarknaden till följd av medicinska undersökningar. Det gäller antingen p.g.a. vägran att undergå sådana undersökningar eller som en följd av framkommna resultat efter genomgångna undersökningar. De senare värdena innebär att en arbetsgivare strävar efter att produktionen skall hållas igång med ett minimum av störningar, att produktiviteten skall öka, att antalet sjukdagar skall minska samt att denne genom att inte anställa arbetssökande eller behålla arbetare med olämplig riskprofil skall slippa betala skadestånd eller ersättning till den som drabbas av arbetsrelaterade sjukdomar eller vållar annan skada. Självklart är det ett viktigt etiskt problem med långtgående konsekvenser att välja vilken utgångspunkt som man skall inta för sina ställningstaganden i dessa fall.

PÅVERKAN OCH KONSEKVENSER

När det gäller medicinska undersökningar i arbetslivet finns det flera faktorer som kan påverka vars och ens ställning till problemet. För *det första* vad är syftet med undersökningen? Är avsikten att förebygga arbetsskador eller förhindra anställning av personer med hög risk att skadas eller att anställda vållar skada? För *det andra* på vems begäran skall den ske? Är det på arbetsgivarens eller på den arbetssökandes/anställdes eller bådas begäran? För *det tredje* vad skall undersökningen omfatta? En bedömning av individens tjänstbarhet, drogtest, gentest? Vilka sjukdomar eller riskmarkörer skall kartläggas? För *det fjärde* när skall undersökningen ske? Skall den ske före anställningen eller under anställningen eller både och? För *det femte* vem eller vilka skall undersökningen omfatta? Gäller det vissa individer eller vissa yrkesgrupper? Gäller det alla arbetare eller alla tjänstemän?

Dessa faktorer kan i sin tur ge upphov till flera olika frågor. Vilka sjukdomar är av betydelse med hänsyn till arbetet? Kan de botas, lindras eller förebyggas? Vilken tillförlitlighet föreligger för testresultaten? Det finns ytterligare en mängd frågor att besvara.

Från etisk synpunkt torde syftet med den medicinska undersökningen vara en av de viktigast faktorerna. Vissa syften är godtagbara och oproblematiska, medan andra är tveksamma, ja t.o.m. förkastliga. Undersökningen kan användas till att ligga till grund för åtgärder för att förbättra arbetsmiljön men den kan även användas i ett diskriminerande syfte i samband med anställningen. Här är dock inte tänkt att räkna upp alla tänkbara skäl, såväl positiva som negativa för medicinska under-

sökningar.

Förutom det avsedda syftet med medicinska undersökningar, kan resultaten av undersökningarna medföra andra effekter. De kan påverka vårt sätt att tänka och värdera. De kan öka föraktet för vissa individer eller enskilda med vissa svagheter, utan att detta varit meningen med de medicinska undersöknigarna. Syftet med dessa kan alltså vara gott, medan de faktiska effekterna kan visa sig bli något helt annat. Orsaken till detta kan vara en följd av icke förutsedda eller förutsägbara genombrott i tekniken, t.ex. inom gentekniken, eller förändringar inom andra områden. Undersökningarna kan därför leda till diskriminering eller stigmatisering av såväl enskilda som grupper.

Till de positiva konsekvenserna kan hänföras möjligheten att slippa drabbas av sjukdomar eller att minimera deras effekter. Hit hör även bättre möjligheter att kunna omplacera anställda som kan drabbas av yrkessjukdomar. Detsamma gäller möjligheten att reducera eller eliminera risker i arbetsmiljön. Till de negativa konsekvenserna hör möjligheten att neka individer anställning. De som tillhör en sådan grupp som löper större risk än andra att drabbas av arbetsrelaterade skador eller sjukdomar kan diskrimineras. Möjligheten till medicinska undersökningar utgör också en frestelse för arbetsgivarna att hellre välja arbetskraft som klarar av arbetsmiljön än att förbättra miljön, eftersom det blir billigare.

Inga konsekvenser är i princip negativa eller positiva i sig själva utan endast utifrån vissa värderingar och normer. Med hänsyn till kraven på t.ex. integritet och självbestämmande kan många av dessa syften vara godtagbara. Utifrån andra krav är de inte etiskt acceptabla. Frågan är då vilka syften som är etiskt acceptabla? I den delen har det stor betydelse i vems intresse som den medicinska undersökningen genomförs. Är det i den anställdes eller arbetsgivarens eller i någon annans intresse? Vem vinner eller förlorar t.ex. på om man har tillgång till skyddsingenjörer eller på vilka skador som skall klassas som arbetsskador? Det är inte heller alltid så att var och en kan eller har möjlighet att bedöma vad som ligger i ett eget långsiktigt intresse, i synnerhet som framtiden är oviss. Man kan inte heller blunda för att den som söker en anställning på grund av sin egen situation, sociala eller ekonomiska faktorer eller andra omständigheter kan utsättas för en stark press. Den som har ekoniomisk makt kan även medvetet eller omedvetet utnyttja denna makt. Även om valet att genomgå en medicinsk undersökning är frivilligt, är detta i realiteten inte alltid fallet, då den enskilde kan vara

utsatt för ett "indirekt tvång".

Ett annat berättigat krav är att en enskild inte i onödan skall utsättas för undersökningar och tester av olika slag. Detsamma gäller tillförlitligheten i fråga om erhållna resultat av genomgångna medicinska undersökningar. Hälso- och sjukvårdspersonal som utför en medicinsk undersökning skall dock utföra denna enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta hänseende har även kvalitetssäkring en stor betydelse.

OM INTRESSENTER OCH INFORMATION

Vid de avväganden som det kan bli fråga om, kan det vara lämpligt att identifiera de olika intressenterna och se om deras intressen står emot varandra. Sedan gäller det att väga dessa mot varandra med beaktande av de normer och värderingar som valts. Det som är bra för aktieägarna är kanske inte bra för de anställda och tvärt om? De inblandade har inte alltid samma intressen, samtidigt som deras intressen många gånger kan sammanfalla. En faktor som emellertid inte får glömmas bort i sammanhanget är den makt, t.ex. ekonomisk, som en eller annan intressent kan ha över en annan. De är inte alltid jämbördiga. Den som förfogar över resurser kan utnyttja dem för att få andra att handla i en viss riktning. Genom att skilja på olika slag av resurser, kan man skilja mellan olika slags makt. Skillnaderna i arbetslivet är inte minst viktiga att observera. Detta har särskilt stor betydelse i en situation med hög arbetslöshet.

De viktigaste intressenterna är de arbetssökande, de anställda, arbetsgivarna, de fackliga organisationerna, aktieägarna och samhället. En del av dem kan vara svaga, andra kan vara starka. Intresset kan växla för de inblandade. Ena stunden är den enskilde arbetssökande, andra stunden är han anställd. Den enskilde kan vara anställd och samtidigt aktieägare. En fråga som bedömaren därför i varje situation måste ställa sig är vems intressen som skall beaktas eller hur skall man rangordna olika intressen vid en eventuell konflikt? I en valsituation spelar naturligtvis alternativen och konsekvenserna av dessa en stor roll. Utgångspunkten blir vad man i dag utifrån befintlig kunskap har goda skäl att anta om de alternativa konsekvenserna. Det ligger dock i sakens natur att det i framtiden kan inträffa omständigheter som varken arbetsgivaren eller den arbetssökande eller den anställde kan förutse och som kan påverka konsekvenserna av ett handlande.

De kunskaper som var och en har beror i hög grad på den information som denne erhållit. Med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande är det en grundläggande etisk fråga att var och en får en fullständig och riktig information om föreslagna medicinska undersökningar. Om det brister i detta hänseende blir den enskildes samtycke inte mycket värt. Informationen skall innehålla uppgifter om syftet med undersökningen, vad denna omfattar för prover och hur tillförlitliga provresultaten är. Informationen skall även omfatta vem som skall få tillgång till resultaten, sekretesskydd, konsekvenser m.m. Inte minst provernas tillförlitlighet och tolkningen av olika tester har mycket stor betydelse. Om det brister i säkerheten eller resultaten tolkas felaktigt kan det få negativa konsekvenser för den enskilde och hans anhöriga. Det kan innebära att han placeras på ett arbete som han inte klarar av eller utestängs från arbetsmarknaden. De ekonomiska och sociala konsekvenserna av detta för de berörda är uppenbara och behöver inte utvecklas närmare.

Bilaga 16

Om uppgiftsskyldighet och skyddsombud

VISSA RELEVANTA FÖRFATTNINGSBESTÄMMELSER

I flera fall föreskrivs i lagar eller andra författningar en skyldighet för en myndighet att lämna i och för sig sekretesskyddade uppgifter till en annan myndighet. En sådan uppgiftsskyldighet kan även vara föreskriven för enskilda, t.ex. en läkare, i förhållande till en myndighet. I dessa fall saknar ett samtycke från patienten betydelse, eftersom myndigheten eller läkaren är skyldig att lämna ut vissa uppgifter. Här nedan följer några exempel. Utredningen redogör emellertid inte för hur det för-håller sig med sekretessen hos den mottagande myndigheten.

- En läkare skall enligt *2 a § arbetsmiljöförordningen (1977:1166)* till Arbetarskyddsstyrelsen eller Yrkesinspektionen anmäla sjukdomar, som kan ha samband med arbete och är av intresse från arbetsmiljösynpunkt, samt lämna dessa myndigheter upplysningar och biträde. Arbetarskyddsstyrelsen bemyndigas enligt *18 § 4. samma förordning* att meddela närmare föreskrifter om läkares anmälningsskyldighet enligt 2 a §.

- Arbetarskyddsstyrelsen har med stöd av 18 § arbetsmiljöförordningen, i en tidigare lydelse, utfärdat en kungörelse om en skyldighet för läkare att anmäla sjukdom som kan ha samband med arbete (*AFS 1979:1*). Av kungörelsen framgår bl.a. att alla samband som en läkare bedömer föreligger mellan ohälsa och arbete och som är oväntade eller anmärkningsvärda skall anmälas.

- Föreligger missförhållande i fråga om omgivningshygien, livsmedelshygien eller hälsoskyddet i övrigt, skall chefsöverläkaren enligt *7 § förordningen (1994:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården* vid en enhet där det ingår öppen vård anmäla förhållandet till den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet och till länsstyrelsen om missförhållandet inte avhjälps efter erinran.

Andra läkare vid samma enhet skall fästa chefsöverläkarens uppmärksamhet på sådana missförhållanden.

- Om det behövs från allmän synpunkt, och om Livsmedelsverket begär det, skall enligt *52 § livsmedelsförordningen (1971:807)* innehavaren av eller föreståndaren för en verksamhet där livsmedel hanteras eller ett laboratorium anmäla när sjukdomsalstrande bakterier eller främmande ämnen har iakttagits vid undersökning av livsmedel och andra tillsynsprov. Sådan anmälan skall göras till Livsmedelsverket och Smittskyddsinstitutet.

En läkare eller veterinär som finner grundad anledning att anta att matförgiftning orsakats av att livsmedel vid yrkesmässig hantering förorenats av sjukdomsalstrande bakterier eller något främmande ämne skall anmäla detta till länsstyrelse, smittskyddsläkaren och den eller de kommunala nämnder som utövar tillsyn enligt livsmedelslagen. Detta gäller dock inte om anmälan skall göras enligt smittskyddslagen.

En läkare som finner grundad anledning att anta att en person som yrkesmässigt hanterar oförpackade livsmedel har sjukdom, smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterar otjänligt till människoföda, skall anmäla detta till den eller de kommunala nämnder som utövar tillsyn enligt livsmedelslagen i den kommun där hanteringen sker samt till smittskyddsläkaren. Anmälan skall innehålla uppgift om personens namn och arbetsplats.

- Den allmänna försäkringskassan får enligt *11 § lagen (1991:1047) om sjuklön* företa sjukkontroll under sjuklöneperioden genom att

1. göra förfrågan hos arbetstagaren, hans arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter, och
2. besöka arbetstagaren.

Försäkringskassan får utan hinder av sekretess lämna ut uppgift till arbetsgivaren om vad som framkommit vid en sådan sjukkontroll, under förutsättning att uppgiften behövs för ställningstagande till arbetstagarens rätt till sjuklön under sjuklöneperioden. Uppgiften får avse huruvida arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom eller nedsättningens omfattning.

- Statliga och kommunala myndigheter samt arbetsgivare och försäkringsinrättningar skall enligt *20 kap. 9 § lagen (1962:381) om allmän försäkring* på begäran lämna domstol, Riksförsäkringsverket, allmän försäkringskassa eller lokalt organ som i 1 kap. 2 § sägs uppgift om namngiven person rörande förhållande, som är av betydelse för tillämpningen av denna lag.

Arbetsgivare, som underlåter att fullgöra skyldighet enligt första stycket, döms till penningböter.

- En allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket och en domstol får enligt *20 kap. 9 § a lagen (1962:381) om allmän försäkring* utan hinder av sekretess lämna ut uppgifter om sådana ersättningar åt enskilda, som utbetalas enligt lagstiftningen om allmän försäkring eller arbetsskadeförsäkring eller enligt lagstiftning om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskilda, under förutsättning att en försäkringsinrättning, ett försäkringsbolag, en arbetslöshetskassa eller en arbetsgivare behöver uppgiften för samordning med ersättning därifrån.

- Myndighet, arbetsgivare och uppdragsgivare är enligt *8 kap. 7 § lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring* skyldiga att på begäran lämna domstol, Riksförsäkringsverket, allmän försäkringskassa eller lokalt organ som avses i 1 kap. 2 § uppgift om namngiven person rörande förhållande som är av betydelse för tillämpningen av denna lag. Arbetsgivare och uppdragsgivare är även skyldiga att lämna sådan uppgift om arbetet och arbetsförhållandena som behövs för att bestämma ersättningsbelopp.

- Enligt *16 § lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd* gäller bestämmelserna i 8 kap. lagen om arbetsskadeförsäkring angående anmälan om skada, bestämmande och utbetalning av ersättning, uppgiftsskyldighet, ansvar och besvär m.m. i tillämpliga delar i ärenden enligt denna lag.

- Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är uppenbart olämplig att inneha körkort, skall läkaren enligt *17 a § körkortslagen (1977:477)* anmäla det till den länsstyrelse som har meddelat körkortstillståndet. Innan någon anmälan görs, skall läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver dock inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens anvisning att avstå från att framföra körkortspliktigt fordon.

- Om en läkare eller psykolog vid en undersökning av någon, som innehar ett certificat, behörighetsbevis, godkännande eller tillstånd enligt luftfartsförordningen, finner att denne är uppenbart olämplig att inneha certificatet, behörighetsbeviset, godkännandet eller tillståndet, skall läkaren eller psykologen enligt *141 § andra stycket luftfartsförordningen (1986:171)* anmäla det till Luftfartsverket.

