Regeringens proposition
1984/85: 89

om företagshälsovård och arbetsanpassning;

beslutad den 15 november 1984.

Regeringen föreslår riksdagen att antaga de förslag som har upptagits i bifogade utdrag av regeringsprotokoll.

På regeringens vägnar

INGVAR CARLSSON

ANNA-GRETA LEIJON

Propositionens huvudsakliga innehåll

Som ett led i strävandena att förebygga och eliminera ohälsa och olycksfall i arbetsmiljön läggs i propositionen fram riktlinjer för företagshälsovårdens framtida inriktning och utbyggnad. Riktlinjerna omfattar bl. a. åtgärder för att påskynda utbyggnaden av verksamheten. Propositionen grundar sig i dessa delar på de överväganden och förslag som har lagts fram av 1976 års företagshälsovårdsutredning (A 1976: 01) i betänkandet (SOU 1983: 32) Företagshälsovård för alla. I propositionen behandlas också frågor rörande kompetens hos och utbildning av företagshälsovårdens olika personalkategorier.

Företagshälsovården har vuxit fram på initiativ av arbetsmarknadens parter. Det synsätt som kommit till uttryck i de arbetsmiljöavtal med vidhängande riktlinjer för företagshälsovården som har träffats inom olika sektorer av arbetsmarknaden har legat till grund för de förslag som läggs fram. Det innebär bl. a. att företagshälsovården som en opartisk, rådgivande expertresurs till den lokala skyddsverksamheten skall medverka till att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar. Företagshälsovårdens innehåll, utbyggnad, personaldimensionering, utbildning m. m. skall vidare anpassas till de behov som följer av de avtal och överenskommelser som har träffats mellan parterna. Propositionen bygger således på förutsättningen att företagshälsovården även framdeles skall regleras i avtal mellan arbetsmarknadens parter.

Propositionen innehåller förslag om ändring i arbetsmiljölagen (1977: 1160) i syfte att möjliggöra för arbetarskyddsmyndigheterna att i enskilda fall, om arbetsförhållandena så kräver, föreskriva att en arbetsgivare skall föranstalta om företagshälsovård.

Skyddskommittén föreslås få ett ansvar för att en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället. Syftet med förslaget är att skapa förutsättningar för att anpassa arbetsmiljö och arbetsförhållanden så att personer med olika slag av funktionshämningar skall kunna få och behålla ett arbete. Förslaget innebär förändringar i arbetsmiljölagen. Vidare läggs förslag fram om sekretess och tystnadsplikt i dessa sammanhang. Förslagen bör föranleda ändringar i arbetsmiljölagen och sekretesslagen (1980: 100).

För att underlätta arbetsprövning och arbetsträning, som är förlagd till en arbetsplats bör statens ansvar vid yrkesinriktad rehabilitering på icke-statliga arbetsplatser utvidgas. Ersättning av allmänna medel bör således kunna lämnas till arbetsgivaren för skador orsakade av den som uppbär sjukpenning enligt lagen (1962: 381) om allmän försäkring i samband med prövning och träning på en arbetsplats där den sjukskrivne inte har sin anställning.

Till grund för vad som förs fram om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet ligger främst förslag från samverkanskommittén (A 1981: 04) i betänkandet (Ds A 1984: 2) Arbetsanpassning.

I propositionen lämnas vidare förslag om ett nytt ersättningssystem för företagshälsovården i enlighet med vad som har lagts fram i betänkandet (Ds A 1984: 1) Nytt ersättningssystem för företagshälsovården. Förslaget innebär att ersättningen bl. a. skall beräknas efter det antal personer som vid anslutna arbetsplatser arbetar i genomsnitt minst 15 timmar i veckan.

Ersättningssystemet utformas så att det stimulerar anslutningen av mindre företag och utbyggnaden av företagshälsovården. I systemet bör ingå tre komponenter, nämligen grundersättning, småföretagstillägg och nyanslutningstillägg. Såväl anställda som egen- och ensamföretagare skall omfattas av det nya ersättningssystemet.

För att en företagshälsovårdsenhet skall erhålla statsbidrag föreslås att vissa villkor skall vara uppfyllda. Villkoren skall härledas från de avtal om företagshälsovård som arbetsmarknadens parter har träffat på central nivå. Prövningen av om företagshälsovården uppfyller statsbidragsvillkoren föreslås få utföras av de regionala yrkesinspektionsnämnderna.

Finansieringen av ersättningen till företagshälsovården föreslås föras över från sjukförsäkringsavgiften till arbetarskyddsavgiften.

Den nya ordningen föreslås träda i kraft den 1 januari 1986.

Propositionens lagförslag

1 Förslag till

Lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977: 1160)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 §, 6 kap. 9 § och 7 kap. 13 § arbetsmiljölagen (1977: 1160) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
2 §	
Arbetsgivare skall vidtaga alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagare utsättes för ohälsa eller olycksfall. Han skall ägna uppmärksamhet åt att arbetet planlägges och anordnas så, att en tillfredsställande arbetsmiljö skapas. Lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.	
	Om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivare föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver.
Arbetsgivare skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagare utför arbete ensam.	
6 kap.	
9 §	
Skyddskommitté skall planera och övervaka skyddsarbetet på arbetsstället. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande skyddsförhållanden. I skyddskommitté skall behandlas frågor om företagshälsovård, frågor om planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser och arbetsmetoder liksom av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall samt frågor om upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.	Skyddskommitté skall planera och övervaka skyddsarbetet på arbetsstället. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande skyddsförhållanden. I skyddskommitté skall behandlas frågor om företagshälsovård, frågor om planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser och arbetsmetoder liksom av användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller olycksfall samt frågor om upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön. *Skyddskommitté skall vidare verka för att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället.*

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap.[1]	
13 §	
Den som har utsetts till skyddsombud eller ledamot i skyddskommitté får 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.	Den som har utsetts till skyddsombud eller ledamot i skyddskommitté *eller den som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället enligt 6 kap. 9 §* får 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.
Vad nu sagts skall tillämpas på motsvarande sätt i fråga om ledamot i styrelsen för lokal facklig organisation med avseende på vad denne har erfarit av skyddsombud *eller* ledamot i skyddskommitté som har utsetts av organisationen.	Vad nu sagts skall tillämpas på motsvarande sätt i fråga om ledamot i styrelsen för lokal facklig organisation med avseende på vad denne har erfarit av skyddsombud, ledamot i skyddskommitté *eller av den som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället enligt 6 kap. 9 §, om de har utsetts av organisationen.*
I fråga om den som är skyddsombud *eller* ledamot i skyddskommitté på ett arbetsställe i det allmännas verksamhet tillämpas i stället för bestämmelserna i första stycket 14 kap. 7, 9 och 10 §§ sekretesslagen (1980: 100). Har uppgifter lämnats vidare till en ledamot i styrelsen för den arbetstagarorganisation som har utsett ombudet *eller* ledamoten, tillämpas 14 kap. 7 § andra stycket och 10 § tredje stycket sekretesslagen i stället för bestämmelsen i andra stycket.	I fråga om den som är skyddsombud, ledamot i skyddskommitté *eller deltar i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet enligt 6 kap. 9 §* på ett arbetsställe i det allmännas verksamhet tillämpas i stället för bestämmelserna i första stycket 14 kap. 7, 9 och 10 §§ sekretesslagen (1980: 100). Har uppgifter lämnats vidare till en ledamot i styrelsen för den arbetstagarorganisation som har utsett ombudet, ledamoten *eller deltagaren* tillämpas 14 kap. 7 § andra stycket och 10 § tredje stycket sekretesslagen i stället för bestämmelsen i andra stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

[1] Senaste lydelse 1980: 245.

2 Förslag till

Lag om ändring i sekretesslagen (1980: 100)

Härigenom föreskrivs att 14 kap. 7 § sekretesslagen (1980: 100)[1] skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	14 kap.
	7 §
Sekretess enligt 6 kap. 1–5, 7 och 8 §§, 7 kap. 8 och 11 §§ samt 8 kap. 2 och 8–10 §§ utgör inte hinder mot att myndighet fullgör vad som i lag är föreskrivet om skyldighet att lämna information till företrädare för arbetstagarorganisation eller till skyddsombud.	Sekretess enligt 6 kap. 1–5, 7 och 8 §§, 7 kap. 8 och 11 §§ samt 8 kap. 2 och 8–10 §§ utgör inte hinder mot att 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 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 §, gäller för honom samma förbud att lämna ut eller utnyttja uppgiften som gäller hos myndigheten. Han får dock utan hinder av förbudet lämna uppgiften vidare till ledamot i organisationens styrelse, om han underrättar denne om förbudet. I sådant fall gäller förbudet också för styrelseledamoten.

