

Nr 21

Av herr **Holmberg m. fl.**, om åtgärder för att förbättra företags-
hälsovården.

Alltmer inses betydelsen av hälsokontroll och sjukdomsförebyggande åtgärder. Senaste bidraget lämnar Stockholms stad som lagt upp ett omfattande program för hälsovård för sina anställda och därvid inte ryggar för betydande kostnader. Men tyvärr går utvecklingen på *företagshälsovårdens* område i en fullkomligt otillfredsställande takt. Framför allt synes man inte i praktiken kunna bemästra problemen om hur denna skall ordnas för de medelstora och mindre företagen. Frågan om företagshälsovården har ägnats uppmärksamhet under flera riksdagar. De kommunistiska motionerna på området I: 629 och II: 774 år 1964 besvarades av riksdagsutskottet med hänvisning till att arbetarskyddsstyrelsens åtgärder i samarbete med representanter för medicinalstyrelsen, Landsorganisationen, Arbetsgivareföreningen och Svenska industriläkarföreningens utredningsarbete rörande företagshälsovården under senare tid har *intensifierats*.

Utskottets bedömning rimmar dåligt med den som LO:s arbetarskyddskommitté i skrivelse av den 7 september 1964 gav till arbetarskyddsstyrelsen, där det heter:

»Det synes bl. a. angeläget att 'Företagshälsovårdsutredningen' kan komma i gång med sitt arbete, vilket enligt vår mening varit vilande alltför länge.»

I skrivelsen säger sig kommittén inte kunna underlåta »att fästa uppmärksamheten på att vi i det här landet har att tillgå hälsovård för såväl förskolebarn, skolbarn som värnpliktiga. Den finns också för åldringar, men för hela den stora åldersgrupp av människor, som står i produktivt arbete och mitt uppe i arbetslivets alla hälsofaror, finns, med undantag för anställda i ett mindre antal företag, ingen hälsovård.»

I Socialmedicinsk Tidskrift nr 1 1964 har dr Stig Jonés i en artikel lämnat några för vårt land föga smickrande uppgifter om hur antalet industriläkare fördelar sig i de nordiska länderna:

Danmark:	75 heltidsanställda
Finland:	30 heltidsanställda, 230 deltidsanställda
Norge:	10 heltidsanställda, 400 deltidsanställda
Sverige:	10 heltidsanställda, 120 deltidsanställda

Om det vid svenska företag dessutom är fråga om även en rad fall då avtal träffats med allmänpraktiserande läkare om viss mottagningstid för företags-

anställda, kvarstår att situationen alltså är fullkomligt otillfredsställande. Verksamhet av det nyssnämnda slaget kan heller inte kvalitativt jämföras med den utbildade *industriläkarens* verksamhet.

Det försiggår en process på arbetslivets område som gör det nu rådande tillståndet fullkomligt oacceptabelt. Den tekniska utvecklingen fortskrider i ett oavbrutet tempo. Med den förändras arbetsprocessen och anspråken på arbetskraftens kapacitet. Nya arbetsmoment kommer till användning, vilkas verkningar på den mänskliga arbetskraften ännu inte är helt kända. I ett tal av dr Erik Bolinder, refererat i arbetarskyddsnämndens meddelande nr 36, anföres bl. a. följande synpunkter: »Låt oss betrakta en modern linje i t. ex. en motorfabrik. Man finner enormt uppsplittrande tempon, man erfar hur oändligt väsentligt för produktionens framgång det är att repetitiva rörelseförlopp, strängt uppbundna som de är, är bioteknologiskt riktigt utformade på förhand. Ingen som arbetar där kan på eget initiativ variera sitt rörelsemönster efter sina egna behov. Vi konstaterar hur fysisk överansträngning, beroende på fixerat muskelarbete i dåliga arbetsställningar, adderar sig till psykisk spänning och medverkar till ökad trötthet, vi konstaterar att det finns belägg för erfarenheten, att äldre arbetskraft inte klarar denna typ av arbete, utan är i behov av omplacering redan i 50-årsåldern. Vi har exempel på hur äldre hellre stannar kvar i fysiskt tunga arbetsuppgifter än flyttar till mycket lätta, därför att dessa ställer krav på beslutssituationer i uppdrivet tempo, något som det åldrade nervsystemet inte mår med.»