- En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall enligt *20 § smittskyddslagen*

(1988:1472) anmäla detta till smittskyddsläkaren och Statens smittskyddsinstitut.

Vid fall av samhällsfarlig sjukdom som avses i 1.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden. Anmälan till nämnden behöver dock inte göras om omständigheterna klart visar att smittkällan finns utanför landets gränser.

- En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en annan anmälningspliktig sjukdom än en samhällsfarlig sjukdom skall enligt 22 § *smittskyddslagen (1988:1472)* anmäla detta till smittskyddsläkaren och Statens smittskyddsinstitut. Anmälan skall göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Vid fall av sjukdom som avses i 2.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden.

- Om en läkare misstänker att en patient för smitta av en karantänssjukdom, skall läkaren enligt *9 § karantänsförordningen (1989:302)*, genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.

OM SKYDDSOMBUD

6 kap. arbetsmiljölagen behandlar samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. Enligt 6 kap. 6 § arbetsmiljölagen har ett skyddsombud rätt att ta del av de handlingar och erhålla de upplysningar i övrigt som behövs för ombudets verksamhet. Anledningen härtill är att det är nödvändigt för ett skyddsombud att få erforderlig information om sådana förhållanden som kan inverka på arbetsmiljösituationen på arbetsplatsen för att han skall kunna följa med utvecklingen och vad som sker inom hans skyddsområde. Rätten till handlingar och information gäller enbart i förhållande till arbetsgivaren. Om handlingarna förvaras på annat håll än hos arbetsgivaren har dock skyddsombudet rätt att få erforderliga upplysningar om innehållet i dessa, om arbetsgivaren har vetskap om detta. Vägrar arbetsgivaren att tillmötesgå skyddsombudets begäran, kan detta strida mot bestämmelsen i 10 §. Där sägs att ett skyddsombud inte får hindras att fullgöra sina uppgifter.

Enligt 7 kap. 13 § arbetsmiljölagen får den som har utsetts till skyddsombud eller ledamot i skyddskommitté eller den som har deltagit

i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har erfarit om yrkeshemlighet, arbetsförfarande, affärsförhållande, enskilds personliga förhållande eller förhållande av betydelse för landets försvar.

Har ombudet, ledamoten eller deltagaren utsetts av sådan lokal arbetstagarorganisation som avses i 6 kap. 2 och 8 §§, får han utan hinder av tystnadsplikten i första stycket lämna uppgift vidare till en ledamot i organisationens styrelse eller till en sakkunig i arbetsmiljöfrågor hos en central arbetstagarorganisation till vilken den lokala organisationen hör. Rätten att lämna uppgifter vidare gäller endast om uppgiftslämnaren underrättar mottagaren om tystnadsplikten. I sådant fall gäller tystnadsplikten också för denne.

I det allmännas verksamhet tillämpas i stället bestämmelserna i 14 kap. 7, 9 och 10 §§ sekretesslagen (1980:100).

Om det är fråga om att lämna ut uppgifter som avser enskilds personliga förhållanden, bör generellt sett detta inte ske utan att den enskilde lämnat sitt samtycke till detta. Däremot torde det i de flesta fall inte vara obehörigt att vid behov föra andra uppgifter vidare till tillsynsorganen, företagshälsovården samt skyddsombudets lokala och centrala fackliga organisation.

I 14 kap. 7 § sekretesslagen sägs att sekretess enligt vissa där angivna paragrafer inte utgör hinder mot att en myndighet fullgör vad som i lag är föreskrivet om skyldighet att lämna information till företrädare för arbetstagarorganisation eller till skyddsombud. Denna sekretess hindrar inte heller att myndighet lämnar sådan information till ledamot i skyddskommitté som behövs för hans uppdrag eller till deltagare i särskilt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på ett arbetsställe som behövs för verksamheten.

Är den som erhåller uppgift med stöd av första stycket, knuten till myndigheten på det sätt som anges i 1 kap. 6 § samma lag, gäller för honom samma förbud att lämna ut eller utnyttja uppgiften som gäller hos myndigheten.

En företrädare för en arbetstagarorganisation får utan hinder av förbudet lämna uppgiften vidare till en ledamot i organisationens styrelse. Har ett skyddsombud, en skyddskommittéledamot eller en deltagare i särskilt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverskamhet utsetts av sådan lokal arbetstagarorganisation som avses i 6 kap. 2 och 6 §§ arbetsmiljölagen, får ombudet, ledamoten eller deltagaren utan hinder av förbudet lämna uppgiften vidare till en ledamot i organisationens styrelse, eller till en sakkunig i arbetsmiljö-

frågor hos en central arbetstagarorganisation till vilken den lokala organisationen hör. Rätten att lämna uppgift vidare gäller endast om uppgiftslämnaren underrättar mottagaren om förbudet. I sådana fall gäller förbudet också för denne.

Utan hinder av att förbud gäller enligt denna lag att lämna ut eller utnyttja uppgift får företrädare för arbetstagarorganisation, skyddsombud, ledamot av skyddskommitté eller den som deltar i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på ett arbetsställe utnyttja uppgiften för sitt uppdrag. Därvid får han dock inte röja uppgiften för annan.

När det gäller hur skyddssombud m.fl. i praktiken skall hantera sekretessbelagd information samt övriga förhållanden sammanfaller i huvudsak bestämmelserna i sekretesslagen med motsvarande bestämmelser i arbetsmiljölagen.

Bilaga 17

Genteknik

OM GENETISKT MATERIAL

Kunskapen om vårt genetiska material, *genom*, är relativt ny. Kromosomerna, vilka utgör genomet, kunde år 1877 för första gången åskådliggöras av en tysk forskare vid namn Flemming och år 1903 visada Sutton och Boveri att kromosomerna representerade egenskaper, vilka kunde relateras till ärftliga enheter som Mendel år 1865 hade beskrivit. Dessa enheter är vad man i dag kallar gener. Familjeanlyser, där nedärvningen för en specifik sjukdom följs, är utgångspunkten när genen för den aktuella sjukdomen skall försöka lokalisers till någon region på en av kromosomerna. Sjukdomar kan nedärvas på ett antal olika sätt, antingen könsbundet eller inte (autosomalt). De kan även nedärvas dominant, dvs. 50+% risk för barn att bli sjuka om en förälder är sjuk, eller recessivt, dvs. 25% risk. Ett delsjukdomsanlag har inte full genomslagskraft, dvs. anlaget för sjukdomen visar sig inte i form av symtom, även om anlaget finns. Sammantaget utgör denna information om en sjukdoms nedärvning i en familj utgångspunkten för identifiering av genen och förståelsen för hur den fungerar. I dag känner man till omkring 5.700 olika sjukdomar som nedärvs enligt Mendel. Dessa finns sammanställda av McKusick. För några hundra av dessa sjukdomar känner man till placeringen för kromosomen eller har man karakteriserat den sjukdomsorsakande genen.

På varje enskild kromosom finns det flera olika gener, som var och en har en genetisk information att producera, ett protein. Människan har 46 kromosomer: 22 autosomala kromosompar (2x22) och ett könskromosompar (XX hos kvinnor och XY hos män). Om ett fel har uppstått i den genetiska koden, DNA, för det specifika proteinet, överförs detta till en budbärarmolekyl och vidare till proteinet. Detta får till resultat att om en mutation, dvs. ett fel, har uppstått i en gen, återspeglas det i det färdiga proteinet. Genotypen, individens genetiska uppsättning, återspeglas således i individens fenotyp, sammantagna egenskaper. I praktiken innebär detta att t.ex. en patient får sin fenotyp eller diagnos p.g.a. att ett fel har skett i den gen som orsakar sjukdomen. Patientens genotyp har förändrats och därmed fenotypen.

Antalet gener i människans genom beräknas vara 50.000 - 100.000. I dag har ungefär 5.100 olika gener isolerats. Endast ett fåtal av dessa har karakteriserats. Man känner med andra ord inte till genprodukten eller hur den fungerar för det stora flertalet gener. I de flesta fall är det endast DNA sekvenser, som man har isolerat. Beroende på hur dessa ser ut, kan man få en uppfattning om hur proteinet skall se ut och i vissa fall relatera det till andra redan kända proteiner från olika arter. Det är med andra ord en lång väg från en gensekvens till förståelse för vad proteinet gör och hur det fungerar. Det är dock kunskap som kommer att utgöra utgångspunkten för möjligheter till utveckling av läkemedel och i en del fall terapi.

Det finns ärftliga sjukdomar som debuterar tidigt, redan i fosterlivet eller under de första levnadsåren, medan andra debuterar senare i livet. De senare innebär att man vet att en risk föreligger för sjukdom men man är inte säker. I vissa fall kan man ta reda på sin verkliga risk att ha ärvt det sjuka anlaget från den förälder som har sjukdomen. Det är främst detta som åsyftas nedan. Vetskapen om denna risk kommer ofta vid en tidpunkt som sammanfaller med familjebildning.

Den ökade kunskapen om människans genetiska material har medfört att man i dag kan analysera sjukdomsanlag för ett antal olika ärftliga sjukdomar. Enligt vad utredningen erfarit sker i dag bara en gentest om det föreligger en risk och den enskilde själv begär en utredning. I de flesta fall kan man i dag endast öka eller minska sannolikheten för att ha ärvt sjukdomsanlag eller inte från exempelvis 50 respektive 25%, beroende på vilken typ av nedärvning sjukdomen uppvisar. Sjukdomsdiagnosen måste i dessa fall vara kliniskt fastställd i släkten. I andra fall kan man ställa diagnoser molekylärt och därmed med säkerhet fastställa risken. Det är den senare kunskapen som medför att analyser kan utföras utan att en hel släkt behöver vidtalas.

Den situation som i dag föreligger är med andra ord att man kan för ett antal sjukdomar utföra analyser och avslöja huruvida individen har anlag och därmed kommer att utveckla sjukdomen. Enligt vad utredningen erfarit är det en förutsättning för en gentest, att individen själv är medveten om vad analysen går ut på, eftersom det i de fall det rör sig om en sent debuterande sjukdom, t.ex. Huntingtons sjukdom eller Alzheimers sjukdom, kommer att få allvarliga både negativa och positiva konsekvenser för individen. Det är inte bara den enskilde som påverkas utan hela familjen och i många fall hela släkten.

Analysresultatet kan utanför familjen även få konsekvenser vad gäller försäkringsfrågor och anställningsvillkor. Det man måste komma ihåg är att det rör sig om att "testa" friska individer för något som eventuellt kommer att drabba dem senare i livet. I dag finns det inte några botemedel mot dessa exemplifierade sjukdomar. Man kan med andra ord endast tala om för en person om han kommer att bli sjuk eller löper risk att bli sjuk.

Det finns ett stort antal etiska frågeställningar vad gäller gentestning. För sent debuterande sjukdomar utför man, enlig vad utredningen erfarit, inte gentestning på ungdomar under 18 år. Det är viktigt att de själva skall få ta ställning till huruvida de vill veta något eller inte. Det får inte vara någon annan person som önskar ett besked. Hur kommer föräldrar att behandla sina minderåriga barn, om de vet att det ena barnet men inte det andra kommer att utveckla t.ex. Huntingtons sjukdom?

Utredningen får påpeka att vid en del utredningar kan man i dag erbjuda individen behandling, t.ex. ett operativt ingrepp. Detta gäller främst vissa former av ärftlig cancer, där genen eller genplaceringen är känd. Tillhör man en släkt med en ärftlig form av cancer, är det vanligt att man genomgår regelbundna kliniska undersökningar i förebyggande syfte. Dessa är ofta förknippade med mycket oro. Om man i dessa fall med större säkerhet kan säga, huruvida individen har ärvt sjukdomen eller inte, har man även något att erbjuda. I de fall där sjukdomsanlag föreligger, blir den behandlade doktorn mer observant och han kan operera i förebyggande syfte. I den motsatta situationen behöver man inte oroa sig och slipper genomgå de regelbundna undersökningarna.

För en del andra sjukdomar kan det vara av vikt för individen att veta hururvida han skall undvika t.ex. vissa läkemedel, födoämnen och miljöer. Även i dessa fall uppnår man något positivt med att veta sin genotyp för en specifik gen.

GENTESTNING

När en person efterfrågar en specifik gentest har han en medfödd risk att vara anlagsbärare för det specifika sjukdomsanlaget. Detta gäller i dag. I framtiden kommer man dock troligen att utföra gentester för olika anlag med ökad risk att utveckla de symptom som det genetiska anlaget är förknippat med. Vilka av dem skall då komma individen till

godo när det gäller levnadsvanor och miljö? De kan ju även utnyttjas negativt för individen.

En gentest efterfrågas således mot bakgrund av att en risk föreligger att den enskilde är anlagsbärare. Testen går i korthet till på följande sätt:

Ett blodprov eller annat vävnadsmaterial erhålls från probanden. DNA, det genetiska materialet, tas ut och renas. DNA analyseras med avseende på frågeställningen. För att kunna göra detta erfordras kunskap om genen ifråga eller den kromosomregion dit anlaget för sjukdomen är lokaliserad. Man måste med andra ord ha kunskap om mutationer och gensekvenser samt tillgång till prober, DNA-markörer, från den aktuella kromosomregionen. Om inte genen är känd eller tillräckligt karaktäriserad, måste man även få tillgång till familjemedlemmar. Där specifika genmutationer har identifierats, kan man utföra gentester även för personer som inte har en medfödd risk för att vara anlagsbärare. Detta görs dock inte i dag. De analysmetoder som man använder är i de flesta fall baserade på en utvidgning av genetiska sekvenser, vilket får till följd att analysen är snabb. Det krävs dessutom endast mycket små mängder biologiskt material från probanden.

I dag utförs endast gentester där det föreligger en klar frågeställing och en risk för att vara anlagsbärare, dvs. individen har en medfödd risk att utveckla en sjukdom. I framtiden kommer man att kunna utföra screening för anlag. Detta kommer att bli möjligt p.g.a. att tekniker utvecklas, vilka kommer att möjliggöra att screena ett prov för flera olika anlag samtidigt. Kunskapen om våra gener och deras egenskaper växer ständigt. Det är därför viktigt att alla sätter sig in i verkligheten och försöker förstå vad denna ökade kunskap kan komma att innebära.