Utan hinder av att förbud gäller enligt denna lag att lämna ut eller utnyttja uppgift får företrädare för arbetstagarorganisation, skyddsombud *eller* ledamot av skyddskommitté utnyttja uppgiften för sitt uppdrag. Därvid får han dock inte röja uppgiften för annan.	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.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

[1] Lagen omtryckt 1982: 1106.

3 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1981: 691) om socialavgifter

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 1 §, 3 kap. 1 § och 4 kap. 8 § lagen (1981: 691) om socialavgifter skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	1 §[1]
En arbetsgivare skall på det avgiftsunderlag som anges i 3–5 §§ för varje år betala	
1. *sjukförsäkringsavgift* med 9,50 procent,	1. *sjukförsäkringsavgift* med 9,30 procent,
2. *folkpensionsavgift* med 9,45 procent,	
3. *tilläggspensionsavgift* efter den procentsats som anges i särskild lag,	
4. *delpensionsavgift* med 0,50 procent,	
5. *barnomsorgsavgift* med 2,20 procent,	
6. *arbetsskadeavgift efter den procentsats som anges i särskild lag,*	6. *arbetsskadeavgift med 0,60 procent,*
7. *arbetsmarknadsavgift* med 1,60 procent,	
8. *arbetarskyddsavgift* med *0,155* procent,	8. *arbetarskyddsavgift* med *0,35* procent,
9. *vuxenutbildningsavgift* med 0,25 procent samt	
10. *lönegarantiavgift* med 0,20 procent.	
Arbetsgivare som avses i 1 kap. 2 § andra stycket skall dock betala endast tilläggspensionsavgift.	
Staten betalar inte arbetsskadeavgift.	
	3 kap.
	1 §
En försäkrad som avses i 1 kap. 2 § skall på det avgiftsunderlag som anges i 3–5 §§ för varje år betala	
1. *sjukförsäkringsavgift,*	1. *sjukförsäkringsavgift med 9,30 procent,*
2. *folkpensionsavgift,*	2. *folkpensionsavgift med 9,45 procent,*
3. *tilläggspensionsavgift,*	3. *tilläggspensionsavgift efter den procentsats som anges i särskild lag,*
4. *delpensionsavgift,*	4. *delpensionsavgift med 0,50 procent,*
5. *barnomsorgsavgift samt*	5. *barnomsorgsavgift med 2,20 procent,*
6. *arbetsskadeavgift.*	6. *arbetsskadeavgift med 0,60 procent samt*
	7. *arbetarskyddsavgift med 0,20 procent.*
I fråga om avgiftssatserna gäller vad som föreskrivits i 2 kap. 1 §.	

[1] Lydelse enligt prop. 1984/85: 87.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
4 kap.	
8 §[2]	
Av influtna arbetarskyddsavgifter förs *16,5* procent till staten som bidrag till kostnader för arbetarskyddsstyrelsens och yrkesinspektionens verksamhet.	Av influtna arbetarskyddsavgifter *enligt 2 kap. 1 §* förs *8,7* procent till staten som bidrag till kostnader för arbetarskyddsstyrelsens och yrkesinspektionens verksamhet *och 54,3 procent till ett särskilt konto hos riksgäldskontoret, som disponeras enligt föreskrifter som meddelas av regeringen.*
Återstoden av influtna arbetarskyddsavgifter förs till en fond, benämnd *arbetarskyddsfonden*, vars tillgångar skall utgöra bidrag till	Återstoden av influtna arbetarskyddsavgifter *enligt 2 kap. 1 §* förs till en fond, benämnd *arbetarskyddsfonden*, vars tillgångar skall utgöra bidrag till
1. kostnader i övrigt för forskning och utveckling samt utbildning och information beträffande arbetarskydd,	1. kostnader i övrigt för forskning och utveckling samt utbildning och information beträffande arbetarskydd,
2. kostnader för forskning och utveckling samt utbildning och information beträffande medbestämmande i arbetslivet och arbetslivsfrågor i övrigt,	2. kostnader för forskning och utveckling samt utbildning och information beträffande medbestämmande i arbetslivet och arbetslivsfrågor i övrigt,
3. kostnader för skyddsarbete som utförs av skyddsombud som har utsetts enligt 6 kap. 2 § tredje stycket arbetsmiljölagen (1977: 1160),	3. kostnader för skyddsarbete som utförs av skyddsombud som har utsetts enligt 6 kap. 2 § tredje stycket arbetsmiljölagen (1977: 1160),
4. kostnader för utbildning av styrelserepresentanter för de anställda,	4. kostnader för utbildning av styrelserepresentanter för de anställda,
5. kostnader för arbetstagarorganisationernas forskningsinitierande verksamhet.	5. kostnader för arbetstagarorganisationernas forskningsinitierande verksamhet.
	Influtna arbetarskyddsavgifter enligt 3 kap. 1 § förs i sin helhet till det särskilda konto som anges i första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

[2] Senaste lydelse 1983:393.

4 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1962: 381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 7 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring[1] skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	7 §
Allmän försäkringskassa äger med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsersättning kunna antagas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader. Sådan överenskommelse skall för att vara gällande fastställas av riksförsäkringsverket.	

Har arbetsgivare för sjöman jämlikt sjömanslagen (1973: 282) haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2–6 §§, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

[1] Lagen omtryckt 1982: 120.

5 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1976: 380) om arbetsskadeförsäkring

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 9 § lagen (1976: 380) om arbetsskadeförsäkring skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 kap.
	9 §
Läkarvård och tandvård inom riket bekostas av arbetsskadeförsäkringen under förutsättning att den lämnas inom den offentliga vården eller av läkare eller tandläkare som är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962: 381) om allmän försäkring.	Läkarvård och tandvård inom riket bekostas av arbetsskadeförsäkringen under förutsättning att den lämnas inom den offentliga vården eller av läkare eller tandläkare som är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962: 381) om allmän försäkring *eller är verksam vid företagshälsovårdsenhet som uppbär ersättning från det särskilda konto som anges i 4 kap. 8 § första stycket lagen (1981: 691) om socialavgifter.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

Utdrag
ARBETSMARKNADSDEPARTEMENTET PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1984-11-15

Närvarande: statsrådet I. Carlsson, ordförande, och statsråden Lundkvist, Feldt, Sigurdsen, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Boström, Bodström, Göransson, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Thunborg, Wickbom

Föredragande: statsrådet Leijon

Proposition om företagshälsovård och arbetsanpassning

---

1 Inledning

Den 7 augusti 1976 tillkallades sakkunniga för att utreda vissa frågor om företagshälsovård och yrkesmedicin. De sakkunniga som antog namnet företagshälsovårdsutredningen (A 1976: 01) avlämnade i maj 1983 sitt slutbetänkande (SOU 1983: 32) Företagshälsovård för alla. Till protokollet i detta ärende bör fogas en sammanfattning av utredningens betänkande som *bilaga 1*.

Betänkandet har remissbehandlats. Yttranden har avgivits av socialstyrelsen, riksförsäkringsverket (RFV), statens handikappråd (SHR), universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), skolöverstyrelsen (SÖ), AMS, arbetarskyddsstyrelsen, styrelsen för arbetarskyddsfonden, statskontoret, riksrevisionsverket (RRV), statens arbetsgivarverk (SAV), statens arbetsmiljönämnd (SAN), Sveriges lantbruksuniversitet, 1981 års behörighetskommitté, Arbetsgivareföreningen för samfällt ägda företag och organisationer (SFO), Centralorganisationen SACO/SR, De Handikappades Riksförbund (DHR), Föreningen Teknisk Företagshälsovård, Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), LO, Landstingsförbundet, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Hallands läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Älvsborgs läns landsting, Skaraborgs läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens

läns landsting, Norrbottens läns landsting, Gotlands kommun, Malmö kommun, Göteborgs kommun, Lantbrukshälsan AB, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Stiftelsen Statshälsan, Svensk yrkeshygienisk förening, Svensk yrkesmedicinsk förening, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Svenska Kommunförbundet, Svenska kyrkans församlings- och pastoratförbund, SHIO-Familjeföretagen, TCO, Leg. sjukgymnasters riksförbund, Hallstahammars kommun, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, Ovansiljans hälsocentral, Sveriges läkarförbund, Sigtunaföretagens hälsocentral AB, Stockholms samaritförening, Forum för psykosociala arbetsmiljöfrågor, Rikssektionen för företagshälsovård, Föreningen för personalkonsulenter, Sveriges socionomers förvaltningstjänstemäns riksförbund, Svenska korporationsidrottsförbundet, Företagshälsovårdens servicebolag AB, Psykologerna vid yrkesmedicinska klinikerna, Försäkringskasseförbundet, Skogs- och lantarbetsgivareförbundet, Tidningarnas arbetgivareförening, Riksförbundet mot astma och allergi samt Sveriges läkarsekreterareförbund.