På fackligt håll användes i dessa sammanhang beteckningen ackords-, tids- och metodstudiehets. I dess spår följer ökade fall av stress och nervösa besvär. För arbetarskyddet och yrkesmedicinen uppstår nya problem, exempelvis verkningarna av ständigt nya kemiska preparat, impregneringsvätskor och liknande. Allmänpraktiserande läkare med ingen eller ringa kännedom om arbetsplatsen, arbetsmiljön och den anställdes arbetsuppgift får en inte alltid lätt uppgift att *bota* under sådana förhållanden uppkomna sjukdomar och krämpor. Den praktiska tillämpningen av bioteknologien, utbyggnad av företagshälsovården liksom ökade resurser för yrkesmedicinen, kan fylla en helt annan *förebyggande* mission.

I nyssnämnda tal av dr Erik Bolinder vidrördes problemet om den *äldre* arbetskraften. Detta blir av en allt större storleksordning, eftersom den äldre arbetskraftens relativa andel inom arbetslivet ökar. Härtill bidrar den stigande utbildningsfrekvensen bland unga. Av hela antalet män i åldern 15—20 år var 84 procent förvärvsarbetande år 1940 mot 54 procent år 1960. För åldersgruppen 20—25 år var motsvarande antal 92,5 procent respektive 75 procent. Befolkningsutvecklingen leder även till att ålderssammansättningen förskjutes i riktning mot högre åldrar. Sålunda beräknas en tredjedel av befolkningen år 1970 vara över 50 år.

Det måste mot denna bakgrund vara lätt att inse hur nödvändigt det är att för produktionen ta till vara och rätt utnyttja den äldre arbetskraften.

Samhället kan på inga villkor undvara den. Den äldre arbetskraften har å den andra sidan rätt att kräva *trygghet* till anställning och inkomst. Dess minus — nedsatt förmåga till arbete med hög hastighet, nedsatt närminne, ökat ljusbehov, nedsatt muskelstyrka etc. — motväges av starka *plus*: mångåriga yrkeserfarenheter, ansvarskänsla, noggrannhet, låg korttidsfrånvaro. Men obestridligt är att med åren följer krämpor och medicinska arbetshinder.

Det är företagshälsovården och den moderna bioteknologien som kan verka neutraliserande och minska dessa arbetshinder. Den äldre arbetskraften skall sålunda betraktas som resurser för arbetsmarknaden och ej som dess reserver.

I det nyligen avlämnade betänkandet »Samordnad rehabilitering» (SOU 1964:50) skisseras ett program för i huvudsak de handikappades återanpassning eller rehabilitering. I sitt remissyttrande påvisar Svenska Industriläkarföreningen betydelsen av samarbete mellan industriläkare och behandlande läkare. Men, fortsätter yttrandet, möjligheterna begränsas genom att endast delar av arbetslivet är täckta av företagshälsovård. »En fortsatt snabb utbyggnad av företagshälsovården är synnerligen motiverad, inte minst med hänsyn till det fördelaktigare utgångsläge som skulle skapas i rehabiliteringssyfte.»

Den kommunistiska riksdagsgruppen har under flera tidigare riksdagar i motioner hävdad den principiella ståndpunkten att företagshälsovården är en integrerande del av sjuk- och hälsovården i övrigt och därför också borde vara underställd *samhällets* huvudmannaskap. Den har ett nära och praktiskt samband med de samhälleliga förgreningarna av sjuk- och hälsovården: sjukhusens polikliniker, de yrkesmedicinska enheterna vid regionsjukhusen, flerläkarstationerna, arbetarskyddsstyrelsen och dess organ, statens institut för folkhälsan etc. Utbildningen av läkare och sjuksköterskor är en samhällelig angelägenhet. Slutsatsen att också företagshälsovården — som nämnts — borde vara underställd *samhällets* huvudmannaskap är sålunda enligt vår mening helt logisk. Särskilt de kända svårigheterna att få frågan om företagshälsovården ordnad för medelstora och smärre företag talar här för. Visserligen nämnes ofta i debatten om företagshälsovården och småföretagen att gemensamhetslösningar geografiskt inom industriområden eller branschvis borde åstadkommas. I det inledningsvis åberopade motionsparet I: 629 och II: 774 år 1964 åberopades förslag om en lösning i denna riktning som ställts av verkstadsklubbar inom Stockholms metallarbetarefackförening. De har sedermera tagits upp även inom Stockholms fackliga centralorganisation. Senast har professor Sven Forsman i SNS-orientering uttalat sig för betydelsen av att en sådan lösning praktiseras. Men steget härifrån och över till det *praktiska förverkligandet* förefaller att vara mycket långt.