Redan i dag sker i olika sammanhang förfrågningar om man inte vid utredning för ett specifikt anlag även kan screena för något annat. Detta går att göra för ett fåtal anlag men det görs inte, eftersom personen ifråga inte har någon påtaglig risk. Screeningar på normalbefolkning har förekommit utomlands, t.ex. i England och USA, för bl.a. cystisk fibros. Vid dessa har friska individer idenfierats som cystisk-fibros-patienter. Detta var inte vad man förväntade sig. Det föreligger med andra ord en möjlig risk att "friska" individer diagnostiseras.

I de fall då man önskar screena för ett riskanlag är situationen lite annorlunda. I dessa fall förväntar man sig att individen skall dra nytta av testresultatet genom att kunna ändra sina levnadsvanor eller genom

att han erbjuds andra arbetsuppgifter, vilka inte utsätter honom för risken att utveckla den sjukdom, för vilken han har en ökad risk. Detta kan förefalla fördelaktigt för den enskilde men det kan även utnyttjas negativt. Det senare kan bli fallet om det gäller en anställning eller t.ex. om man står i begrepp att teckna en försäkring.

Kostnaden för en molekylörgenetisk analys är i genomsnitt 4.500 kronor per individ.

ALLMÄNT OM GENTESTNING I ARBETSLIVET

Gentester kan användas för att i olika sammanhang förutsäga sjukdom. Gentester används dock knappast i dag för att vid anställning förutsäga sjukdom. Däremot används kliniska undersökningar och konventionella kliniska metoder. Hälsoundersökningar under pågående arbete och under exponering kan också förekomma. I det följande ges en kortfattad beskrivning av gentesternas möjligheter och begränsningar att förutsäga sjukdom. För att åskådliggöra framställningen, gör utrednigen en jämförelse med tidigare använda metoder.

Med de båda begreppen arbetsskada och yrkessjukdom avses i det följande skada eller sjukdom som på olika sätt visats ha ett orsakssamband med visst arbete eller arbetsmiljö. Det kommer att framgå att orsakssambandet inte innebär att en genetisk konstitution är betydelselös för uppkomsten. Man kan tänka sig att genetisk konstitution predisponerar för en skada eller sjukdom som är föranledd av arbetsmiljön. Arvet och miljön samverkar.

Få miljöer är så skadliga att alla exponerade drabbas. Det vanliga är att ett fåtal personer blir sjuka av en miljöfaktorn. När det gäller t.ex. cancerframkallande kemikalier och cancer är det kanske en (1) människa som drabbas på 1.000 exponerade. Utredningen utgår i sitt resonemang ifrån att även en så pass liten risk skall reduceras, när det gäller en allvarlig sjukdom i arbetslivet. Att förutsäga sjukdom innebär i själva verket i allmänhet att ange en förhöjd risk. Att förutsäga en sjukdom kan vara liktydigt med att man bedömer att risken att drabbas av sjukdom har ökat. Ofta är bakgrundsnivån okänd men det räcker med att ange att risken t.ex. fördubblats. Den reella riskökningen kan vara liten, den kan ha ökat från 1/1.000 till 2/1.000.

KONVENTIONELLA HÄLSOUNDERSÖKNINGAR

Hälsoundersökningar i samband med anställning eller av redan anställda påbjuds restriktivt (se A. Englund i Genetik, Arbetsliv och Etik, Fakta från Arbetslivsinstitutet, 1995). Arbetarskyddstyrelsen föreskriver hälsoundersökningar vid arbete med asbest, bly, kadmium, kvarts samt vid arbete som dykare eller rökdykare. Avsikten med dessa undersökningar är att utröna om den undersökte är lämplig och för att skydda denne. Strålskyddslagen kräver dessutom läkarundersökning av dem som arbetar i kärnkraftverk. I andra sammanhang påbjuds hälsoundersökning för att skydda allmänheten. I luftfartslagen föreskrivs hälsoundersökning av piloter och i Livsmedelsverkets föreskrifter undersökning av livsmedelsarbetare.

I en aktuell diskussion om hälsoundersökningar vid nyanställning, diskuteras målsättningarna närmare. (S. Skerfving i Genetik, Arbetsliv och Etik, Fakta från Arbetslivsinstitutet, 1995). En första målsättning är att utröna huruvida kemiska eller fysikaliska faktorer i tidigare anställningar kan predisponera för skada i det nu aktuella arbetet. Vissa metaller kan t.ex. ackumuleras i kroppen och göra att ytterligare exponering för samma eller liknade metaller kan bedömas som olämplig.

En andra målsättning är att utröna om en människa har en sjukdom eller tillstånd som inte beror på arbetsmiljön men som ändå gör att hon är speciellt känslig för arbetsmiljön. Ett ofta nämnt exempel är medfödda njurbesvär till följd av t.ex. cystnjurar. Har man detta tillstånd, kan man tänkas vara extremt känslig för njurskadande kemiska föreningar och bör undvika arbetsplatser med sådan exponering. Ett annat exempel på arbetsskada som kan förutsägas med konventionella metoder är försöksdjursallergier. Kan t.ex. den arbetssökande lämna muntlig information om böjveckeksem som barn, anger det en måttlig riskökning för försöksdjursallergi. I samtliga dessa fall föreligger en ambition att med konventionella kliniska metoder förutsäga, om risken är ökad för arbetsskada.

Man kan även tänka sig en tredje målsättning. Det kan t.ex. vara olämpligt att en person med sjukdomssymtom, som kan dölja en arbetsskada, anställs i yrken med höga risker. Vissa neurologiska sjukdomar kan t.ex. dölja en begynnande förgiftning av något kemiskt ämne som ger nervsymtom. Personens ursprungliga sjukdom kan i detta fall försena diagnostik av en yrkesskada.

BIOLOGISK MONITORING

Under flera år har så kallad biologisk monitoring använts. Begreppet innebär att t.ex. blodhalten hos exponerade personer analyseras och används som varningssystem under anställningen och under den tid som de är exponerade för ett farligt ämne. I arbetet blyexponerade personer övervakas med blodprov med tre månaders mellanrum.

I forskningssammanhang studeras andra parametrar i blod- eller urinprov. Ibland söker man "inre dosmått". Forskningen på detta område är intensiv världen över. Anledningen till intresset är att "yttre dosmått", som t.ex. en luftkoncentration av ett inandat och skadligt ämne, långtifrån alltid säger så mycket om risken för att drabbas. Hypotesen i forskningen är att inre dosmått på ett bättre sätt kan förutsäga sjukdom. Så kallade proteinaddukter och DNA-addukter är exempel på inre dosmått. Med "addukt" menas att en förmodat skadlig kemisk förening bundits till en känslig struktur, t.ex. deoxyribonukleinsyra (DNA), i kroppens celler.

I andra forskningssammanhang söker man tidiga tecken på skada. Ett exempel är kromosomabberationer, som är en typ av förändringar i en cells arvsmassa. Frågeställningen i forskningen kan vara om antalet kromosomabberationer står i samband till exponeringen men också om förändringen verkligen förebådar sjukdom. Målsättningen kan vara att visa att en exponering är farlig, innan någon blivit sjuk. Det skulle även vara möjligt att använda metoden för att förutsäga, vilka individer som är speciellt känsliga för den aktuella exponeringen.

GENTEKNIKENS FÖRDELAR OCH GENTESTERNAS PRECISION

Gentekniken är ett kraftfullt instrument att förutsäga arbetsskada eller yrkessjukdom i samband med en anställning. Tekniken kan i många fall komma att användas för att identifiera "riskindivider" i ett tidigare skede än någon av de ovan angivna teknikerna. Den kan ge meningsfull information redan i barnaåren. Den kan även ge samma information som eller bättre information än biologisk monitoring redan innan exponeringen börjat och det med ett enda blodprov.

Gentekniken innebär i allmänhet att man kopierar och mångfaldigar DNA och sedan detaljstuderar kopiorna. De DNA som finns i de vita

blodkropparna räcker som utgångsmaterial och förutsätts visa situationen i alla celler i kroppen. Med hjälp av ett enkelt blodprov kan man analysera den gen, som man är intresserad av. Tekniken är förhållandevis enkel men det finns fallgropar. Ett problem är att även till synes obetydliga föroreningar, t.ex. avstötta hudceller från laboranten, kan ge falska svar.

Tekniken ger dock rätt använd mer entydiga svar än tidigare använda tekniker. Detta beror på att dessa tekniker i allmänhet registrerar en funktion. Funktionen kan bero på nedärvda genetiska skillnader men också på annat som t.ex. induktionsfenomen, enzymhämning av någon kostfaktor eller läkemedel eller en tillfällig lokal cellulär skada m.m. Dessa senare faktorer kan påverka mycket starkt. Det gör att konventionella metoder ger olika resultat från ett tillfälle till ett annat på samma person. Vill man skaffa sig en bild av en individs "genomsnittliga" egenskap, måste forskaren analysera prover som kanske är tagna vid flera olika tillfällen, under sömnen osv. Gentester däremot mäter bara de medfödda förändringarna på en enda gen i taget. Oavsett när testen görs, skall det ge samma resultat. På så sätt blir gentesten mycket mer specifikt och entydigt.

Precisionen i analysresultaten gör att det framstår som möjligt att ange mycket mindre riskökningar än vad som tidigare varit fallet. Detta gäller framför allt i miljöer och vid sjukdomar, där en exponeringen är liten men kanske i stället varar under många år. Just i sådana sammanhang blir den "genomsnittliga" egenskapen hos den exponerade speciellt värdefull att få grepp om.

Hitintills har denna förhoppning dock grusats av att forskningsrapporter påtagligt ofta varit motsägelsefulla. En första rapport kan t.ex. ha angivit en riskökning som inte kunnat verifieras i nästa rapport. Det kan alltså vara så att precisionen i gentesterna är skenbar. Den biologiska tolkningen kan vara mycket svår eller omöjlig på dagens kunskapsnivå.

GENTESTERNA VISAR GENVARIANTER

De medfödda genetiska förändringar som gentester kan avslöja kan med ett ord kallas för *genvarianter*. Testen visar huruvida en person är född med den gen som kan anses vara "normal" eller född med en genvariant till denna gen. Genvarianten finns där från födelsen till döden och kan påvisas hos alla bärare, såväl friska som sjuka. Det är en mycket liten

risk att en gentest av misstag skulle råka upptäcka en under livet förvärvad genvariant.

Enligt utvecklingsläran kan genvarianten beskrivas som en mutation som av allt att döma uppstått sedan många generationer tillbaka i tiden. Mutationen har sedan ärvts från individ till individ. Det är inte alltid uppenbart vad som är mest ursprungligt och vad som är mutant. I och med det blir begrepp som "normalt" och "onormalt" lätt missvisande, varför de bör undvikas i detta sammanhang.

Mutationen kan innebära allt från en helt betydelselös förändring i genen, som inte påverkar genprodukten, dvs. proteinet, över smärre förändringar i genen, som leder till att proteinet får en funktionsnedsättning. Proteinet kan också vara helt funktionsodugligt eller kan hela genen ha tappats. Betydelsen av om anlaget finns i heterozygot eller i homozygot form varierar från fall till fall. Oavsett vilket som är fallet, kan man tala om att en person är bärare av en genvariant, vars funktionella innebörd starkt varierar.

GENVARIANTERNAS VANLIGHET

Det brukar ofta sägas att människan har ca 100.000 olika gener. Det ger intrycket att alla har en fullständig och från individ till individ likadan kopia av en gemensam human genpool. Många gener är dock i själva verket genvarianter. Vissa genvarianter är mycket vanliga. Varje människa torde bära på många fler eller mindre vanliga genvarianter. Med "vanliga" i dessa sammanhang brukar man mena att genvarianten förekommer hos mer än 1% av befolkningen.

Sannolikt är det så att flertalet genvarianter inte predisponerar för sjukdom eller på annat sätt är belastande. Den person som bär genvarianten kan se fram emot ett lika långt och friskt liv som den som inte bär genvarianten. Detta förstärker uppfattningen att begrepp som "normalt" och "onormalt" lätt blir missvisande. En del genvarianter har dock i studier visats vara förknippade med en svag riskökning vad gäller sjukdom. Ytterligare andra genvarianter ger en mycket stark riskökning för sjukdom. Det finns skäl att behandla dessa genvarianter var för sig.

SÄLLSYNTA GENVARIANTER OCH GENETISK SJUKDOM

Om en genvariant ger en mycket stark riskökning, så att nästan alla som är bärare drabbas av sjukdom, brukar man säga att det räcker med genvarianten för att ge sjukdom. Man talar därmed också om monogenetiskt arv och om *genetisk sjukdom*. Den starka riskökningen medför att sjukdomar av den här typen blir familjebundna och att arvsanlagets karaktär och arvsgången kan utläsas i ett familjeträd. Även om kanske bara en liten del av de gener och genvarianter som ger genetisk sjukdom ännu är identifierade, kan man utgå ifrån att familjer med sådana tydliga anlag är få.

Det förhållandet att en person tillhör en familj där påtagligt många drabbas av sjukdom i tidig ålder och där kanske till och med en tydlig arvsgång kan spåras, har stort informationsvärde i fråga om riskerna. Dessa för var och en tolkbara data har sedan länge förknippats med en risk för den enskilde familjemedlemmen. Med hjälp av gentester kan man nu för tiden få ytterligare information. De kan t.ex. ange huruvida den enskilde familjemedlemmen inom en nära framtid kommer att drabbas av en svår sjukdom. Säkerheten kan vara nära 100%. I andra fall kan genetisk fosterdiagnostik ge liknande information om ett väntat barn. Utredningar av den här typen är en angelägenhet för sjukvården och för den kliniska specialitet som kallas klinisk genetik. I sådana sammanhang används gentester på ett närmast rutinmässigt sätt.

Gentester kan alltså förebåda genetisk sjukdom. Den aktuella genvarianten kan därmed fungera som en *genetisk riskmarkör*. När det gäller riskmarkörer för genetisk sjukdom kan de i och för sig förebåda sjukdom hos friska, vuxna, arbetssökande människor. Man måste dock även utgå ifrån att de flesta människor som tillhör en familj med stark sjukdomsbelastning i dagens informationssamhälle inte är helt aningslösa om sin situation. I en framtid och med en förväntad stor riskmedvetenhet, torde de flesta söka rådgivning i sitt eget intresse. Erfarenheten kring hur man skall hantera sådan här rådgivning, vilket inte är en okomplicerad fråga, kommer att samlas i den offentliga sjukvården.

Senare tids forskning anger att även miljöfaktorer spelar roll vid uppkomst av genetiska sjukdomar. Ofta har tyvärr denna information bara teoretiskt intresse. Miljöfaktorn kan vara oundviklig. Ett exempel är luftens syre. I andra fall kan man tänka sig att en mängd olika kemikalier, även arbetsmiljökemikalier, påskyndar uppkomsten av sjukdomar. Det gör att rådgivning kring åtminstone en del genetiska

sjukdomar rimligen också bör involvera yrkesval. Det forsatta resonemanget utgår dock ifrån att genetiska sjukdomar kommer att särskiljas från yrkessjukdomar allt framgent.