Universitets- och högskoleämbetet har bifogat yttranden från universiteten i Stockholm, Linköping, Lund, Göteborg och Umeå, Tekniska högskolan i Stockholm, Chalmers tekniska högskola, Karolinska institutet samt högskolorna i Jönköping och Luleå m. fl. Arbetarskyddsstyrelsen har bifogat yttranden från yrkesinspektionen i Stockholm, Göteborg, Malmö, Örebro, Linköping, Västerås, Umeå och Luleå distrikt. LO har bifogat yttranden från Svenska byggnadsarbetareförbundet, Svenska fabriksarbetareförbundet, Försäkringsanställdas förbund, Grafiska fackförbundet, Svenska gruvindustriarbetareförbundet, Svenska lantarbetareförbundet, Svenska skogsarbetareförbundet, Statsanställdas förbund, Svenska metallindustriarbetareförbundet, Svenska kommunalarbetareförbundet, Fastighetsanställdas förbund, Hotell- och restauranganställdas förbund, Handelsanställdas förbund och Svenska transportarbetareförbundet.

En sammanställning av remissyttrandena bör fogas till protokollet som *bilaga 2*.

Utredningen har tidigare avlämnat delbetänkandet (Ds A 1981: 1) Mät- och laboratorieresurser för bättre arbetsmiljö. I detta har bl. a. föreslagits vissa ändringar i lagstiftningen om riksprovplatser och auktoriserade provplatser (jfr prop. 1981/82: 121 s. 9). Förslaget i denna del har behandlats i betänkandet (Ds I 1983: 22) Kontroll genom provning. Detta betänkande har remissbehandlats. Jag har erfarit att chefen för industridepartementet senare under detta riksmöte avser att lägga fram ett förslag i denna fråga.

Den 14 juni 1982 förordnades en särskild utredare samt sakkunniga med uppdrag att utreda vissa frågor om samverkan i arbetsmiljö- och anpassningsfrågor. De sakkunniga som antog namnet samverkanskommittén (A 1981: 04) avlämnade i februari 1984 betänkandet (Ds A 1984: 2) Arbetsanpassning. En sammanfattning av betänkandet bör fogas till protokollet som *bilaga 3*.

Betänkandet har remissbehandlats. Yttranden har avgivits av riksförsäkringsverket (RFV), arbetsdomstolen (AD), AMS, arbetarskyddsstyrelsen, arbetarskyddsfonden, statens arbetsgivarverk (SAV), statens arbetsmarknadsnämnd (SAMN), statens handikappråd (SHR), riksrevisionsverket (RRV), Försäkringskasseförbundet, Handikappinstitutet, Stiftelsen Samhällsföretag, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, SHIO-Familjeföretagen, TCO, Centralorganisationen SACO/SR, LO, Tidningarnas arbetsgivareförening, De Handikappades Riksförbund (DHR), Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), Kooperationens förhandlingsorganisation (KFO).

Försäkringskasseförbundet har bifogat yttranden från försäkringskassorna i Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kalmar, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län, samt från försäkringskassorna i Malmö och Göteborg. LO har bifogat yttranden från Försäkringsanställdas förbund, Svenska kommunalarbetareförbundet, LO-förbundens Rättsskydd AB och Statsanställdas förbund.

Yttrande har dessutom inkommit från Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

En sammanställning av remissyttranden bör fogas till protokollet som *bilaga 4*.

I april 1983 tillkallades en arbetsgrupp med uppgift att se över formerna för och finansieringen av samhällets stöd till företagshälsovården. Arbetsgruppen avlämnade i juni 1984 ett betänkande (Ds A 1984: 1) Nytt ersättningssystem för företagshälsovården. En sammanfattning av betänkandet bör fogas till protokollet som *bilaga 5*.

Betänkandet har remissbehandlats. Yttranden har avgivits av socialstyrelsen, riksförsäkringsverket (RFV), statens handikappråd (SHR), AMS, arbetarskyddsstyrelsen, styrelsen för arbetarskyddsfonden, statskontoret, statens arbetsgivarverk (SAV), statens arbetsmiljönämnd (SAN), riksrevisionsverket (RRV), Stiftelsen Samhällsföretag, Stiftelsen Statshälsan, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Hallands läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Älvsborgs läns landsting, Skaraborgs läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Gotlands kommun, Malmö kommun, Göteborgs kommun, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska kyrkans församlings- och pastoratförbund, SHIO- Familjeföretagen, TCO, Centralorganisationen SACO/SR, LO, Svenska ar-

betsgivareföreningen (SAF), Arbetsgivareföreningen för samfällt ägda företag och organisationer (SFO), Bygghälsan, De Handikappades Riksförbund (DHR), Föreningen Teknisk Företagshälsovård, Kooperationens förhandlingsorganisation (KFO), Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), Lantbrukshälsan AB, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Svensk yrkeshygienisk förening, Svensk yrkesmedicinsk förening och Transporthälsan.

Arbetarskyddsstyrelsen har bifogat yttranden från yrkesinspektionen i Malmö, Västerås, Linköpings, Örebro, Umeå, Göteborgs, Stockholms och Luleå distrikt. LO har bifogat yttranden från Svenska byggnadsarbetareförbundet, Svenska fabriksarbetareförbundet, Grafiska fackförbundet, Svenska gruvindustriarbetareförbundet, Svenska kommunalarbetareförbundet, Svenska lantarbetareförbundet, Svenska metallarbetareförbundet, Nöjesföretagens personalförbund, Svenska målareförbundet, Svenska skogsarbetareförbundet, Statsanställdas förbund och Svenska transportarbetareförbundet.

Yttranden har dessutom kommit in från Svenska företagsläkarföreningen, Försäkringskasseförbundet, Tidningarnas arbetsgivareförening.

Ytterligare särskilda skrivelser i ärendet har dessutom inkommit från Lantbrukshälsan AB och Trädgårdsnäringens riksförbund.

En sammanställning av yttrandena bör fogas till protokollet som *bilaga 6*.

2 Föredragandens överväganden

2.1 Allmänna överväganden

Människornas arbetsförhållanden har sedan lång tid tillbaka betraktats som en av de viktigaste samhällsfrågorna. Arbetsmiljön var det första område inom vilket parterna och samhället på ett mer organiserat sätt började samverka vid 1900-talets början. Den första centrala överenskommelsen om samverkan rörande arbetarskydd m. m. träffades mellan LO och SAF redan år 1942. Dåtidens industriläkarorganisation, som var föregångare till dagens företagshälsovård, sågs som ett komplement till samhällets sjukvård. Bidragsgivningen från den allmänna försäkringen utformades med hänsyn därtill.

Fram till början av 1960-talet var reformarbetet främst inriktat på att lösa arbetarskydds- och arbetstidsfrågor. Synen på arbetslivsfrågorna har emellertid sedan dess breddats till nya fält och reformtakten har varit hög. 1960- och 1970-talens strukturomvandling inom näringslivet innebar stora påfrestningar på människorna inte bara i form av flyttning, omskolning etc. utan också genom att nya typer av arbetssjukdomar och skador i arbetet kunde konstateras. Den tekniska utvecklingen ledde till bl. a. införande av ny teknik och nya kemiska ämnen i en takt som inte gjorde det möjligt att

förutse deras kort- och långsiktiga inverkan på människan. I slutet av 1960- och i början av 1970-talen ökade medvetenheten om dessa problem, inte minst inom de fackliga organisationerna. För att kunna påverka utvecklingen krävde dessa inte bara en reformerad arbetsmiljölagstiftning, utan också en utveckling av företagsdemokratin, förbättrat anställningsskydd, särskilda åtgärder för svaga grupper på arbetsmarknaden samt ökade resurser för forskning, information och utbildning inom arbetslivsområdet m. m. Den expanderande forskningen inom arbetslivs- och arbetsmiljöområdet påvisade bl. a. vikten av förebyggande arbetsmiljöinsatser och av att arbetsmiljöaspekter beaktades redan på ett tidigt stadium i företagens planering av val av produkter, produktutformning, arbetsorganisation, tekniska förändringar etc.