Det har i utlåtandena till tidigare motioner om företagshälsovården åbe-

ropats att utredning här om pågår. Här åsyftas att regeringen år 1960 begärde riksdagens yttrande om ILO-rekommendation nr 112 år 1959. Riksdagens yttrande blev att överlämna till arbetarskyddsstyrelsen att tillsammans med medicinalstyrelsen och arbetsmarknadens parter pröva frågan. Någon utredning i vedertagen mening med givna direktiv för sitt arbete är det således inte fråga om. Det hade enligt vår mening varit av betydelse om utredningsuppdraget getts en mera bestämd utformning. Det är nu att hoppas att de nämnda organen och organisationerna tar uppmaningen från LO:s arbetarskyddskommitté ad notam om att den vilande företagshälsovårdsutredningen kommer i gång med sitt arbete och att förslag snarast blir framlagda.

Däremot anser vi att problemet om ökad utbildning respektive vidareutbildning av företagsläkare samt sjuksköterskor utgör ett särskilt problem för sig av mycket stor angelägenhetsgrad. Enligt vår mening bör denna fråga med hänsyn till sin betydelse bli föremål för en särskild prövning, och en plan bör utarbetas som tar sikte på att under viss tidsperiod utbilda respektive vidareutbilda läkare och sjuksköterskor för företagshälsovården, bland annat med syfte att tillgodose behoven för de medelstora och smärre företagen på sätt som tidigare nämnts. Vad angår behovet av sjuksköterskor bör uppmärksammas att ett ansevärt antal utbildade sådana som nu inte är i tjänst kunde intresseras för att genomgå kurser med perspektiv att ta *deltidstjänst* inom företagshälsovården. Inom stockholmsonrådet uppges att det f. n. finns ca 1 200 sjuksköterskor som inte är i tjänst. Självfallet skulle ett arbetskraftstillskott från dessa för behoven inom företagshälsovården vara av stor betydelse.

Till i denna motion berörda frågor om åtgärder för att förstärka *arbetarskyddet* samt yrkesmedicinens organisation jämte arbetsforskningen vill vi endast kort understryka de från LO:s arbetarskyddskommitté resta kraven. I åberopade skrivelse ställes vissa minimikrav efter det att arbetarskyddsverkets resurser för övervakning av arbetarskydds- och hälsofrågorna i arbetslivet bedömts vara så ringa, »att de inte synes ha relevans i dagsläget, och sedda mot framtiden inger de allvarliga betänkligheter». En central förstärkning med heltidsanställd läkare liksom deltidstjänster för yrkesinspektionsdistrikten begäres. Till detta kan kommentaren ges att de lokala fackliga organisationerna skulle kunna lämna massor av exempel om att begärda inspektioner besvarats med att de kan medhinnas först efter en lång väntetid.

Det är emellertid vår mening att betydande resultat skulle kunna uppnås utan ytterligare dröjsmål. Till de grundläggande förutsättningarna för en bättre företagshälsovård hör sålunda en utbyggnad av hälsokontrollen. När den kommunistiska riksdagsgruppen för några år sedan föreslog statsmakterna att satsa mera på förebyggande hälso- och sjukvårdsåtgärder, medgavs visserligen betydelsen av sådana åtgärder, men även då hänvisades till bristen på sjukvårdspersonal såsom ett argument för att avslå kommunisternas

förslag. Det visade sig emellertid att flera sakkunnigyttranden gick i annan riktning. Trots personalbristen fanns det möjlighet, hävdades det i sådana yttranden, att åstadkomma en betydande s. k. riktad hälsokontroll. Just sådana kontrollåtgärder som inriktas på särskilt utsatta arbetsgrupper — t. ex. de som i hög grad utsättes för skaderisker till följd av damm, rök och gaser, buller, vibration och tunga arbetsmoment — är exempel på vårdområden som sjukvårdens huvudmän omedelbart kan ta itu med. Även genom organisatoriska och tekniska åtgärder för att utvidga de gängse sjukvårdsformerna till att omfatta även delar av företagshälsovården, skulle man med visshet kunna få bättre resultat även med de begränsade resurser som nu finns i fråga om tillgången på sjukvårdspersonal.

LO-skrivelsen tar även upp frågan om behovet av ett fristående institut för yrkeshygien och yrkesmedicin. Vad slutligen gäller den medicinska arbetsforskningen påpekas likaledes att en ökad anslagstilldelning av väsentlig omfattning är av nöden.

Med stöd av vad sålunda anförts föreslås,

att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t hemställer om en skyndsam utredning rörande åtgärder i syfte att öka utbildningen respektive vidareutbildningen av läkare och sjuksköterskor för företagshälsovårdens behov, samt också vidtar åtgärder med syfte att omedelbart börja utvidga landstingens och de landstingsfria städernas hälso- och sjukvård i enlighet med synpunkterna i denna motion.

Stockholm i januari 1965

Helmer Holmberg

Gustav Lorentzon

Gunvor Ryding