Kunskapsläget anger att de som bär på en mycket stark genetisk riskmarkör och som är arbetssökande, kommer att vara relativt få. De arbetssökande, som löper risk att få debuten av sin genetiska sjukdom tidigarelagd på grund av arbetet och som är helt okunniga om eller ointresserade av sin situation, kommer att vara betydligt färre. Därmed kan man anta att motiven för att testa för den här typen av riskmarkörer knappast motsvarar olägenheten att utföra dem. En arbetsgivare, som systematiskt skulle testa alla arbetssökande, skulle i de flesta fall aldrig någonsin få ett positivt utfall på en sådan test.

VANLIGA GENVARIANTER, MILJÖ OCH SJUKDOM

Gentester användas i dag inte vid hälsoundersökningar i samband med en anställning. För att använda gentester krävs enligt lagen (1991:114) om användning av viss genteknik vid allmänna hälsoundersökningar ett särskilt tillstånd, om undersökningen utgör eller ingår som ett led i en allmän hälsoundersökning. Frågor om tillstånd prövas av Socialstyrelsen. Tillståndet garanterar att informationen inte används för annat än vissa godkända ändamål. Ett tillstånd får nämligen endast lämnas om undersökningen är inriktad på att söka kunskap om sjukdomsförhållanden som är av allvarlig art eller annars av särskild betydelse för hälso- och sjukvården. Trots detta finns det ett visst kunnande om gentester utanför kliniskt genetiska laboratorier. Det kunnandet bygger på forskning. Gentester används i dag som ett instrument i t.ex. arbetsmiljöforskningen.

De genvarianter av en gen som nu är av intresse vid forskning kring arbetsmiljö och som eventuellt skulle kunna få betydelse vid framtida hälsoundersökningar inför en anställning, är betydligt vanligare än de ovan omtalade sällsynta generna. För att forskningen skall bli hanterlig, bör kanske åtminstone 5-10% av den friska befolkningen vara bärare av en viss sådan genvariant.

En annan förutsättning är att en faktor från arbetsmiljön också spelar roll. Genvarianten och arbetsmiljöfaktorn skall tillsammans ge sjukdom. Som en illustration kan man tänka sig fyra grupper av människor:

1. en grupp som saknar genvarianten och inte är exponerad
2. en grupp som bär genvarianten och inte är exponerad
3. en grupp som saknar genvarianten och är exponerad
4. en grupp som bär genvarianten och är exponerad

För att genvarianten skall spela den roll som här avses skall grupp 4 drabbas av sjukdom eller skada oftare än de övriga tre grupperna. Huruvida grupp 2 eller grupp 3 drabbas oftare än grupp 1, spelar mindre roll i detta sammanhang.

Har dessa villkor visats vara uppfyllda i flera oberoende studier, framstår genvarianten som en genetisk riskmarkör för sjukdomen. För att en samverkan med miljöfaktorn skall bli trovärdig, krävs dessutom att funktionen hos genen och dess genvariant är väl karaktäriserad och att det finns en biologisk förklaring till det observerade.

Följande exempel belyser de krav som man bör ställa på en etablerad riskmarkör som samverkar med en miljöfaktor. Ett sedan länge känt och biologiskt trovärdigt samband som t.ex. det mellan rökning och lungcancer kan tas som utgångspunkt. En gen som kallas GSTM1 är också sedan länge känd från studier av avgiftning av kroppsfrämmande ämnen. GSTM1-proteinet avgiftar bland annat många farliga komponenter i tobaksrök. För ett tiotal år sedan visades att det fanns en genvariant av GSTM1 som innebär att genen saknas. I Sverige saknar ungefär 50% av befolkningen ett fungerande GSTM1-protein. En intressant fråga är då om de rökare som saknar GSTM1 löper större risk att få lungcancer. Det man vet om genens funktion, om tobaksrök och om lungcancer talar för det. Även ett flertal studier, där man gentestat dem som redan drabbats av lungcancer, talar för det. Det har nämligen visat sig att bland dem som fått lungcancer, är det fler som saknar GSTM1, än bland dem som inte fått lungcancer.

Att bära den genvariant som gör att man saknar GSTM1-proteinet innebär alltså att man har en riskmarkör för lungcancer, om man röker. För tydlighetens skull skall även nämnas att inte alla som fått cancer saknar GSTM1-protein och att många människor som saknar GSTM1 aldrig drabbas av cancer. Detta bidrar till att det man här kallar svaga riskmarkörer, kommer att spela en annan roll än de starka riskmarkörerna. Till skillnad från de starka riskmarkörerna torde de svaga riskmarkörerna för flertalet bärare förbli fullständigt okända.

GENVARIATER OCH ARBETSMILJÖSJUKDOM

Exemplet med GSTM1 ovan visar att en genvariant, som man råkar vara född med och som man i allmänhet inte har en aning om att man bär, kan predisponera för sjukdom om man röker. Lika entydiga samband för någon kemikalie i arbetsmiljön och yrkessjukdom finns inte, om man nu inte räknar passiv rökning som en arbetsmiljöfaktor. Forskning, inspirerad bland annat av de ovan nämnda GSTM1-data, pågår emellertid världen över. I en framtid kan man tänka sig att genvarianter för många olika gener, inklusive avsaknaden av GSTM1, kan bli etablerade riskmarkörer för olika arbetsmiljösjukdomar. De sjukdomar som ligger närmast till hands är cancer, hjärtinfarkt och kanske andra kroniska och allvarliga sjukdomar.

När det gäller dessa allvarliga sjukdomar är intresset stort. Man kan tänka sig att någon eller flera genetiska faktorer samverkar med en liten men långvarig exponering för någon faktor i arbetslivet. Det kan gälla kemiska föreningar, en eller flera i samverkan eller någon fysisk belastning. Mer svårdefinierade faktorer som t.ex. stress kan också tänkas. I sådana fall kan det bli mycket svårt att etablera riskmarkörer, därför att exponeringsfaktorn är svårare att mäta än t.ex. en kemisk förening.

Anledningen till att det finns ett stort forskningsintresse är, att genetiska riskmarkörer i en framtid skulle kunna användas för riskbegränsande åtgärder i arbetslivet. En konventionell epidemiologisk teknik räcker inte till för att bevisa att små grupper utsätts för även relativt stora riskökningar. Inte heller cellstudier eller djurstudier är alltid övertygande, därför att celler och djur kan vara dåliga "modeller" för människan. Erfarenheten visar att de vetenskapliga uppenbarheter som behövs för att uppnå t.ex. gränsvärdessänkningar, måste vara väl underbyggda. Förhoppningen är att genetiska riskmarkörer kan ge ett starkt bidrag. I en framtid kan man även tänka sig att gränsvärden inriktas, så att även speciellt känsliga grupper skyddas.

PROBLEM MED LÅGA RISKÖKNINGAR

En anledning till att det ännu inte finns etablerade riskmarkörer för arbetsmiljösjukdomar är, att forskningen dras med problem om vilka metoder som skall användas. Detta yttrar sig bland annat i att det ofta publiceras motstridiga data. Orsaken kan vara att genvarianter förekommer olika spridda i olika befolkningar och att det kan bli omöjligt att

jämföra data från olika länder. Ett annat problem är att det krävs stora grupper av människor för att få statistiskt säkerställda data. Det kan helt enkelt vara svårt att i ett land samla ihop ett tillräckligt stort antal exponerade för att göra en meningsfull studie.

De ovan angivna problemen kan i sin tur härledas från en faktor som redan berörts, nämligen det att riskmarkören inte anger en särskilt hög riskökning. Avsaknad av genen GSTM1 ger kanske en fördubblad risk. Detta är inte en särskilt stor riskökning, om man jämför med den riskökning som det innebär att röka. Den riskökning som en avsaknad av GSTM1 ger, kanske väl kompenseras av att man äter en väl sammansatt kost som inkluderar A-vitamin och andra faktorer som skyddar mot cancer. En sak är dock säker: GSTM1 kan inte ensamt förklara varför en del personer får cancer av att röka och andra inte får cancer. Många andra gener, kostfaktorer, kaloriintag m.m. kan också påverka.

Samma faktorer kan på ett kanske okontrollerat sätt dölja eller förstärka eventuella riskökningar av undersökta genvarianter i den forskning som är riktad mot arbetsmiljösjukdomar. Dessa faktorer kan vara olika starka i olika länder.

OLIKA ARBETSMILJÖFAKTORER

För att komplettera bilden kan utredningen även nämna att för ett par år sedan publicerades en studie som angav en riskmarkör för den allvarliga yrkessjukdomen beryllios. Riskmarkören var en genvariant i den så kallade HLA-gruppen av gener. I studien angavs att genvarianten förekom hos cirka 30% av de friska personer som undersökts. Nästan 100% av dem som drabbats av beryllios bar anlaget. Dessa siffror säger att HLA-genvarianten kan vara en stark riskfaktor, trots att den är vanlig bland friska människor. De anger att en stor del av befolkningen skulle vara sjuk i beryllios, om arbetsmiljöfaktorn fanns allmänt spridd i vår omgivning. Nu är emellertid detta inte fallet. Faktorn är mycket specifik, nämligen grundämnet beryllium. Beryllium används endast i mycket exklusiva sammanhang nu för tiden. Redan på 1930-talet, långt innan gentester fanns, insåg man att beryllium var farligt för människor. Gränsvärdet i Sverige har sedan länge varit extremt lågt.

SAMSPELET MELLAN SJUKDOMAR, GENVARIANTER OCH SKYDDSÅTGÄRDER

Exemplen ovan visar det nuvarande kunskapsläget. Genetiska riskmarkörer är ett begrepp som funnits länge i den medicinska debatten. De genvarianter som anger hög risk gav sig till känna och förknippades med sjukdom långt innan gentekniken fanns. Dessa genetiska sjukdomar har skilts ut från andra sjukdomar och i sjukvården har speciella kliniker inrättats för att hjälpa drabbade familjer. Genteknikens bidrag har varit att exakt ange vilka genvarianter det gäller och att ge exakt information vid riskbedömning på individnivå för enskilda familjemedlemmar.

Det finns också exempel där speciellt känsliga individer skyddats av regleringar och riskbegränsande åtgärder långt innan gentekniken fanns. Beryllium är en arbetsmiljöfaktor, vars användning uppenbarligen begränsats på det sättet. Genteknikens bidrag här är av vetenskapligt stort intresse men på riskbedömningsområdet har det snarast bekräftat det man tidigare anat.

Ett nytt inslag är att i forskningen fokusera svaga samband mellan miljöfaktorer och vanligt förekommande genvarianter. De gener som det gäller, har i allmänhet inte tidigare förknippats med sjukdom. Miljöfaktorerna skulle kanske ha kunnat uteslutas men det har framstått som opraktiskt eller alltför kostsamt. I stället har exponeringen sedan kanske lång tid tillbaka begränsats, så att tidigare använda metoder inte förmått att upptäcka sambanden med någon exponering och sjukdom. Det finns dock anledning att tro att det finns och alltid har funnits speciellt känsliga individer, som kan ha drabbats av sjukdom trots dessa åtgärder. Skulle dessa individer kunna identifieras med gentester, ökar chansen att styrka tidigare förbisedda samband. Det kan bland annat gälla sambandet mellan miljöfaktorer i arbetslivet och yrkessjukdomar såsom yrkesbetingad cancer.

Allmänt om denna nya aktivitet kan man säga, att så länge det rör sig om vanliga miljöfaktorer och vanligt förekommande riskgenvarianter, kommer riskökningen av allt att döma att vara liten i jämförelse med många andra risker i samhället. Kemiska föreningar, som har en stark och vanlig "sammarbetspartner" bland människans gener, torde sedan länge ha blivit igenkända som farliga. Deras användning har därmed också begränsats.

FARHÅGOR OM GENTESTER OCH DERAS POTENTIELLA ANVÄNDNING I ARBETSLIVET

Redan de traditionella, kliniska metoderna att förutsäga sjukdom i samband med anställning har väckt farhågor. En del har tydliggjorts i frågeställningar om vem som skall ha tillgång till resultaten av t.ex. hälsoundersökningar. Är det bara läkaren och den undersökte eller får även arbetsgivaren informeras?

Andra farhågor kan tydliggöras med exemplet med försöksdjursallergier. Här kan man alltså använda muntlig information om böjveckeksem som sorteringsinstrument. Problemet är att hälften av dem som har haft böjveckeksem aldrig får försöksdjursallergi. Det är en ganska stor andel människor och sätts systemet i användning, skulle många uteslutas från visst arbete på felaktiga grunder.

Innan forskningsverksamhet med biologisk monitoring påbörjas, måste frågor av den här typen klargöras inför etiska kommittéer. Problemen upphör inte därmed. Osäkerheten om hur man skall tolka data och informera den undersökte är ett kanske större problem. Bevisvärdet i den information som man hitintills har, är generellt sett svag. Skulle man i ett forskningsprojekt stöta på en individ med höga nivåer av t.ex. DNA-skada, är det svårt att tydliggöra vad detta innebär i form av risk för just den individen. Begrepp som "informerat samtycke" räcker kanske inte till för att täcka problematiken. Ingen människa kan i dag ge en uttömmande bild av vad det kan innebära att ställa upp och vara med som studieobjekt i den här typen av forskning.

Diskussionen om farhågorna har fått förnyad aktualitet i samband med att gentester börjat användas i forskningen. Nya farhågor har också tillkommit. Det beror delvis på att gentesterna kan göras så effektivt. Stora grupper av människor kan analyseras på ett förhållandevis enkelt sätt. Därtill kommer att gentesterna har åtminstone potentialen att informera om risker med framtida arbetsmiljösjukdomar, redan innan en exponering börjat och innan de berörda har den minsta föraning om sjukdom. De har alltså vissa förutsättningar för att kunna fungera som screening-instrument vid anställning. I förlängningen av detta kan man tänka sig att man i framtiden mer ägnar sig åt att skapa sorteringsinstrument för människor, än att fortsätta med att förbättra arbetsmiljön.

Möjligheten att använda gentester för att förutsäga arbetsskada och yrkessjukdom vid anställning framstår dock i dagens läge som

begränsad. Genetiska riskmarkörer när det gäller yrkessjukdomar är vetenskapligt omstridda eller inte etablerade i dagens läge. Visserligen kommer med all sannolikhet sådana att etableras i framtiden men erfarenheten hitintills visar att dessa riskmarkörer i så fall anger små riskökningar. Det kommer att röra sig om en kanske fördubblad risk. Den ursprungliga risken kan vara mycket liten. Redan den lilla ursprungliga risken, som kan uttryckas som t.ex. att 1 person på 10.000 kommer att drabbas under en 20-årsperiod av arbete, är svårgripbar. Vad det sedan innebär att få den risken fördubblad, är ännu mer svårgripbart. Riskökningen kan dessutom kanske väl uppvägas av andra, delvis kända, delvis helt okända faktorer, på det sätt som redan berörts.