Reformerna på arbetslivsområdet har påverkat förutsättningarna för företagshälsovårdens arbete. Företagshälsovården har blivit en av de viktigaste resurserna på arbetsplatserna när det gäller att förebygga arbetsrelaterade problem såväl generellt som beträffande enskilda individer. Det omfattande arbetsrättsliga reformarbetet har följts upp av kollektivavtal m. m. mellan arbetsmarknadens parter. Ett grunddrag i denna utveckling har varit att samhället, genom en till stora delar dispositiv lagstiftning, angett de yttre ramarna för verksamheten, medan arbetsmarknadens parter har givits stora möjligheter att gemensamt utforma verksamheten på det mest ändamålsenliga sättet i förhållande till resp. bransch. Exempel på sådana lagar är medbestämmandelagen, arbetstidslagen samt till vissa delar arbetsmiljölagen och lagarna om anställningsskydd och anställningsfrämjande åtgärder.

Syftet med lagstiftningen har varit att försöka förbättra förhållandena i arbetslivet från olika utgångspunkter. På de enskilda arbetsplatserna har dock lagstiftningen och de därpå träffade avtalen i viss utsträckning kommit att överlappa varandra, vilket ibland medfört oklarheter i det praktiska arbetet. De allmänna arbetsmiljöåtgärderna enligt arbetsmiljölagen (1977: 1160) syftar främst till att skapa bra och säkra förhållanden generellt på arbetsplatserna, dvs. oavsett vilken enskild människa som skall fullgöra en viss arbetsuppgift. Den lokala skyddsverksamheten på arbetsplatserna arbetar i huvudsak med denna inriktning. Samtidigt sägs emellertid i arbetsmiljölagen att arbetsförhållandena skall anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Vidare sägs att vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika. Förutom de insatser som företagshälsovården gör på arbetsplatserna när det gäller individ- och gruppinriktade förebyggande insatser har också den lokala skyddsverksamheten engagerats för att stödja enskilda människor, inte minst beträffande missbruksproblem, kamratstödjande verksamhet och liknande.

I lagen (1982: 80) om anställningsskydd och lagen (1974: 45) om vissa anställningsfrämjande åtgärder ges vissa människor med svag ställning på

arbetsmarknaden en positiv särbehandling när det gäller såväl att erhålla som att behålla ett arbete. Den senare lagstiftningen tar emellertid i första hand sikte på människor som redan har drabbats av funktionsnedsättningar i ett eller annat avseende. Tillsynsmyndigheterna, AMS och länsarbetsnämnderna, kan dock ställa tämligen långtgående krav på arbetsgivaren när det gäller att genomföra anpassningsåtgärder som kan underlätta för vissa grupper av arbetstagare att erhålla eller behålla en anställning.

Med stöd av främst lagstiftningen om anställningsfrämjande åtgärder påbörjade arbetsmarknadsverket i början av 1970-talet verksamhet med s. k. anpassningsgrupper. Grupperna skall utgöra ett forum för nära samverkan mellan företaget, fackföreningen och arbetsförmedlingen. Gruppernas tillkomst skall bl. a. ses mot bakgrund av den ökade utslagningen från arbetsmarknaden av främst äldre och handikappade under 1970-talet. Huvudsyftet med att inrätta anpassningsgrupper var att de skulle kunna offensivt arbeta med anställningsfrämjande åtgärder. De har dock i hög grad kommit att inrikta sin verksamhet på redan anställd personal, kanske delvis beroende på att parterna har begärt arbetsförmedlingens medverkan i sådana fall. Anpassningsgruppernas förhållande till skyddskommittéer och andra partssammansatta gruppers verksamhet på arbetsplatserna har i många fall blivit oklar. Detsamma gäller förhållandet till exempelvis personalpolitiska grupper som finns inom vissa avtalsområden och som grundas på medbestämmandeavtal i olika form.

Under 1980-talet har man alltmer strävat efter att integrera de olika verksamhetsformerna på arbetsplatserna såväl beträffande generella arbetsmiljöåtgärder som beträffande hjälp till enskilda människor. Allt större uppmärksamhet har kommit att riktas mot de förlopp som föregår att människor får problem i arbetslivet. Förslitningssjukdomar och psykologiska och sociala problems betydelse för bl. a. långa sjukskrivningar, förtidspensioner och andra former av utslagning från arbetsmarknaden har uppmärksammats alltmer. Det finns tydliga samband mellan förhållandena i arbetsmiljön och antalet sjukskrivningsdagar och förtidspensioner. Erfarenheterna visar att den traditionella uppdelningen i dels allmänt arbetsmiljöförbättrande åtgärder, dels behandlande verksamhet för enskilda människor inte längre framstår som lika meningsfull som tidigare.

Med generellt förebyggande insatser inom arbetsmiljöområdet menas i dag alla åtgärder av teknisk-ergonomisk, medicinsk och psykosocial natur som vidtas i syfte att eliminera eller begränsa risker för arbetstagarna oavsett vem som svarar för åtgärderna. Åtgärder för att anpassa arbetet till en enskild människas förutsättningar kan i många fall ge insikter om att generella åtgärder behövs på arbetsplatsen. Omvänt kan generella arbetsmiljögenomgångar visa att enskilda människor fordrar särskilda anordningar på arbetsplatsen etc. för att kunna utföra sina arbeten. På samma sätt som gränserna mellan generella och individuella åtgärder alltmer har kommit att suddas ut, har skillnaderna mellan förebyggande och behandlande

verksamhet blivit mindre markerade. Även den behandlande verksamheten inom t. ex. företagshälsovårdens ram utgör en viktig del i basen för generella förebyggande arbetsmiljöåtgärder.

Företagshälsovården är i dag den expertresurs på arbetsplatserna som generellt sett torde ha den bästa kompetensen när det gäller att praktiskt arbeta med de frågor som jag här har berört. Strävandena mot en integrerad förebyggande och behandlande verksamhet såväl generellt som individuellt understryks i de flesta centrala avtal om arbetsmiljö och företagshälsovård. Enligt dessa skall företagshälsovården under ledning av skyddskommittéerna eller motsvarande arbeta med att generellt förbättra arbetsmiljön såväl tekniskt-medicinskt som arbetsorganisatoriskt. Arbetet skall bedrivas dels generellt för att eliminera så många problem och faror som möjligt på arbetsplatserna, dels individuellt för att hjälpa människor som drabbas eller riskerar eller drabbats av olika besvär. En grundförutsättning för att dessa strävanden skall kunna omsättas i praktiken är att företagshälsovården byggs ut och ges en inriktning som överensstämmer med de behov och förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende som människorna har i arbetslivet.

I denna proposition läggs riktlinjer fram för den framtida företagshälsovården i vid mening. Propositionen utgår därvid från de förslag som har framlagts av 1976 års företagshälsovårdsutredning i betänkandet (SOU 1982: 32) Företagshälsovård för alla. Förslagen omfattar bl. a. åtgärder för att påskynda utbyggnaden av verksamheten. Vidare behandlas frågor rörande kompetens hos och utbildning av företagshälsovårdens olika personalkategorier. Förslag framläggs också om ett nytt ersättningssystem för företagshälsovården. Systemet syftar till att i enlighet med parternas strävanden i högre grad inrikta insatserna inom företagshälsovården på förebyggande verksamhet och att stimulera anslutning av små och medelstora företag till företagshälsovården. En sådan förebyggande verksamhet skall vara av såväl teknisk som medicinsk natur men också avse arbetsanpassning, rehabilitering m. m.

På grundval av förslag av samverkanskommittén i betänkandet (Ds A 1984: 2) Arbetsanpassning läggs förslag fram till ny organisation för arbetsanpassning och yrkesinriktad rehabilitering på arbetsplatserna. Förslaget syftar i första hand till att motverka utslagningen av människor med nedsatt arbetsförmåga från arbetslivet och därmed minska behovet av arbetsmarknadspolitiska insatser för dessa. Förslaget syftar också till att skapa bättre kompetens på arbetsplatserna för att kunna ta emot utifrån kommande arbetssökande med nedsatt arbetsförmåga. Skyddskommittéerna och företagshälsovården ges en viktig roll i detta sammanhang.

Förslag läggs fram om ändringar i arbetsmiljölagen i syfte att möjliggöra för arbetarskyddsverket att i enskilda fall, om arbetsmiljöförhållandena så kräver, föreskriva att arbetsplats skall anslutas till företagshälsovård. Vidare införs en principiell skyldighet i arbetsmiljölagen för parterna i

skyddskommittéerna att ansvara för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsplatserna. För att underlätta rehabilitering av långvarigt sjukskrivna, t.ex. sådana som har skadats på den egna arbetsplatsen läggs förslag som tillförsäkrar arbetsförmedlingarna och försäkringskassorna möjlighet att medverka i ett anpassnings- och rehabiliteringsärende. Propositionen innehåller också förslag om vissa ändringar i arbetsmiljö- och sekretesslagstiftningen i syfte att åstadkomma bättre sekretess för enskilda som genomgår anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på den egna arbetsplatsen liksom rörande företagens affärsförhållanden m. m.

Sammantaget syftar de i propositionen framlagda förslagen till att genom en utbyggnad och förändrad inriktning av företagshälsovården åstadkomma en mer samlad organisation för de verksamheter jag här har beskrivit. En sammanhållen organisation som på ett bättre sätt kan bidra till att minska utslagningen från arbetslivet genom att förebygga arbetsmiljörisker och förbättra anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten är inte till gagn bara för de berörda arbetstagarna. Den har också effekter för samhällsekonomin i stort.

En förebyggande verksamhet på arbetsplatserna utgör också ett viktigt led i samhällets förebyggande hälso- och sjukvårdsplanering. Propositionens förslag ligger därmed väl i linje med de långsiktiga målsättningarna för samhällets hälso- och sjukvårdspolitik som socialdepartementets sjukvårdsdelegation nyligen har lagt fram i (SOU 1984: 39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet – HS 90.

Enligt denna rapport bör företagshälsovården till övervägande del koncentrera sina insatser till det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet på arbetsplatserna samt till den yrkesinriktade rehabiliteringen och anpassningsfrågorna. I rapporten sägs vidare att landstingets primärvård och övriga vårdansvariga inom den privata sektorn bör kunna svara för behoven av sjukvård. HS 90 bedömer att primärvården blir så utbyggd och tillgänglig att den väl kommer att kunna svara för behovet av sjukvårdande insatser för hela befolkningen inom landstingsområdet. Självfallet måste dock företagshälsovård, som har kvalificerad medicinsk personal anställd, vara beredd att ingripa vid akuta olycksfall och akuta insjuknanden på arbetsplatsen och vid behov tillse att man får vård inom primärvården eller vid sjukhus. Behovet av sådana sjukvårdsinsatser inom företagshälsovårdsområdet är särskilt stort inom vissa branscher.

Enligt HS 90 är det svårt att bestämt avgränsa innebörden av begreppet "arbetsrelaterad sjukvård" och det medicinska innehållet i företagshälsovårdens verksamhetsfält. Det är därför nödvändigt att en kontinuerlig och systematisk samverkan mellan primärvården och företagshälsovården kommer till stånd på den lokala nivån genom överenskommelser om ansvarsfördelningen för hälsoövervakning, rehabilitering och sjukvårdande insatser.

Generellt och individuellt förebyggande åtgärder på arbetsplatsen kan också sägas utgöra ett viktigt led i samhällets sysselsättningspolitik. En politik med målet arbete åt alla måste, förutom insatser på den ekonomiska politikens område, inriktas dels på arbetsmarknadspolitiska åtgärder och arbetsförmedlingsservice åt arbetslösa, dels på att förhindra utslagning av anställda från arbetsplatserna. Ju fler arbetstagare som kan hållas kvar i sysselsättning, desto bättre service kan arbetsförmedlingen och den yrkesinriktade rehabiliteringen erbjuda just de människor som måste komma i fråga för arbetsmarknadspolitiska insatser och som behöver arbetsförmedlingens stöd i kontakten med arbetsgivarna för att finna ett nytt arbete. Självfallet måste förmedlingen, på sätt som sägs i förarbetena till främjandelagen, också ge service till anställda som riskerar att slås ut från arbetslivet i de fall t. ex. arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering behöver sättas in för att trygga fortsatt anställning.

Informationsinsatser

Innan de föreslagna förändringarna träder i kraft den 1 januari 1986 föreligger enligt min mening ett informationsbehov. Det gäller dels det nya statsbidragssystemet till företagshälsovården och dels förslagen om arbetsanpassning och företagshälsovårdens framtida inriktning. En broschyr bör utges och ett antal informationskonferenser bör komma till stånd. Jag föreslår därför att regeringen inhämtar riksdagens bemyndigande att ur fonden för arbetsmiljöförbättringar få disponera högst 250 000 kr. för detta ändamål. På fonden för arbetsmiljöförbättringar, som inrättades för att svara för samhällets kostnader i samband med statliga garantilån för arbetsmiljöförbättringar, de s. k. AG-lånen (prop. 1975: 66, SoU 16, rskr 191), finns f. n. mer än 100 milj. kr. innestående.

2.2 Företagshälsovårdens innehåll, utbyggnad samt personal- och utbildningsbehov

2.2.1 Företagshälsovårdens arbetsfält

I sitt betänkande (SOU 1983: 32) Företagshälsovård för alla har företagshälsovårdsutredningen gjort en ingående beskrivning av företagshälsovårdens mål, arbetsfält och arbetsuppgifter. Enligt min mening bör de av utredningen framförda synpunkterna och överväganden kunna tjäna som vägledning och stimulans för den fortsatta utbyggnaden av insatserna på området.

Jag delar, liksom remissinstanserna, utredningens principiella bedömning av vilka kriterier som bör gälla för företagshälsovården. Företagshälsovården skall som opartisk, rådgivande expertresurs till den lokala skyddsverksamheten medverka till att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar. Verksamheten skall huvudsakligen vara av förebyggande karaktär och beakta såväl medicinska

och tekniska som psykiska och sociala aspekter i arbetsmiljön. Liksom utredningen vill jag särskilt framhålla vikten av en ökad satsning på förebyggande verksamhet inom företagshälsovården. Företagshälsovården skall vara arbetsplatsanknuten och väl integrerad i eller samordnad med företagets eller arbetsställets lokala skyddsorganisation. En väl fungerande lokal skyddsverksamhet är av grundläggande betydelse för att företagshälsovårdens resurser skall kunna utnyttjas ändamålsenligt i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Jag vill här särskilt betona vikten av att de anställda genom sina lokala fackliga organisationer har insyn i och inflytande över företagshälsovårdens inriktning och utformning.

Företagshälsovårdens innehåll m. m. regleras främst genom avtal och överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter. Avtalen lämnar relativt stort utrymme åt de lokala parterna att anpassa verksamheten till det enskilda företagets eller arbetsställets förutsättningar och behov. Företagshälsovården får sin utformning och sitt innehåll genom den verksamhet som parterna bedriver lokalt i skyddskommittéer och företagshälsovårdskommittéer. Därigenom kan verksamheten utformas med hänsyn till de stora faktiska miljöskillnader som föreligger mellan olika branscher och arbetsställen. Nuvarande ordning för reglering av företagshälsovårdens innehåll, m. m. bör därför enligt min uppfattning gälla även i fortsättningen. Jag är således inte beredd att medverka till någon mer centraliserad styrning eller precisering av företagshälsovårdens innehåll utöver vad som indirekt kan följa av det förslag till nytt ersättningssystem för företagshälsovården som jag avser att återkomma till längre fram.

Innan jag övergår till att behandla företagshälsovårdens framtida utbyggnad vill jag kort kommentera några frågor avseende företagshälsovårdens arbetsfält som remissinstanserna har ägnat särskild uppmärksamhet vid sidan av den starka betoningen av den förebyggande inriktningen. Det gäller frågor om företagshälsovårdens insatser avseende psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem, sjukvårdens roll i företagshälsovården, samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård samt frågan om företagshälsovårdens roll i anpassnings- och rehabiliteringsarbetet inom företagen.

Företagshälsovårdens engagemang i psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem

Utredningen anser att de psykologiska och sociala arbetsmiljöproblemen bör ägnas ökad uppmärksamhet inom företagshälsovården. Remissinstanserna instämmer genomgående i denna bedömning. Flertalet remissinstanser är emellertid kritiska till utredningens förslag att de psykologiska och sociala arbetsuppgifterna så långt möjligt bör integreras i den medicinska och tekniska personalens uppgifter. Enligt remissinstanserna har utredningen därmed underskattat de psykologiska och sociala arbetsmiljö-

problemens betydelse och komplexitet liksom behovet av beteendevetenskaplig kompetens för att fullgöra dessa uppgifter.