Med denna i och för sig än så länge osäkra bas av kunskap, är det kanske inte självklart att en arbetsgivare vill gentesta vid anställning. Först om man har flera tusen anställda som är exponerade för en väl definierad och skadlig arbetsmiljöfaktor, kan "vinsten" tänkas bli reell. Det är inte heller riskfritt att testa och selektera utan ett väl etablerat underlag. Ett problem är nämnligen att kunskapen om vad en viss gen verkligen har för betydelse i en människas kropp sällan eller aldrig är slutgiltig. Risken finns att man av okunnighet selekterar bort människor med någon positiv egenskap. Om man utgår ifrån exemplet böjveckseksem, kan man tänka sig att man sorterar bort människor med livserfarenheter, som är av stort värde i det arbete det gäller. Det kan vara svårt att utesluta denna risk med hjälp av vetenskapliga metoder.

Mot denna bakgrund kan man ställa andra framtida visioner. Under förutsättning att den ovan omtalade berylliumrapporten står sig, kanske någon kommer på idén att gör bruk av den kunskap som vuxit fram och återinför beryllium som mer allmänt använt material. Idén bygger på att ett selektivt anställningsförfarande kan användas och att exponeringen begränsas till dem som saknar den aktuella HLA-genvarianten. Trovärdigheten i denna vision stärks av att beryllium har många attraktiva egenskaper och skulle kunna användas i många sammanhang. Trovärdigheten minskas dock av att det skulle krävas starka belägg för att inte en enda av de utvalda personerna skadas av beryllium. Även på detta område kan bevisningen bli svår.

HUR KAN MISSBRUK FÖRHINDRAS?

Ett sätt att förhindra missbruk är att med information förhindra mytbildning. Med hjälp av gentesternas allmänna rykte underblåses lätt föreställningen att ett mycket kraftfullt instrument för sortering av människor finns eller snart kommer att finnas tillgängligt, medan den hittillsvarande erfarenheten alltså talar emot detta. En given målgrupp för en nyanserad information är läkare som sitter i positioner, där gentester kan bli efterfrågade. Denna grupp kan få en nyckelroll. Börjar läkare ordinera tester på diffusa frågeställningar och med en falsk föreställning om kraftfullheten, förstärks lätt mytbildningen. Väljer läkare i stället att försöka tiga ihjäl frågan av pliktetiska skäl, kan också mytbildningen lätt förstärkas.

Det krävs inga stora investeringar i kunskap eller utrustning för att börja göra gentester på kommersiell basis. Många små laboratorier kan se en marknad som åtminstone delvis förstoras genom mytbildning. Det är möjligt att en oseriös laboratorieverksamhet begränsas av redan existerande regler. Om detta inte är fallet, skulle man kunna tänka sig en nämnd, som tar ställning till hur gentester bör utföras och vilka gener som bör analyseras. Framför allt skulle nämnden kunna ta ställning till indikationer för testen och att dessa anges, när testerna marknadsförs. På så sätt borde det vara möjligt att få kontroll över att verksamheten står i samklang med etablerad vetenskaplig kunskap.

Även lagstiftning som förbjuder arbetsgivaren att använda gentester i arbetslivet torde vara möjlig. Ett problem kan här vara att enskilda arbetsökanden kan låta testa sig och använda informationen för att få både arbetet och speciella förmåner. Denna aktivitet, speciellt om inte de kommersiella laboratoriernas potentiella verksamhet begränsas, kan underblåsas av mytbildning och är kanske svår att kontrollera och komma åt med lagstiftning.

Det finns också skäl att ta upp frågan om hur nya kemiska föreningar skall testas, innan de introduceras på marknaden. Möjligen bör tester, som avslöjar kemikalier av den typ som beryllium är, införlivas i den arsenal av tester, som regelmässigt utförs på nya kemiska ämnen.

Bilaga 18

Ekonomiska aspekter på medicinska undersökningar i arbetslivet

UTGÅNGSPUNKTER

Inledning

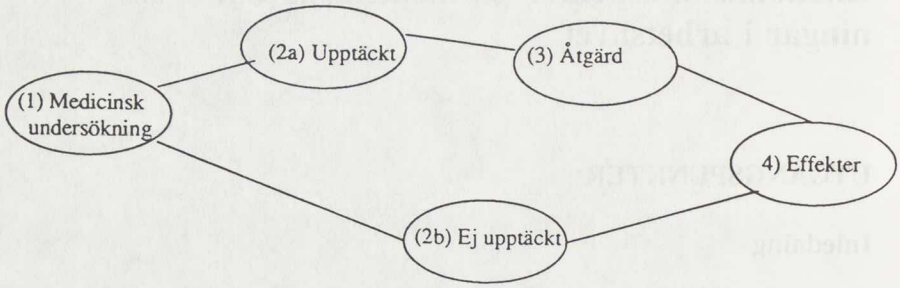
Utredningen har gjort ett försök att sammanfatta de för- och nackdelar som medicinska undersökningar i arbetslivet medför, sett från ett individ-, organisations- och samhällsperspektiv. Det bygger på hälsoekonomi, prioriteringar inom vården samt personalekonomi och kostnads-/nyttoanalys.

Några speciella ekonomiska utredningar har inte varit möjliga att göra, vilket inte heller är avsikten. I stället är syftet *att ge en helhetsbild av tänkbara för- och nackdelar av medicinska undersökningar sett från de tre perspektiven.*

Medicinska undersökningar i arbetslivet

För att på ett konsekvent sätt kunna analysera tänkbara effekter av medicinska undersökningar i arbetslivet, är det väsentligt att just själva åtgärden **medicinska undersökningar** preciseras.

Syftet med en medicinsk undersökning liksom en undersökning i allmänhet, kan vara antingen att upptäcka någonting, vanligen en brist eller att fungera preventivt, styrande. Hälsoundersökningar torde vara ett exempel på det förstnämnda och narkotikaundersökningar möjligen ett på det sistnämnda. Självfallet är en kombination av syftena fullt möjlig. Man får då följande typmönster:



Figur 1: Effekter av medicinsk undersökning

Självfallet kan alla följdverkningar av den medicinska undersökningen inte bara vara av positiv natur, utan även negativ, t.ex. fel upptäckt, fel åtgärd eller fel prevention.

Lite förenklat uttryckt skulle frågan om medicinska undersökningar i arbetslivet vara relativt okontroversiell, givet att den anställde, dennes fackliga företrädare samt arbetsgivaren var helt överens. För enkelhetens skull förutsätts att det inte föreligger något speciellt samhällsperspektiv. Förhållningssättet till en given medicinsk undersökning kan beskrivas på följande sätt:

		Arbetsgivaren: vill	Arbetsgivaren: vill inte
Anställde	vill	överensstämmelse	konflikt
	vill inte	konflikt	överensstämmelse

Figur 2: Överensstämmelse eller konflikt om medicinska undersökningar

Den följande framställningen kan förhoppningsvis belysa, varför det kan föreligga en konflikt mellan de två perspektiven.

Det finns för de fortsatta resonemangen anledning att skilja mellan två situationer där medicinsk undersökning kan användas:

* i samband med rekrytering
* löpande under anställningstiden

Skillnaden mellan situationerna ligger i att eventuella åtgärder och dessas konsekvenser avsevärt kan skilja sig åt.

Utgångspunkter för analysen

Det kanske största problemet för den ekonomiska analysen här är att en medicinsk undersökning inte är helt entydig eller standardiserad. Resultatet av den kommer att variera, beroende av hur den genomförs i sin helhet. Det gäller i än mindre grad eventuella åtgärder.

Resultatet av undersökningen kommer i några fall att ha betydelse för om någon effekt över huvud taget uppstår, i andra att styrkan eller värdet av effekten avsevärt kan variera och i extremfall gå från en positiv till en negativ effekt eller omvänt. Det är detta problem som ligger bakom ordet tänkbara för- och nackdelar i syftesformuleringen. Här finns dock ingen anledning att anta annat än att de **(1) medicinska undersökningarna utförs på ett normalt sätt**.

Medicinska undersökningar kan ses som en tillämpning av traditionell undersökningsteori vad gäller **(2a) upptäckt** resp. **(2b) icke upptäckt**. Två typer av undersökningsfel kan uppstå, vanligen benämnda typ 1 och 2. Det handlar om att fel inte upptäcks som borde ha upptäckts samt om upptäckta fel som egentligen inte är fel. Det är således en fråga om mätinstrumentets eller diagnosinstrumentets precision. Just detta problem får självfallet stor betydelse för värdet på de för- och nackdelar som uppkommer.

Sannolikt varierar felkonsekvenserna högst avsevärt med hänsyn till vilken slags medicinsk undersökning som avses. Om det dessutom tillkommer prognosproblem, dvs. att det som skall åtgärdas inte är något akut, kan felfrekvensen förväntas öka än mer.

I stort sett ett likartat resonemang som ovan kan föras kring de eventuella **(3) åtgärder** som vidtas som ett resultat av en upptäckt i jämförelse med de åtgärder som vidtagits utan en medicinsk undersökning.

Det kan finnas anledning att skilja mellan fyra typer av åtgärder;

(1) medicinska åtgärder
(2) personalpolitiska åtgärder
(3) arbetsmiljöåtgärder
(4) åtgärder vad gäller arbetets innehåll

Beroende på vilken typ av medicinsk undersökning som är aktuell, kommer den ena eller andra typen av åtgärd mer eller mindre i fokus. Betydelsen eller värdet av detta kommer att kunna variera avsevärt beroende på vilket perspektiv som är utgångspunkten för analysen.

De direkta **(4) effekter** som förväntas av de medicinska undersökningarna beror på vilken typ av åtgärd som vidtagits. Det finns självfallet här ingen möjlighet att föra en diskussion kring eventuella kausulsamband eller om registrerade effekter är följder av helt andra åtgärder eller förhållanden.

Kriterier för bedömningar av värdet av medicinska undersökningar

Värdet av medicinska undersökningar styrs dels av vilka kriterier för bedömning som väljs, dels av utfallet på dessa kriterier.

Vilka kriterier som väljs styrs dels av valt perspektiv, dels av livsåskådning inom respektive perspektiv. Det handlar om ett urval av faktorer som benämns som positiva och negativa effekter av en medicinsk undersökning. Detta urval baseras på allmän kunskap om vad ett individ-, organisations- eller samhällsperspektiv innebär.

Som i de flesta kalkyler uppstår även här omfattande problem att fånga utfallsdata, dvs. värden på de positiva och negativa effekterna. Flera av effekterna är även kvalitativa till sin natur, dvs. upplevelserelaterade på något sätt. Det innebär att en sammanfattning av värdet rimligen måste innebära att en medicinsk undersökningskostnad ställs mot ett antal kvalitativa effekter.

Om dessa kvalitativa effekter sedan uppväger undersökningskostnaden är en bedömningsfråga för enskilda människor samt organisations- och samhällsföreträdare. Det som en ekonom möjligen kan göra är att räkna fram vad dessa kvalitativa faktorer måste vara värda för att uppväga kostnaderna.

Även om medicinska undersökningar skulle ha ett positivt värde från alla tre perspektiven, utesluter det inte att **alternativa åtgärder** skulle kunna vara än mer lönsamma.

VÄRDET FÖR INDIVIDEN

Den naiva modellen

Individperspektivet är problematiskt, eftersom variationen i värderingen kan förväntas vara mycket stor och därmed också bedömningen av värdet av de medicinska undersökningarna.

Den enklaste formen av värdering innebär helt enkelt att:

* om individen helt frivilligt önskar genomgå en medicinsk undersökning, har den ett positivt (netto-) värde för individen.

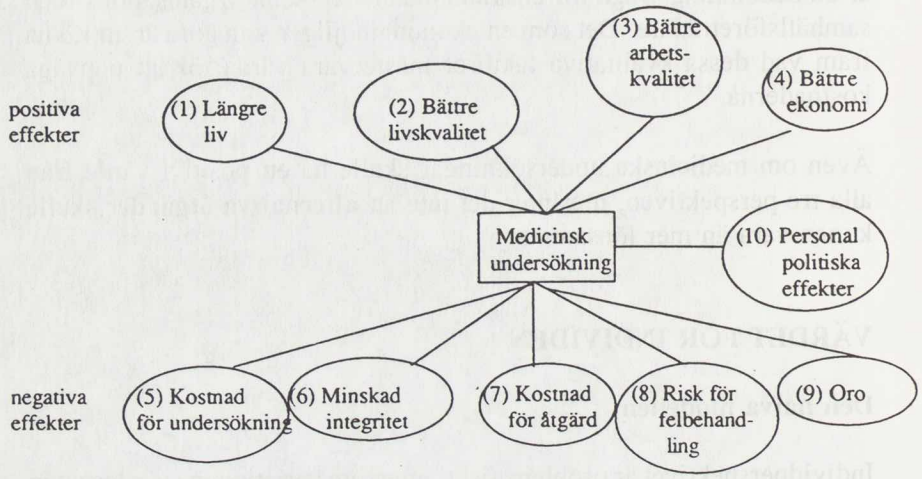
* om individen inte vill genomgå en medicinsk undersökning, har den ett negativt (netto-) värde för individen.

Här antas för enkelhetens skull att den medicinska undersökningen inte medför direkta utbetalningar för individen.

Problemet med individens fria val av en medicinsk undersökning är, liksom ofta vid andra fria val, att det kan påverka välfärden för andra individer, direkt eller indirekt. Här antas individen veta sitt eget bästa . Det kan därför finnas anledning att identifiera de positiva och de negativa effekterna som en medicinsk undersökning kan föranleda, om inte annat för att försöka förstå en eventuell negativ inställning.

Positiva och negativa effekter

Nedan visas en sammanfattning av tänkbara effekter för individen av en medicinsk undersökning:



Figur 3: Effekter för individen.

Allmänt kan sägas att det är ytterst vanskligt att göra identifiering, kvantifiering och värdering av tänkbara effekter på individnivå. Effekterna är av sannolikhetskaraktär men från ett individperspektiv kan de bara inträffa eller inte inträffa. Dessutom är orsakssambandet mellan medicinska undersökningar, åtgärder och tänkbara effekter inte givet, vare sig vetenskapligt eller upplevelsemässigt för den enskilde individen. Med dessa begränsningar kan här några korta kommentarer kring respektive effekt ges.

Positiva effekter

(1) Längre liv. Huruvida det föreligger ett positivt samband mellan medicinska undersökningar samt åtgärder och ett längre liv kan möjligen diskuteras. Det viktiga för värdet här är individens upplevelse av ett eventuellt samband. Sannolikt är dock denna faktor av underordnad betydelse vid just medicinska undersökningar i arbetslivet.

(2) Bättre livskvalitet. Redan själva rättigheten eller tillgången till medicinska undersökningar kan upplevas positivt. Om sedan undersökningarna kan bidra till tidig upptäckt, tidig åtgärd och därmed

mindre mänskligt lidande, är det ett väsentligt tillskott till livskvaliteten. Möjligen kan också genomförda medicinska undersökningar minska oron för det okända.

(3) Bättre arbetskvalitet. Det kan avse både arbetsmiljön och arbetets innehåll, dvs. resultatet av att åtgärder vidtas. Att det i sin tur kan ha positiva effekter för organisationens resultat, är en effekt på organisationsnivå.

(4) Bättre ekonomi. Det innebär att tidig upptäckt och tidiga åtgärder skulle kunna minska behovet av framtida sjukskrivningar alternativt ökade prestationer, som ersätts på något sätt.

Negativa effekter

(5) Kostnad för undersökning. Om man förutsätter att undersökningen sker på betald arbetstid, innebär den inga direkta utlägg. Dock kan möjligen vissa följdkostnader uppstå.

(6) Minskad integritet. Vare sig man vill eller inte vill genomgå en medicinsk undersökning, kan en sådan kännas som ett personligt intrång. Möjligen är rena integritetsfrågor ibland svåra att skilja från inte önskvärda konsekvenser och att det är just dessa som individen försöker undvika, t.ex. konsekvenser av en drogundersökning.

(7) Kostnad för åtgärd. Det handlar om dels individens egen tid, dels eventuella direkta utbetalningar i samband med behandlingen, t ex för alkoholberoende. Möjligen kan det också vara så att individen undgår en del kostnader, om den medicinska undersökningen sker på arbetsgivarens önskan och arbetsgivaren kan tänka sig att finansiera nödvändiga åtgärder.

(8) Risk för felbehandling. Om felbehandligen är en effekt av felaktig diagnos eller är ett resultat av dåligt utförande, är här av underordnad betydelse. Det torde vara oerhört svårt att bilda sig en uppfattning om hur individen värderar denna faktor.

(9) Oro. Det är tydligen så att de flesta människor känner en oro inför en medicinsk undersökning eller inför en åtgärd. Det är för denna effekt oerhört svårt att ha någon uppfattning om individens upplevelse.

(10) Personalpolitiska effekter. I samband med rekrytering torde utfallet i åtminstone ett kortsiktigt perspektiv vara huvudsakligen negativt, dvs. den medicinska undersökningen fungerar som ett nålsöga. Även löpande medicinska undersökningar kan få en personalpolitiskt negativ karaktär, dvs. bli en fråga om fortsatt anställning, fortsatt arbete i samma befattning eller något liknande. Samtidigt kan kortsiktiga negativa personalpolitiska åtgärder vara positiva för individen på längre sikt. Det är motivet till att de personalpolitiska effekterna vare sig har klassificerats som positiva eller negativa, även om de sannolikt upplevs huvudsakligen som negativa.

Värdering av effekterna

Om det över huvud taget är möjligt att göra någon samlad värdering av effekterna av medicinska undersökningar från ett individperspektiv, måste det göras översiktligt och resonemangsmässigt.

Om ovanstående beskrivningsmodell skulle förenklas till de värde- mässigt mest betydelsefulla effekterna i detta fall, erhåller man möjligen följande sammanfattning. Här har personalpolitiska effekter definierats som negativa:

Starkt positivt värde	(2)	Bättre livskvalitet
	(3)	Bättre arbetskvalitet
Starkt negativt värde	(6)	Minskad integritet
	(9)	Oro
	(10)	Personalpolitiska effekter

Det är således svårt att utan vidare konstatera att medicinska undersökningar skulle ha ett positivt värde från ett individperspektiv. Till yttermera visso är de tre positiva effekterna av långsiktig karaktär, de negativa av mer kortsiktig eller uppstår direkt i samband med den medicinska undersökningen eller vid medicinsk eller personalpolitisk åtgärd.

Ju viktigare nuet upplevs och värderas, desto mer negativ blir kalkylen för individen. I ekonomiska termer anges detsamma som att individen har en hög kalkylränta.

Sammanfattande analys

Möjligen är det den enkla ekonomiska modellen som bäst beskriver individperspektivet. Om en individ av fri vilja önskar genomgå en medicinsk undersökning, har den ett positivt värde för individen, annars inte.

Dock kan den mer analytiskt orienterade modellen med positiva och negativa effekter belysa, varför en individ inte vill genomgå en medicinsk undersökning. En sådan modell pekar på att fördelarna är huvudsakligen långsiktiga, medan nackdelarna uppkommer mer direkt, i samband med den medicinska undersökningen eller med den sammanhängande åtgärden. Hur individen upplever kopplingen till arbetskvaliteten torde vara ytterst väsentligt för hela synen på medicinska undersökningar.

VÄRDET FÖR ORGANISATIONEN

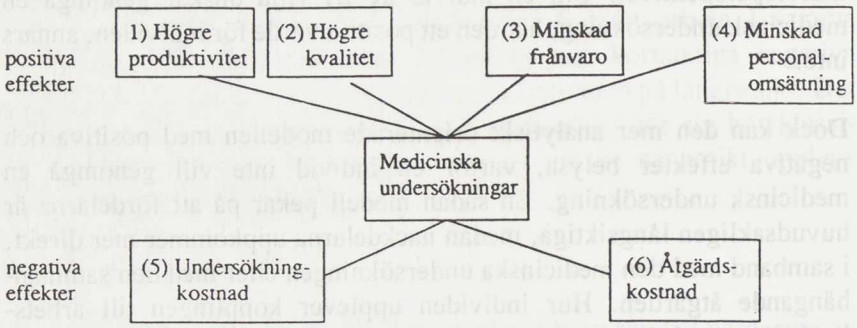
Organisationsperspektivet

Utredningen förutsätter här att organisationen bedriver sin verksamhet utifrån ekonomiskt rationella målsättningar. Det innebär att det finns någon eller några slags kvantitativa och kvalitativa mål för verksamheten.

Det personalekonomiska synsättet innebär att man lägger ett organisationsperspektiv på de anställda. Det innebär att de effekter som vanligen är aktuella vid personalekonomiska kalkyler även är relevanta här.

Positiva och negativa effekter

Nedan visas de effekter i sammanfattad form som kan bli följden av en medicinsk undersökning. Man bör observera att det kan finnas en mängd bakomliggande faktorer eller effekter bakom varje nedanstående effekt:



Figur 4: Effekter för organisationen.

Positiva faktorer

(1) Högre produktivitet. Grundtanken för en organisation och möjligen för hela företagshälsovården är att medicinska undersökningar skall öka den kvalitativa och kvantitativa tillgången på arbetskraft. Vid rekrytering handlar det då om att kombinera befattning och rekryterad. Vid löpande undersökningar är det fråga om att reducera något problem som kan leda till produktivitetsförluster.

(2) Högre kvalitet. Kvalitet i arbetet blir viktigare ju högre bristkostnaderna blir. I övrigt är argumentationen densamma som för produktivitet.

(3) Minskad frånvaro. Om medicinska undersökningar kan minska frånvaron, har de ett stort värde för arbetsgivaren och då speciellt under perioden för arbetsgivarinträde. Det har även ett värde för arbetsgivaren att göra frånvaron mer planerbar. Om medicinska undersökningar kan fungera som ett tidigt varningssystem vid risk för rehabilitering, har det ett mycket stort värde för arbetsgivaren.

(4) Minskad personalomsättning. Om medicinska undersökningar kan bidra till en minskad personalomsättning, har det ett stort värde för organisationen, eftersom varje nyrekrytering kan kosta allt mellan 25.000 och 500.000 kr.

Negativa faktorer

(5) Undersökningskostnad. Den avser kostnaden för den medicinska undersökningen, inklusive lönekostnaden för den som undersöks.

(6) Åtgärdskostnad. Den avser den del som organisationen ansvarar/tar ansvaret för. Kostnaden torde variera avsevärt beroende av typ av åtgärd.

Värdering av effekterna

Redan beskrivningen av effekterna har delvis indikerat värdet av dem för organisationen. Handlar det om medicinska undersökningar i samband med rekrytering, är åtgärdskostnaderna små eller negligerbara. Det handlar då om att väga undersökningskostnaden mot sannolikheten att kunna förbättra t.ex. rekryteringsprognosen:

Antag att en organisation satsar ytterligare 1.000 kr/undersökt i samband med en rekrytering. Antag vidare att totalt fyra testas till en totalkostnad på 4.000 kr. Antag vidare att undersökningen förändrar rekryteringen i bara vart tionde fall (rekrytering), dvs. en total undersökningskostnad för att undvika ett misstag på 40.000. Beloppet 40.000 kr är relativt litet i jämförelse med tänkbara positiva effekter. Ca tio procents högre produktivitet under ett år eller två procent årligen under fem år med en arbetskraftskostnad inklusive personalkringkostnader på 400.000 kr/år. På motsvarande sätt kan resonemanget föras kring de andra positiva effekterna.

Avser den medicinska undersökningen redan anställd personal och gäller något speciellt problem, tillkommer oftast någon slags åtgärds-kostnad. Nu är inte heller effekterna av åtgärderna givna, utan de kan ofta beskrivas i form av en sannolikhetsfördelning, t.ex. hur stor andel som reagerade positivt på en given alkoholterapi. Det innebär allmänt sett att lönsamheten i medicinska undersökningar minskar. Det kan dock föreligga stora skillnader mellan olika typer av problem, speciellt om problemet kan tänkas leda till framtida rehabiliteringsbehov.

Sammanfattande analys

Värdet eller lönsamheten för en organisation av medicinska undersökningar i samband med rekrytering torde vara relativt stort, under förutsättning att undersökningarna har ett någorlunda hyggligt prognosvärde. Den slutsatsen följder av exemplet som utgår från ett antagande om att var tionde rekrytering kunde förbättras och att effekterna kunde avläsas på höjd produktivitet eller kvalitet eller sänkt frånvaro (rehabilitering) eller personalomsättning.

Värdet av medicinska undersökningar löpande är mycket mer situationsspecifikt, dvs. det beror på vilket problem som avses, dess frekvens, åtgärdens kostnad och sannolikheten för dess framgång.

Den allmänna bild som kalkyler ger i ett organisationsperspektiv är att medicinska undersökningar åtminstone av lönsamhetsskäl kan förväntas snarare öka än minska i framtiden. Det bygger på antagandet om att medicinska undersökningar har ett prognosvärde. De kan också öka, därför att organisationer tror på lönsamhet som ett mode eller som en ritual.

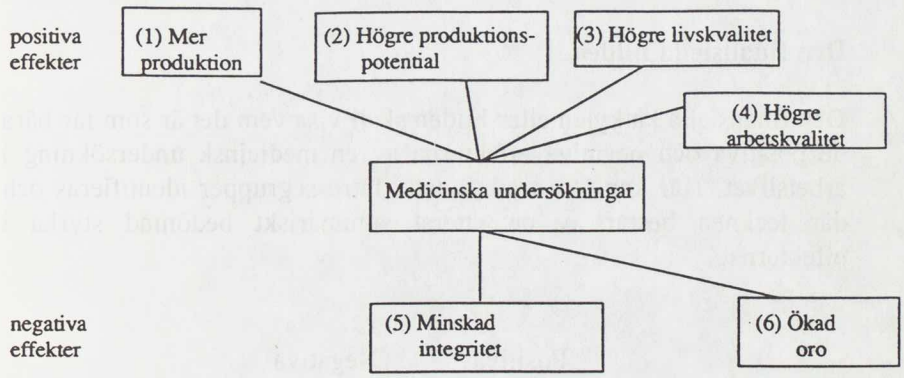
DET SAMHÄLLSEKONOMISKA PERSPEKTIVET

Real och finansiell kalkyl

Från ett samhällsekonomiskt perspektiv kan det finnas anledning att redovisa både en real och en finansiell kalkyl. Den reala kalkylen skall ge en totalbild av effekterna för ett samhälle (Sverige). Den finansiella kalkylen skall visa på vilka intressegrupper, dvs. redovisningsenheter, som berörs av för- och nackdelar.

Reala effekter

De reala effekterna fångas normalt i produktionstillskott eller produktionsbortfall, samt i medborgarens livskvalitet:



De positiva effekterna skall ses som nettoeffekter som kan anta negativa värden.

(1) Mer produktion. Här görs ingen skillnad mellan olika slags produktion, utan all produktion som kan identifieras medräknas.

(2) Högre produktionspotential. Det är inte säkert att, i ett kortsiktigt perspektiv, en medicinsk statusförbättring kan utnyttjas i arbetslivet. Ett synsätt är att potentialer inte har något värde, om de inte kan utnyttjas. Ett annat är att det ligger ett värde i att skapa potentialer, eftersom man inte känner framtidens behov.

De fyra faktorerna *(3) högre livskvalitet, (4) högre arbetskvalitet, (5) minskad integritet och (6) ökad oro* är redan behandlade. Det som dock skiljer mot tidigare beskrivning är att i effekterna här måste också inkluderas sådana som uppstår på individer och organisationer som en indirekt eller extern effekt. Där sådana effekter är omfattade, föreligger det starka skäl till någon form av tvingande regelsystem.

Värdering av effekterna

Med hänsyn till ovan redovisade effekter, blir värderingen oerhört beroende av alternativkostnaden för arbetskraft. Vid hög arbetslöshet

den relativt låg. Det innebär att medicinska undersökningar i arbetslivet ur samhällsekonomisk synvinkel då inte är en ekonomisk fråga, utan mer en fråga om livskvalitet och total välfärd. När arbetslösheten är låg, blir självfallet kalkylresultatet annorlunda.

Den finansiella bilden

Den finansiella kalkylen eller bilden skall visa vem det är som får bära de positiva och negativa effekterna av en medicinsk undersökning i arbetslivet. Här kan fem traditionella intressegrupper identifieras och där tecknen består av en ytterst summariskt bedömnd styrka i effekterna.

	Positiva effekter	Negativa effekter
Individ	+	- - -
Organisation	+ + +	-
Kommun	+	-
Landsting	+	- -
Staten	+	-

Här betraktas kommuner, landsting och staten i första hand som finansiella, skattefinansierade enheter och inte som arbetsgivare för ett stort antal anställda. Landstingen bedöms här få ansvaret för en del av de medicinska åtgärderna.