För egen del vill jag i detta sammanhang erinra om de stora förändringar av arbetsmiljön som under senare år har skett till följd av den tekniska utvecklingen och strukturförändringarna i arbetslivet. Arbetstakten har blivit högre, skiftarbetet har fått en ökad utbredning och nya former för arbetstidsförläggning har genomförts. Såväl arbetets organisation som dess innehåll har i hög grad påverkats av de tekniska, sociala och ekonomiska förändringar som har skett. Utvecklingen har medfört att psykologiska och sociala problem i form av t.ex. stress, monotoni och isolering har blivit alltmera framträdande i arbetslivet, samtidigt som behovet av att anpassa teknik och arbetsorganisation till människans förutsättningar psykiskt och socialt har ökat. Denna utveckling har givetvis påverkat företagshälsovårdens arbetsuppgifter och kompetensbehov. Problem av psykisk och social natur har kommit att uppmärksammas alltmer. I det nyligen reviderade arbetsmiljöavtalet mellan SAF, LO och PTK har också de psykologiska och sociala uppgifterna inom företagshälsovården markerats tydligare jämfört med tidigare avtal.

Med hänsyn till de förändringar i arbetslivet som har skett anser jag i likhet med utredningen och remissinstanserna att det är betydelsefullt att de psykologiska och sociala arbetsmiljöproblemen beaktas i företagshälsovården. Företagshälsovården skall i sitt arbete utgå från en helhetssyn på arbetsmiljön och göra en samlad bedömning av de faktorer som är av betydelse för de anställdas hälsa, arbetstillfredsställelse och utveckling. I denna helhetsbedömning har de psykologiska och sociala arbetsmiljöfaktorerna en självskriven plats. Detta synsätt på företagshälsovården är helt i överensstämmelse med den vidgade syn på arbetsmiljöns beskaffenhet som kommer till uttryck i arbetsmiljölagen. Enligt min uppfattning måste lagens intentioner i detta avseende fullföljas i företagshälsovårdens vidare utveckling.

I likhet med utredningen anser jag att företagshälsovårdens psykologiska och sociala arbetsuppgifter liksom övriga arbetsuppgifter måste planeras och utformas i nära samverkan mellan de lokala parterna och företagshälsovårdens personal. Detta måste ske med utgångspunkt i respektive arbetsställes speciella behov och problem. I enlighet med vad jag har uttalat i det föregående anser jag att det är arbetsmiljöavtalen med vidhängande riktlinjer för företagshälsovården som måste vara vägledande för ställningstaganden till insatser inom detta område liksom till företagshälsovårdens innehåll i övrigt. Vissa delar av de psykologiska och sociala insatserna ligger dock nära personalpolitiken och frågor som rör medbestämmande för de anställda enligt lagen (1976:580, ändrad senast 1980:238) om medbestämmande i arbetslivet eller på dess grund träffade kollektivavtal. Enligt min mening måste man därför vara uppmärksam på att företagshälsovården, genom ett vidgat åtagande inom detta område,

inte får huvudansvaret för personalpolitiska insatser i allmänhet. Dessa måste i stället normalt lösas förhandlingsvägen parterna emellan.

Sjukvårdens roll i företagshälsovården

Sjukvård för de anställda har av tradition varit ett väsentligt inslag i företagshälsovården. Detta kan bl. a. förklaras av ersättningssystemets utformning, vilket gynnat de rent sjukvårdande insatserna inom företagshälsovården samt den otillräckliga utbyggnaden av samhällets hälso- och sjukvård, främst primärvården. Enligt utredningens uppfattning bör sjukvårdens andel i företagshälsovården begränsas. Företagshälsovården skall enligt utredningens mening i huvudsak engagera sig i sådan sjukvård som är arbetsrelaterad.

Flera remissinstanser anser att utredningen underskattat behovet och betydelsen av sjukvård i företagshälsovården. En nyckelfråga i sammanhanget anges vara innebörden av begreppet "arbetsrelaterad sjukvård". Flera remissinstanser har pekat på oklarheten i detta begrepp. Socialstyrelsen framhåller t. ex. att begreppet kan ges en mycket vid innebörd. I själva verket är varje hälsoproblem, enligt styrelsen, oavsett dess medicinska natur, ett arbetsrelaterat problem för den som är yrkesverksam. De specifika arbetskraven och arbetsmiljön i en viss befattning har alltid betydelse för bedömningen av lämpligheten av sjukskrivning etc. Andra remissinstanser anför att det i ett tidigt skede av ett sjukdomsfall många gånger är omöjligt att avgöra om arbetsmiljöfaktorer har spelat in. Först efter ingående undersökningar kan man eventuellt konstatera om sjukdomstillståndet är arbetsrelaterat eller inte.

När det gäller sjukvårdens roll i företagshälsovården vill jag för egen del, efter samråd med statsrådet Sigurdsen, anföra följande. Företagshälsovårdens medicinska del bör i allt väsentligt inrikta sin verksamhet på det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet samt på den yrkesinriktade rehabiliteringen vid arbetsplatserna. I syfte att stimulera bl. a. de förebyggande insatserna inom företagshälsovården kommer jag i det följande att föreslå ett nytt ersättningssystem för företagshälsovården. En omfattande sjukvårdande verksamhet inom företagshälsovården innebär att utrymmet för de miljö-, grupp- och individinriktade förebyggande insatserna som är företagshälsovårdens huvuduppgift begränsas. Behovet av sjukvård, i bemärkelsen medicinsk behandling, skall i första hand tillgodoses inom ramen för samhällets hälso- och sjukvård, främst primärvården. Den allmänna hälso- och sjukvårdens insatser är också nödvändiga för att tillgodose arbetstagarnas behov av sluten vård och specialiserad öppen vård för skador och sjukdomar som inträffar i arbetslivet liksom företagshälsovårdens behov av laboratorieservice och särskild yrkesmedicinsk service m. m.

Samtidigt anser jag, liksom ett stort antal remissinstanser, att en viss andel sjukvård har ett klart berättigande inom företagshälsovården. Sjuk-

vården spelar en väsentlig roll inte minst för den förebyggande verksamheten inom företagshälsovården. Den är bl. a. en viktig kunskapskälla för tidig upptäckt av hälsoproblem i arbetsmiljön. Detta kan i sin tur leda till individuellt förebyggande åtgärder eller till systematiska epidemiologiska eller andra miljöundersökningar som kan ligga till grund för mera generellt arbetsmiljöförbättrande åtgärder. Närhetsaspekten vid olyckor och akuta sjukdomar är ytterligare ett skäl till att viss sjukvård skall bedrivas. Sjukvården har även en viktig funktion att fylla när det gäller att upprätthålla kompetensen hos den medicinska personalen, bl. a. deras diagnostiska förmåga. Enligt min mening går det inte heller att bortse från att sjukvård i nära anslutning till arbetsplatsen ofta är en mycket uppskattad service bland de anställda, som snabbt kan få en skada omsedd etc. De sjukvårdande insatserna kan bidra till att minska frånvaron och därmed produktionsbortfall. Hur stor omfattning sjukvården bör ha inom företagshälsovården är emellertid svårt att kvantitativt uppskatta. Lokala förutsättningar och praktiska omständigheter, t. ex. verksamhetens art och arbetsmiljöproblemens omfattning och svårighetsgrad vid olika arbetsplatser spelar härvid stor roll. Detsamma gäller tillgängligheten till såväl företagshälsovård som primärvård. I detta sammanhang måste också beaktas att det inom olika avtalsområden finns vissa skillnader i bedömningen av den sjukvårdande verksamhetens omfattning och inriktning.

Samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763, ändrad senast 1983: 335) ålägger landstinget ett övergripande ansvar för planeringen av all hälso- och sjukvård inom landstingsområdet. Planeringsansvaret omfattar inte bara den egna hälso- och sjukvården utan också den service som erbjuds av andra vårdgivare, t. ex. företagshälsovården. Omfattningen och inriktningen av företagshälsovårdens sjukvårdsinsatser har således stor betydelse för landstingens planering av hälso- och sjukvården inom framför allt primärvården.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall landstingen samverka med andra samhällsorgen, organisationer och enskilda i sin planering av hälso- och sjukvården. Företagshälsovården berörs därmed av landstingens planerings- och samrådsskyldighet, även om företagshälsovården till sin funktion är en del av arbetarskyddet.