Ovanstående fördelning av effekterna måste ses som försöksmässig, varför den behöver analyseras mer fullständigt.

Sammanfattande analys

Inte oväntat har medicinska undersökningar i arbetslivet störst samhällsekonomiskt värde vid låg arbetslöshet. Det resonemanget bygger då på förutsättningen att medicinska undersökningar i förlängningen leder till antingen en bättre medicinsk status och därmed högre produktionskapacitet eller på en bättre kombination mellan en individs medicinska status och en befattning.

Det är inte heller oväntat den anställdes arbetsgivare eller organisationen som har mest att vinna på att medicinska undersökningar genomförs. Det gäller åtminstone i ett snävt statiskt perspektiv. I ett mer dynamiskt perspektiv blir sambanden mer komplicerade och pekar mot att alla kan vinna men med risk för välfärdsförluster vad gäller integritet och oro.

Bilaga 19

DROGTESTVERKSAMHETEN VID HUDDINGE SJUKHUS

Utredningen har haft kontakt med drogtestverksamheten vid klinisk farmakologi på Huddinge sjukhus för att få reda på hur verksamheten fungerar, uppgifter om olika typer av tester samt om de vanligaste drogernas effekter och biverkningar

Avdelningen för klinisk farmakologi analyserar narkotika i urin på uppdrag av företag sedan år 1991. Laboratoriet har tillsammans med dopinglaboratoriet på Huddinge sjukhus utvecklat ett system som kallas "Tillförlitlig Drogtest". Systemet, som är utformat efter en internationell förebild, har till syfte att garantera ett säkert analyssvar. Det har på uppdrag av Svenska Arbetsgivareföreningen sammanställt en översikt, "Drogtester i arbetslivet" år 1992.

Bakgrunden till att laboratoriet utvecklade systemet är att Scania i Södertälje i slutet av 1980-talet utförde enklare haschtester s.k. screening på arbetssökande. Detta utfördes med en bristfällig metod, som var behäftad med upp till 30 % falska positiva analyssvar enligt en undersökning som var publicerad i Läkartidningen. Laboratoriets ambition blev därför att ebjuda näringslivet en drogtest, som skulle hålla vid en eventuell rättslig prövning och därmed garantera den enskilde individens rättssäkerhet. Laboratoriet är högteknologiskt och det finns ingen övre begränsning i mängd hur många prover som det kan ta emot.

STATISTIK FRÅN LABORATORIET

Den första beställningen av narkotikaanalyser från laboratoriet vid Huddinge sjukhus skedde år 1991. Numera utför laboratoriet analyser åt ungefär 200 företag från hela landet. En viss statistik från laboratoriet återfinns nedan. Det är förmodligen en överrepresentation av verkstadsindustri och tyngre industri. Eftersom det är företagshälsovården som utför själva testningen, beställningen av provmaterial och i de flesta fall också står som mottagare av fakturorna, vet laboratoriet

inte i många fall åt vilket företag som testningen utförs. Drogtester kan utföras vid olika tillfällen och med olika syften.

För tillfället utgör testverksamheten ungefär 15 % av laboratoriets omsättning. Testerna förväntas öka med ungefär 40-50 % per år under de närmaste åren.

Med prov menas ett urinprov som lämnats av en person. Med analys menas analys av ett preparat i ett prov. Flera analyser kan således göras ur ett prov. Laboratoriet analyserar alltid cannabis, varför antalet cannabisanalyser motsvarar antalet prov.

År	1992	1993	1994	1995 (1:a halvåret)
Antal prover från företag				
	186	1.334	3.416	3.892
Samtliga av dessa analyserades på cannabis.				
Fördelningen av positiva var				
	5	31	30	41
Antal analyser av amfetamin				
	120	980	2.173	1.980
Positiva amfetamin				
	1	6	8	9
Antal analyser kokain				
	118	366	1.237	1.036
Positiva kokain				
	0	0	0	0

Antal analyser opiater (heroin/morfin)

36	289	1.154	1.078

Positiva opiater

4	5	15	15

Antal analyser bensodiazepiner

10	88	88	53

Positiva bensodiazepiner

0	9	7	9

Antal analyser fencyklidin

0	1	1	4

Positiva fencyklidin

0	0	0	0

1:a halvåret 1995 var antalet positiva av de narkotiska analyserna 1,6 % av det totala antalet analyser. Tas även bensodiazepiner med blir det 1,9 %.

Det är dock svårt att dra några långgående slutsatser av dessa siffror av flera anledningar.

- Drogtesterna utfördes slumpvis, vid olycksfall, vid misstanke, vid nyanställning och under rehabilitering. Det är således ingen genomsnittspopulation utan t.ex. tester gjorda vid misstanke har med stor sannolikhet flera positiva än t.ex. vid nyanställning.

- En del företag beställer endast analys av ett begränsat urval av de narkotiska preparaten. Eftersom laboratioret endast analyserar det beställda, kan det innebära att om någon intagit amfetamin och det endast är förkryssat cannabis på remissen upptäcks inte amfetaminet.

- En del missbrukare är med stor säkerhet kunniga i att manipulera ett prov så att ett positivt utfall undviks.

- Ibland är tiden mellan kallelse och provtagning så lång att narkotikan som finns i kroppen har försvunnit eller reducerats till sådan mängd att den inte kan upptäckas.

Dessa ovanstående faktorer, där en del gör att antalet positiva tester ökar och en del gör att de minskar, innebär följaktligen att inga långtgående slutsatser kan dras.

Dopinglaboratoriet är det enda laboratoriet i Sverige som kan utföra analys av anabola steroider. Till för något år sedan gjordes det nästan uteslutande analyser för idrotten, där Riksidrottsförbundet var uppdragsgivare. I takt med det allt mer förekommande missbruket av anabola steroider utanför idrotten, har antalet nya beställare av analyser ökat. Företag är en av dessa nya beställare.

År	1992	1993	1994	1995 (1:a halvåret)
Antalet analyser av anabola steroider beställda av företag				
	0	0	31	190
Positiva anabola steroid analyser				
	0	0	1	0

TESTKEDJAN

Narkotikaanalyser i urin utförs i ökande utsträckning i Sverige och med mycket varierande kompetens. Undersökningar utförda under senare år har påvisat skillnader i analysernas kvalitet mellan olika laboratorier. Både falskt positiva och falskt negativa analysresultat kan få svåra följder för den enskilde. Det resultat som slutligen erhålls är beroende av ett antal faktorer. För att få ett korrekt svar måste man bygga upp en hel kedja, *chain-of-custody*, från kallelsen och provtagning till transport och analys samt svarsrapportering. Bryts den kedjan går det inte att lita på slutresultatet.

Kedjan kan i enkelhet beskrivas som nedan:

Kallelse
I
Provtagning
I
Transport av provet till laboratoriet
I
Analys
I
Tolkning av resultatet
I
Rapport av resultatet

Den svagaste länken är utan tvekan tiden mellan kallelse och provtagning. Där kan medveten eller omedveten manipulation av provet ske. Laboratoriet har ingen kontroll över dessa delar, varför den delen endast kan påverkas genom information och instruktioner till de som utför dessa moment.

Laboratoriet informerar på två sätt. Det sker för det första genom remissen som är speciellt utformad med instruktiv text på baksidan för att vara till hjälp. För det andra vill laboratoriet att alla som utför själva provtagningen skall ha genomgått den provtagarutbildning som laboratoriet erbjuder kostnadsfritt.

En jämförelse kan även göras med dopingtester inom idrotten. Idrotten har utformat mycket strikta föreskrifter om hur en dopingkontroll skall gå till. Den sker enligt följande huvudprincip.

Kontroller i samband med en idrottstävling skall genomföras av en testgrupp som består av minst två personer, varav en skall vara ansvarig och utsedd av Sveriges Riksidrottsförbunds Dopingkommission. De personer som skall kontrolleras kan utväljas av den testansvarige. Kallelsen till kontrollen skall vara skriftlig. Den som kallas till kontroll har rätt att ta med sig en förtroendeman till kontrollen, t.ex. en tränare eller en ledare. Om den person som kallats till kontroll inte genast kan inställa sig till kontrollen, skall någon av testgruppen godkänd person ledsaga den kallade till dess att godkänt prov lämnats. Ingen ovidkommande får uppehålla sig i provtagningslokalen under provtagningen. Den aktive väljer ut flaskorna för urinen. De skall

märkas på ett outplånligt sätt. Kodmärkningen skall antecknas i ett protokoll som förs vid provtagningen. Den aktive skall lämna ett urinprov under överinseende av någon i testgruppen. Den testansvarige skall därvid förvissa sig om att den aktive inte manipulerar med sitt prov. Urinet fördelas på två flaskor, ett A-prov och ett B-prov. Så snart som provtagningen är avslutad skickas proverna till ett av Internationella Olympiska Kommittén ackrediterat analyslaboratorium. Dopinglaboratoriet vid Huddinge sjukhus är det enda i detta hänseende ackrediterade laboratoriet i Sverige. Det finns totalt cirka 20 laboratorier i hela världen. A-provet analyseras snarast möjligt och utan att identiteten på den som testats röjs. Analysen skall utföras enligt de regler som gäller för ackrediterade laboratorier. Om den kontrollerade så önskar, kan han få tillfälle att närvara vid analysen av B-provet.

ANALYSFÖRFARANDET

När provflaskorna - ett A-prov och ett B-prov - kommer in till laboratoriet vid Huddinge sjukhus undersöks sigilltejpen noggrant på de båda flaskorna som urinet kommer i. Skulle tejpen vara skadad eller öppnad under transporten, analyseras inte proverna. Är tejpen inte skadad, registreras, märks och kodas flaskorna. Allt detta sker för att undanröja eventuella förväxlingar på laboratoriet och för att flaskorna senare skall kunna utgöra bevis vid en rättegång. En av flaskorna ställs sedan in i ett låst kylskåp för förvaring. Den förvaras där i minst tre månader eller till en eventuell rättslig prövning är avgjord. Innehållet i flaskan skall fungera som ett bevismaterial och kunna analyseras på begäran av den som lämnat ett positivt prov.

Analyserna genomgår en analys i två-tre steg. Urinen i flaska A genomgår först en analys där koncentrationen av kreatinin mäts för att se om provet eventuellt är utspätt. Kreatinin bildas vid musklernas energiomsättning. Det är således ett kroppseget ämne. Ett normalt urinprov skall innehålla kreatinin. Förekomsten av kreatinen visar således att provet verkligen består av urin. Kreatininhalten visar också en eventuell utspädning - artificiell eller fysiologisk. En nedre gräns för normalt koncentrerad urin är 4 mmol/l. Om provet har en kreatininhalt under gränsvärdet, går provet inte vidare till nästa analyssteg och laboratoriet meddelar detta till beställaren. Laboratoriet rekommenderar då att en ny provtagning sker.

Är kreatininnivån tillräckligt hög görs en immunologisk screening, där

positiva prov sållas från de negativa. De negativa proven rapporteras som slutresultat, trots att det teoretiskt är möjligt att något är falskt.

De postiva proven går vidare till en verifiering med gaskromatografi/ masspektrometri (GC/MS). Denna analys ger ett "fingeravtryck" av de ämnen som hittats i den immunologiska screeningen. Detta fingeravtryck jämförs med ett referensbibliotek bestående av kända substanser och ger därmed en hundrapocentigt säker identifiering.

Anledningen till att inte också de negativa proven verifieras är kostnadskäl. De immunologiska analysmetoderna är förhållandevis billiga jämfört med den mer komplicerade GC/MS-analysen. Det skulle således fördyra analyserna högst avsevärt om samtliga prover skulle verifieras.

Några missbrukare undgår således upptäckt. Ingen kommer dock felaktigt att anklagas för missbruk. Resultatet granskas sedan av en läkare som är kunnig i missbruksmedel och provtagning innan svaret lämnas ut.

Priset på marknaden för narkotika- och läkemedelsanalyser har sjunkit markant under de senaste åren. I dagsläget kostar en analys av ett preparat strax över 50:- inklusive provtagningsmaterial. Ofta tillkommer verifieringskostnader för ett eventuellt positivt svar med 400-500:-. Troligtvis kommer priset att sjunka ytterligare, då automationen ökar, priset på reagens minskar samt p.g.a. konkurrens från flera laboratorier.

Priset på en anabol steroidanalys är cirka 700:-. Orsaken till att det priset ligger så pass mycket högre än priset när det gäller en analys av narkotika, beror på att det inte finns enkla screeningsmetoder utan alla analyser utförs med gaskromatograf/masspektrometer som kräver mycket manuellt arbete. Det är tveksamt om priset i denna del kommer att sjunka de närmaste åren.

ALTERNATIVA TESTMETODER

Utredningen har även övervägt om det finns några alternativa testmetoder till medicinska undersökningar med drogtester och alkoholtester i arbetslivet. I det sammanhanget har utredningen gjort ett besök hos Unirisk AB i Mörby och studerat Novascan metoden. Metoden är dock ännu så länge i projektstadiet.

Den viktigaste och mest oersättliga tillgången som ett företag har är det mänskliga kapitalet. Det gäller att vara aktsam om detta och de enskilda individerna. Samtidigt har det på olika sätt en mycket stor betydelse att dessa individer dag ut och dag in kan fungera på ett tillfredsställande sätt. Särskilt gäller detta för piloter och sjökaptener men även lastbilschaufförer och truckförare m.fl. Om dessa inte fungerar tillfredsställande och det sker en olycka, kan det få ödesdigra konsekvenser för de inblandade. Det kan även medföra stora ekonomiska förluster för och skadeståndskrav mot arbetsgivarna. Därför är det viktigt att få reda på hur en arbetstagare fungerar *varje dag,* innan han påbörjar sitt arbete. Det behöver då inte just vara fråga om drog- och alkoholproblem. Även personliga problem av annat slag i familjen eller dålig sömn påverkar arbetstagaren. Det kan få till följd att arbetsmomenten, även om de är rutinmässiga, görs för långsamt eller t.o.m. helt felaktigt.

Den nämnda metoden är en självtest. Metoden går ut på att den som skall testa sig på arbetsplatsen eller hemma sätter sig framför en dataskärm och en box med knappar och en ratt. Där gör han en test som utvisar såväl uppmärksamheten som koordinationen. Normalt tar testen 5-10 minuter. Basen består av 30 tester efter varandra. Efter den sista testen faller den första bort. För varje ny test kan var och en se hur dagsformen är i förhållande till de senaste 30 dagarna. Om han då finner att han, oberoende av orsaken, inte alls är i normal form, kan han anmäla detta till arbetsgivaren och hemställa om att för den dagen få bli befriad från eventuella riskfyllda arbetsmoment. Arbetsgivarens intresse i detta ligger i att han alltid har arbetstagare som är fysiskt och psykiskt i form och inte riskerar att vålla sig själva och andra skada.