Företagshälsovårdens samband med den offentliga hälso- och sjukvården har betonats av utredningen och flera remissinstanser. Även jag anser det angeläget att smidiga samverkansformer utvecklas mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvårdsorganisation på den lokala nivån med sikte på att nå bästa möjliga utnyttjande av tillgängliga resurser. Det bör härvid klargöras vilka arbetsuppgifter som specifikt skall hänföras till primärvård resp. företagshälsovård och inom vilka områden samverkan

behöver äga rum och utvecklas. Ett sådant klargörande är viktigt inte minst mot bakgrund av svårigheten att avgränsa begreppet arbetsrelaterad sjukvård och därmed innehållet i företagshälsovårdens medicinska verksamhet. Det bör enligt min mening ankomma på primärvården att ta initiativ till överläggningar med företrädare för företagshälsovården för att klarlägga samverkansområden och uppgiftsfördelning.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) på regeringens uppdrag har studerat hur företagshälsovården och primärvården samverkar i dag och på vilket sätt samarbetet kan förbättras. I rapporten Primärvårdens samverkan med företagshälsovården (Spri rapport 143, 1983) konstateras bl. a. att samverkan mellan företagshälsovård och primärvård f. n. är relativt outvecklad på de flesta håll i landet. I rapporten ges exempel på hur samarbetet mellan företagshälsovård och primärvård lokalt kan utformas. Bland exempel på viktiga samverkansområden kan nämnas gemensamma informationsträffar, information och utbildning av primärvårdens personal i arbetsmiljöfrågor, samverkan om enskilda patienter genom remisser och konsultationer, gemensamma behandlingsplaner för personer med långvariga sjukskrivningar eller omfattande rehabiliteringsbehov m. m.

Vid landstingens planering av den samlade hälso- och sjukvården torde vidare yrkesinspektionsnämnderna utgöra en viktig samarbetspart. Nämnden skall enligt sin instruktion följa och främja företagshälsovårdens utveckling samt fungera som organ för samråd i företagshälsovårdsfrågor inom distriktet. Uppgifter om företagshälsovårdens omfattning och planerade utbyggnad samlas därför hos yrkesinspektionen. Jag kommer senare att närmare behandla frågan om landstingets ansvar att tillhandahålla företagshälsovård för externa intressenter. En nära samverkan mellan yrkesinspektionsnämnden i egenskap av främjare av företagshälsovårdens utbyggnad och landstinget i egenskap av planeringsansvarig för all hälso- och sjukvård är självklart nödvändig.

Företagshälsovårdens roll i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten

Enligt utredningens uppfattning bör företagshälsovården ägna anpassningsfrågorna och den yrkesinriktade rehabiliteringen inom företaget ökad uppmärksamhet. Även jag anser att detta är en angelägen uppgift för företagshälsovården. Vid bedömning av lämpliga anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder är ofta många olika organ, förutom företagshälsovården inblandade, t. ex. primärvård, försäkringskassa, arbetsförmedling, anpassningsgrupp, lokal skyddsverksamhet m. fl. En fungerande samverkan mellan dessa organ är en förutsättning för en allsidig bedömning av t. ex. arbetsförmåga i förhållande till arbetskrav eller av lämpliga anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder. En viktig fråga i sammanhanget är vilket ansvar som olika lokala organ på arbetsplatserna skall ha för anpassnings- och rehabiliteringsarbetet. Som jag tidigare har anfört återkommer jag till

denna fråga i det följande i samband med min behandling av samverkanskommitténs förslag.

2.2.2 Företagshälsovårdens utbyggnad

Företagshälsovården har under de senaste tio åren byggts ut mycket kraftigt. År 1970 var 663 000 anställda anslutna till företagshälsovård med ersättning enligt lagen om allmän försäkring. Enligt RFV:s preliminära beräkningar var motsvarande antal år 1983 2 260 000 eller närmare 60 % av landets arbetstagare. Antalet anslutna beräknas således ha mer än tredubblats sedan år 1970. Utbyggnadstakten har dock mattats av under senare år. Nettoanslutningen, som under 1970-talet legat kring i genomsnitt 140 000 per år, har under 1980- talet pendlat mellan 40 000 och 115 000 arbetstagare. Utbyggnaden har hittills skett på frivillighetens väg inom ramen för arbetsmiljöavtal och överenskommelser om företagshälsovård som har träffats mellan arbetsmarknadens parter. Parternas initiativ, engagemang och samarbete har haft stor betydelse för utbyggnadstakten och företagshälsovårdens utveckling.

Utredningen konstaterar att det återstående utbyggnadsbehovet avser ca 1,6 milj. arbetstagare. Av dessa omfattas ca 1,2 milj. av arbetsmiljöavtal och överenskommelser om företagshälsovård. Ca 400 000 av dessa arbetar inom den offentliga sektorn medan ca 800 000 finns inom den privata. Närmare 400 000 arbetstagare finns på arbetsplatser som inte omfattas av arbetsmiljöavtal. Huvudparten av dessa arbetsplatser är små privata företag. Därutöver står drygt 270 000 ensamföretagare och deras medhjälpare utan tillgång till företagshälsovård.

Företagshälsovård för alla

Utredningen har inte funnit att någon del av arbetsmarknaden, vare sig det gäller bransch, företagsstorlek eller annan indelningsgrund, kan sägas vara utan behov av företagshälsovård. Utredningen anser därför att det skall vara en rättighet för arbetstagarna på alla arbetsplatser att i anslutning till den egna arbetsplatsen kunna få opartisk expertmedverkan vid bedömning av arbetsmiljön och dess effekter på hälsan. Det skall vara arbetsgivarens skyldighet att tillhandahålla och bekosta denna expertmedverkan i form av företagshälsovård. Inom utredningen råder enighet om målet att alla anställda skall omfattas av företagshälsovård inom en tioårsperiod och att även ensamföretagare skall ges möjlighet att ansluta sig. Remissinstanserna ansluter sig genomgående till målsättningen om allas rätt till företagshälsovård. Några remissinstanser anser dock att en utbyggnadsperiod på tio år är alltför kort för att uppnå detta mål.

Även jag anser att målet för utbyggnaden bör vara att alla anställda skall ha tillgång till företagshälsovård. Likaså anser jag det motiverat att även ensamföretagare och deras medhjälpare skall kunna ansluta sig. Det behövs emellertid tid att praktiskt planera och organisera verksamheten för

att finna lämpliga vägar att bereda de många små företagen företagshälsovård. Utbyggnadstakten måste också anpassas till vilka resurser som kan ställas till förfogande. Inte minst betydelsefullt i detta sammanhang torde utformningen av och storleken på stödet till företagshälsovården vara. I det förslag till nytt ersättningssystem, som jag senare kommer att presentera, har jag räknat med att 75 % av de anställda skall kunna vara anslutna till ersättningsberättigad företagshälsovård vid 1990-talets början.

När det gäller vägarna att uppnå en heltäckande företagshälsovård har utredningen inte varit enig. Utredningens majoritet förordar att utbyggnaden skall ske genom frivilliga åtaganden, baserade på arbetsmiljöavtal och överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter. En minoritet av utredningens ledamöter förordar i en reservation en lagstadgad skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård. Enligt reservanterna bör lagstiftning införas fr. o. m. den 1 januari 1988.

Det övervägande antalet remissinstanser, som har behandlat denna fråga, ansluter sig till utredningsmajoritetens förslag. Bland de remissinstanser som stöder förslaget om en lagstadgad rätt till företagshälsovård kan nämnas socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, LO och Landstingsförbundet och ett fåtal landsting.

Mot bakgrund av utredningens och reservanternas synpunkter och förslag har jag ingående övervägt förutsättningarna för att nu besluta om en lagstiftning om generell skyldighet för arbetsgivarna att föranstalta om företagshälsovård. Jag har därvid även beaktat den stimulans för utbyggnaden av företagshälsovården som mitt förslag till nytt ersättningssystem kan väntas ge. Införandet av detta system samt de förutsättningar i övrigt som finns för en utbyggnad, bl. a. parternas uttalade beslutsamhet att ta sitt ansvar för utbyggnaden inom resp. avtalsområde, talar för att en fortsatt utbyggnad bör kunna ske utan en generellt tvingande lagstiftning. Reservanternas förslag om lagstiftning medger och syftar också till att främja en frivillig utbyggnad genom att lagregleringen föreslås träda i kraft efter en viss övergångstid.

Utbyggnaden av företagshälsovården skall sålunda enligt min mening även i fortsättningen i första hand ske på frivillig väg och bygga på de avtal och överenskommelser om företagshälsovård som har träffats mellan arbetsmarknadens parter.