Kostnaden för systemet beräkns per test förutom utrustningen. Lämpligen kan man beställa en licens för programmet. Då får man göra hur många tester som helst. I det fallet torde kostnaden uppgå till cirka en halv miljon kronor.

Denna metod har helt klart sina fördelar, genom att den ersätter den traditionella medicinska undersökningen med bl.a. blod- och urinprov. Den främsta fördelen syns vara att arbetstagare som riskerarar att för dagen vålla skador får ägna sig åt andra arbetsuppgifter. Metoden är inte heller i sig integritetskränkande. Rent juridiskt är även de problem som kan vara förenade med användandet av metoden på arbetsplatserna enklare att lösa än som gäller vid drogtester m.fl.

Den största nackdelen är enligt utredningen att man inte får fram

orsaken till att dagsformen är sämre än normalt. Är det en tillfällig störning på grund av personliga problem i familjen eller ligger det djupare problem bakom? Så länge man inte vet orsaken till det faktiska förhållandet, kan man inte lösa problemet eller hjälpa den enskilde med att få en behandling. Med hänsyn härtill och då det ännu så länge är ett projekt i försöksstadiet, anser inte utredningen att detta är en metod som i dag kan ersätta medicinska undersökningar. Däremot kan metoden i många fall visa sig vara ett bra komplement till dessa.

Bilaga 20

OLIKA DROGERS EFFEKTER

De vanligaste "drogerna" i arbetslivet kan indelas i fyra grupper:

- narkotika,
- läkemedel,
- anabola steroider och
- alkohol.

I den följande beskrivningen tar dock utredningen inte särskilt upp effekterna av alkohol.

NARKOTIKA

Cannabis

Upplevelser under ruset beror på dosen, tillförelsesättet, personligheten, miljön och de förväntningar som missbrukaren har på drogen. Samtidigt intag av en annan drog kan starkt påverka rusupplevelsen och ge förstärkningar. Intag i mindre mängder (marijuana: 0,5 - 1.0 gram, hasch: 0,2 - 0,5 gram eller cannabisolja: några droppar) kan ge följande *effekter*:

- förändrad uppfattning av tid, rymd och avstånd,
- minskad självkritik och sviktande omdöme,
- sämre inlärningsförmåga, koncentrationssvårigheter,
- långsamma reflexer,
- koordinationssvårigheter,
- försämrad förmåga att följa föremål i rörelse,
- dålig reaktion på ljus och
- försämrad muntlig koordination.

Intag i större mängder ger en effekt motsvarande den som uppträder vid intag av hallucinogener, dvs. svåra sinnesvillor. Dessutom:

- irrationellt uppförande och förföljelsetankar och

- regelrätta förvirringstillstånd (psykoser).

I många fall liknar reaktionen den som uppträder vid schizofreni, varför sluten psykiatrisk vård ofta blir nödvändig. Ruseffekterna försvinner inom några dagar.

För de miljöer som kräver vaksamhet och reaktionsförmåga, t.ex. tillverkningsindustri, trafik och byggnation, kan cannabispåverkan utgöra en allvarlig säkerhetsrisk. Även sedan ruset avklingat och missbrukaren känner sig nykter, kan viktiga psykiska funktioner vara nedsatta med olycksrisk som följd.

Psykiska långsiktiga skador som påverkar arbetsförmågan kan bli följden. Svåra förvirringstillstånd med grova förvrängningar av verklighetsuppfattningen samt söderfall av personligheten. I sin svåraste form amotivationssyndrom där missbrukaren tappar intresset för allt utom cannabisintag och samtidigt saknar insikt om sin belägenhet. Eftersom THC, delta-9-tetrahydrocannabinol, dvs. ett kemiskt ämne i cannabis, kan lagras i kroppen upp till 50 dagar, påverkas nervsystemet under en lång tid. Det är en förklaring till s.k. återtripparna, ruseffekter som återkommer oväntat flera dagar efter det att man rökt cannabis. Återtrippar kan upplevas skrämmande och är en fara i t.ex. trafiken. Cannabis försämrar korttidsminnet och förmågan till logiskt tänkande.

Den allvarligaste psykiska komplikationen är haschpsykos. Missbrukaren insjuknar ofta dramatiskt, med växlande sinnesstämningar, vanföreställningar, oro och aggressivitet. Ökad korttidsfrånvaro, svårigheter med precisionsjobb, bristande motivering och förändrad verklighetsbild gör att missbrukaren är olämplig på de flesta arbetsplatser.

Det finns även *sociala aspekter och "smittorisker"* att beakta. I Sverige är det inte accepterat bland allmänheten och avvikande från normalt beteende att nyttja cannabis. Det är därför vanligt att missbrukaren ansluter sig till socialt avvikande grupper. Därmed ökar risken för kontakt med olika slag av kriminella verksamheter.

Eftersom det är svårt att finansiera ett missbruk med en ordinär inkomst, behöver missbrukaren få ihop pengar på andra sätt. Stölder på arbetsplatsen från arbetskamrater eller arbetsgivaren är därför ofta förekommande företeelser. Ett annat sätt att skaffa sig pengar är att missbrukaren langar till arbetskamrater eller till andra som han kommer i kontakt med genom arbetet. På det sättet sprider sig missbruket på

arbetsplatsen och andra blir "smittade" av missbruket. Ingen arbetsplats kan från det perpektivet anses lämpligt för en missbrukare. Det är således inte bara en säkerhetsfråga, utan också en fråga om att det är t.ex. högst olämpligt att en missbrukare har en anställning som innebär kontakt med ungdomar.

Kokain (centralstimulerande)

Effekten av medlet beror på mängden och sättet man tagit drogen, tidigare erfarenheter, vilken stämning man befinner sig i samt om man druckit alkohol eller intagit andra droger samtidigt. Kokain är extremt hastigt beroendeframkallande. Ett enda intag kan leda till långvarigt missbruk. Medlet ger en kraftig stimulering av centrala nervsystemet. Ruset, som kommer snabbt efter intaget och som försvinner inom några timmar, har följande huvudsakliga effekter:

- sviktande omdöme,
- känsla av kraft och
- högre hjärtverksamhet.

Ett missbruk kan medföra både *fysiska och psykiska långsiktiga skador* som påverkar arbetslivet. Av det som kan tänkas påverka arbetsprestationen kan nämnas:

- muskelkramper,
- hjärtinfarkt samt
- kokainpsykoser med förvirring, ångest, förföljelsemani och förvrängd verklighetsuppfattning.

Hos kroniska missbrukare ersätts ruset gradvis av rastlöshet, extrem retlighet, sömnlöshet, misstänksamhet, hallucinationer och vanföreställningar.

I fråga om *de sociala aspekterna och "smittoriskerna"* hänvisas till vad som ovan anförs om cannabis.

Crack (centralstimulerande)

Crack är en variant av kokain. Det är kokainhydroklorid som omvandlas till "fri bas". Vid rökning tas den upp snabbt och ger en nästan omdelbar effekt. Crack har blivit ett allvarligt problem i USA under de senaste åren. I Europa är det främst England och Spanien som drabbats.

Sverige har hitintills varit relativt förskonat. En del tillslag av polisen har dock gjorts. Vid en analys av kokain hittar man även ett eventuellt intag av crack.

Amfetamin (centralstimulerande)

Effekten av medlet beror även här på mängden och sättet som det intagits på samt om det kombinerats med en annan drog. Drogen är vakenhetshöjande och allmänt stimulerande. De viktagaste ruseffekterna är:

- upplevelse av skärpt sinnesförmåga samt
- avtrubbning av omdömet och minskade hämningar.

Efter en kort tids användning är ökad livlighet och energi, uppskjutna trötthetskänslor samt en känsla av välbefinnande vanligt. Ökade doser ger rastlöshet, pratsamhet, upphetsning och bisarrt uppträdande. Många missbrukare blir också aggressiva och fientliga. Mycket höga doser kan orsaka oregelbunden hjärtverksamhet, bristande koordination och kollaps.

Psykiska och fysiska långtidseffekter kan bli följden. Kroniska missbrukare kan utveckla en amfetaminpsykos, en mental rubbning som påminner om paranoid schizofreni. Svåra missbrukare kan ofta få plötsliga infall, en följd av allmän förvirring, störningar i iakttagelseförmågan och av den avvikande livsstil som ofta följer av missbruket.

I fråga om *de sociala aspekterna och "smittoriskerna"* hänvisas till vad som ovan anförs om cannabis.

Heroin och andra opiater

Effekten av medlet beror på mängden och sättet man intagit drogen samt tidigare erfarenheter av drogen. Heroin och andra opiater har främst följande effekter under ruset:

- bedövning,
- försämrad tids- och avståndsbedömning samt
- försämrad talförmåga och långsammare motorik.

Den allvarligaste akuta risken vid opiatmissbruk är dödliga överdoser. Överdödligheten hos heroinmissbrukare är tio till femton gånger högre

än för normalbefolkningen i motsvarande ålder.

Psykiska och fysiska långtidseffekter kan bli följden. En viktig effekt av långvarigt missbruk är själva injiceringstekniken. Orena sprutor och kanyler överför i många fall HIV, gulsot eller safylokocker.

I fråga om *de sociala aspekterna och "smittoriskerna"* hänvisas till vad som ovan anförs om cannabis.

LSD, ecstacy, fencylidin m.fl.

Dessa droger förekommer i Sverige i mindre omfattning än de ovan uppräkande. Mycket få företag har hitintills haft någon önskan om att få dessa analyserade. Laboratoriet tar av den anledningen inte upp deras effekter.

LÄKEMEDEL

En rad läkemedel främst psykofarmaka kan missbrukas. De är därför klassade som narkotika. Det gäller t.ex. bensodiazepiner. Frågan om att behandla och förebygga beroende och missbruk av läkemedel har Socialstyrelsen tagit upp och utrett i sina allmänna råd (1990:7) om beroendeframkallande psykofarmaka. Omfattningen av missbruket är inte kartlagt med någon större noggrannhet. Emellertid är det känt att missbruk av vissa läkemedel bl.a. kan vara en trafikfara. Frågan om att värdera läkemedlens betydelse som missbruksmedel och i trafikhäseende faller dock utanför denna utrednings kartläggning. Frågeställningen är även synnerligen komplicerad. En depressiv person som använder ett antidepressivt medel kan bli en bättre förare än om han inte behandlats. De grupper som Socialstyrelsen anser har betydelse för körförmågan är följande:

Diabetesmedel
Antihypertensiva
Muskelavlappnande
Anestetika
Analgetika
Antepeleptika
Neuroleptika
Antidepressiva
Hostmedel

Antihistaminer

ANABOLA ANDROGENA STEROIDER

Effekten av dessa preparat beror på vilka preparat som väljs samt mängden och på vilket sätt det intagits. I grova drag kan det sägas att den som missbrukar anabola steroider under själva "kuren" pendlar mellan överdrivet självförtroende, lättretlighet och humörsvängningar. Mellan missbruksperioderna drabbas personen ofta av depression, abstinens och sömnlöshet.

De för en arbetsplats betydande biverkningarna är aggression och omnipotens, dvs. en känsla av osårbarhet (Stålmannen). Det aggressiva beteendet är ofta oberäkneligt och i form av vredesutbrott som ibland följs av misshandel. De impulshämmade funktionerna som normalt finns är satta ur spel. De arbetsplatser där anabola steroidmissbruk torde utgöra en säkerhetsrisk finns hos t.ex. polisen, försvaret, vaktbolag och inom trafiksektorn.

Långvariga psykiska och fysiska effekter som påverkar arbetsförmågan kan bli följden. Endast lite forskning är gjord, varför de långvariga effekterna inte är klarlagda.

I fråga om *de sociala aspekterna och "smittoriskerna"* hänvisas till vad som ovan anförs om cannabis. I övrigt kan tilläggas att det lätt bildas subkulturer, där manliga ideal får överdrivna proportioner.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan - hur går det? U.
2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
3. Fritid i förändring.
   Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
8. Batterierna - en laddad fråga. M.
9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
10. Forskning för vår vardag. C.
11. EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
12. Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. Fi.
13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
14. Budgetlag - regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
17. Bättre trafik med väginformatik. K.
18. Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
22. Inflytande på riktigt - Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
25. Från massmedia till multimedia - att digitalisera svensk television. Ku.
26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
29. Forskning och Pengar. U.
30. Borgenärsbrotten - en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
35. Kriminalunderrättelseregister DNA-register. Ju.
36. Högskola i Malmö. U.
37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
38. Nationalstadsparker. M.
39. Rapport från klimatdelegationen 1995. Klimatrelaterad forskning. M.
40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
41. Statens maritima verksamhet. Fö.
42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
44. Översyn av skattcflyktslagen. Reformerat förhandsbesked. Fi.
45. Presumtionsregeln i expropriationslagen. Ju.
46. Enskilda vägar. K.
47. Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
49. Regler för handel med el. N.
50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring - alternativ och förslag. A.
52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
53. Kalkning av sjöar och vattendrag.M.
54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
55. På väg mot egenföretagande. A.
55. Vägar in i Sverige. A.
56. Hälften vore nog - om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. UD.
61. Medlemsstater och medborgare. Förhållandet mellan stora och små länder i EU. Rättsliga och inrikes frågor. UD.
62. EU, konsumenterna och maten – Förväntningar och verklighet. Jo.
63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumtionsregeln i expropriationslagen.[45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. [60]
Medlemsstater och medborgare. Förhållandet mellan stora och små länder i EU. Rättsliga och inrikes frågor. [61]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]
Bättre trafik med väginformatik. [17]
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]
Enskilda vägar. [46]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. [12]
Budgetlag - regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]
Borgenärsbrotten - en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]
Översyn av skatteflyktslagen.
Reformerat förhandsbesked. [44]
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan - hur går det? [1]
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]
Inflytande på riktigt - Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]
Forskning och Pengar. [29]
Högskola i Malmö. [36]
Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten
- Förväntningar och verklighet. [62]

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring - alternativ och förslag.[51]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Sverige, framtiden och mångfalden. [55]
På väg mot egenföretagande. [55]
Vägar in i Sverige. [55]
Hälften vore nog - om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]

Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia - att digitalisera svensk television. [25]

Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]
Regler för handel med el. [49]

Civildepartementet

Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]

Miljödepartementet

Batterierna - en laddad fråga. [8]
Nationalstadsparker. [38]
Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. [39]
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

FRITZES
Postadress: 10647 Stockholm
Fax 08-205021, Telefon 08-69091 90

ISBN 91-38-20254-9
ISSN 0375-250X