Jag är emellertid nu inte beredd att för all framtid avskriva tanken på en lagstiftning om generell skyldighet för arbetsgivare att föranstalta om företagshälsovård. Enligt min mening bör riksdagen ges tillfälle att utvärdera effekterna av det föreslagna stödsystemet i början av 1990-talet och då också pröva behovet av eventuellt ytterligare lagstiftningsåtgärder. Mitt ställningstagande i denna fråga innebär inte att jag bortser från att det finns arbetsplatser med en arbetsmiljö som är förenad med sådana risker för de anställda att samhället i sista hand bör kunna framtvinga en anslutning till företagshälsovård om arbetsgivaren inte självmant gör det. Jag kommer

därför senare att föreslå en ändring i arbetsmiljölagen som ger yrkesinspektionen möjlighet att i vissa fall gripa in med föreläggande mot en arbetsgivare för att förmå denne att bereda de anställda företagshälsovård.

Förutsättningar för utbyggnad

Utredningen har ingående analyserat de förutsättningar som finns för en utbyggnad av företagshälsovården. Möjligheterna till utbyggnad har av utredningsmajoriteten bedömts som goda, åtminstone för den del av arbetsmarknaden som omfattas av arbetsmiljöavtal.

Även jag ser med viss tillförsikt på möjligheterna att successivt och på längre sikt bygga ut företagshälsovården till heltäckning. När det gäller den offentliga sektorn finns redan nu formella förutsättningar för att företagshälsovården skall byggas ut. På det statliga området har parterna träffat avtal om företagshälsovård och avsatt medel som möjliggör en fullt utbyggd verksamhet år 1986/87. Landsting och primärkommuner och deras avtalspartners har likaså slutit avtal om utbyggnad av företagshälsovård, dock utan att klart ange tidpunkt för när utbyggnaden kan vara uppnådd. Utbyggnadstakten har emellertid varit mycket snabb. Flertalet kommuner och i stort sett alla landsting har byggt ut företagshälsovård för sina anställda. Enligt Kommunförbundets enkät om företagshälsovårdens utbyggnad, organisation m. m. till samtliga kommuner hade 242 kommuner i maj 1983 anordnat företagshälsovård för sina anställda. 34 kommuner hade mer eller mindre uttalade planer på att starta företagshälsovård medan endast 8 kommuner varken hade eller planerade att anordna företagshälsovård. Av de 42 kommuner som saknade företagshälsovård hade 35 färre än 15 000 invånare.

För de ca 1,2 milj. arbetstagare inom den privata sektorn som inte omfattas av företagshälsovård är däremot förutsättningarna för utbyggnad mera komplicerade. Det gäller särskilt de ca 400 000 anställda i företag utan arbetsmiljöavtal och i vilka såväl arbetsgivare som arbetstagare är oorganiserade.

Som utredningen framhåller är en förutsättning för företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad att arbetsmarknadens parter samverkar såväl inom som över avtalsgränserna. De skall därvid ansvara för att utbyggnaden sker genom anslutning till befintlig företagshälsovård eller till nya företagshälsovårdsenheter som parterna bygger upp själva eller i samverkan med andra. Med hänsyn till att den återstående utbyggnaden rör en mängd små arbetsplatser kommer parterna, enligt min mening, att ställas inför särskilda krav och svårigheter. Inte minst gäller detta inom den privata sektorn, där de företag som nu saknar företagshälsovård genomgående är små. Intresset, viljan och styrkan i engagemanget hos parterna centralt, regionalt och lokalt kommer därför att vara av avgörande betydelse för företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad. Jag har emellertid tagit fasta på samtliga parters uttalade vilja att fullfölja träffade avtal om företagshälsovård och

att genom praktiskt samarbete medverka till en utbyggnad av företagshälsovården för alla anställda. Jag har med tillfredsställelse kunnat konstatera att denna strävan redan har manifesterats i en överenskommelse våren 1983 mellan SAF, LO och PTK om samverkan för företagshälsovårdens utbyggnad. En central arbetsgrupp för företagshälsovårdsfrågor har inrättats av parterna, bl. a. med uppgift att stimulera etablering av regionalt partssammansatta arbetsgrupper för samverkan i utbyggnadsarbetet. Deras uppgift skall vara att utifrån en inventering av behov och befintliga företagshälsovårdsresurser pröva olika utbyggnads- och samverkansmodeller i enlighet med de idéer som utredningen har redovisat. Det kan t. ex. gälla anslutning av småföretag till befintliga företagshälsovårdsenheter, nyetablering av företagshälsovårdsenheter – vid behov i samarbete med andra avtalsområden – strukturinriktning av företagshälsovårdscentraler med hänsyn till företagens storlek och branschtillhörighet m. fl. modeller. Eftersom småföretagen utgör den viktigaste målgruppen kommer nya organisatoriska och innehållsmässiga former att prövas speciellt med tanke på behoven hos de små företagen så att dessa skall finna det angeläget att ansluta sig. Verksamheten finansieras med medel från arbetarskyddsfondens program för utveckling av företagshälsovård och lokalt miljöarbete. Fonden har anslagit totalt 15 milj. kr. till programmet som genomförs under tre år med början våren 1984.

SAF, LO och PTK har deklarerat beredskap att till företagshälsovård som har byggts upp i samverkan dem emellan även ansluta företag som står utanför det kollektivavtalsreglerade området. Utbyggnaden av företagshälsovård för företag som inte omfattas av arbetsmiljöavtal, dvs. i allmänhet små privata företag, kommer emellertid att kräva medverkan, förutom av företagshälsovårdscentraler och inbyggd företagshälsovård med s. k. externt anslutna företag, även av landsting, primärkommuner och staten via Statshälsan. Även s. k. branschhälsor måste engageras, vilket också sker inom flera områden i dag. Bygghälsan ger t. ex. service till många företag som inte omfattas av den avtalsöverenskommelse som reglerar Bygghälsans verksamhet.

Av remissvaren att döma är samtliga här berörda parter eniga om att ta ett ansvar och med kraft bidra till företagshälsovårdens utbyggnad. Enligt Statshälsan sker denna medverkan f. n. främst genom samverkan med kommuner och privata företag vid etablering av företagshälsovårdscentraler, där underlaget inte är tillräckligt för egen företagshälsovård. Kommunförbundet har inga invändningar mot utredningens analys av kommunernas möjligheter att engagera sig i extern företagshälsovård. Enligt förbundet utgör kommunerna ofta ett lämpligt geografiskt planeringsunderlag.

Utredningen förutsätter att landstingen i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården med kraft skall verka för att anordna och tillhandahålla företagshälsovård, om inga andra möjligheter står till buds. Jag kan med tillfredsställelse konstatera att såväl Landstingsförbundet som samtli-

ga landsting i sina remissvar i princip ansluter sig till denna uppfattning. Flera landsting betonar emellertid att ett sådant engagemang inte får tolkas så att landstinget ikläder sig arbetsgivarens ansvar att hålla ett tillfredsställande arbetarskydd och att bära kostnaderna för detta.

Ansvaret för att söka anslutning till företagshälsovård för de anställda respektive att organisera förutsättningarna för arbetsmiljöarbetet i företaget skall alltid vila på arbetsgivaren. På samma sätt skall arbetsgivaren stå för kostnaderna för företagshälsovården, oavsett vem som tillhandahåller denna service. Jag vill också framhålla att det är väsentligt att planering, uppbyggnad och drift av extern företagshälsovård sker i sådana former att kraven på partsinflytande kan tillgodoses. Jag återkommer till denna fråga när jag behandlar förslaget om ett nytt ersättningssystem för företagshälsovården.

Trots de utbyggnadsambitioner som har redovisats från samtliga inblandade parter, arbetsmarknadsorganisationer, stat, kommuner och landsting, är jag medveten om att företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad kan komma att möta hinder. Den hittillsvarande utbyggnaden av företagshälsovården inom den privata sektorn har till övervägande del omfattat stora och medelstora företag företrädesvis inom industrin. Dessa företag har ofta ett väl organiserat skyddsarbete och ingående kunskaper om arbetsmiljöfrågor. Den företagshälsovård som har byggts upp gentemot dessa företag har i allmänhet haft en relativt enhetlig karaktär i enlighet med de principer för företagshälsovårdens innehåll och organisation som har lagts fast i arbetsmiljöavtal och överenskommelser mellan parterna.

Förutsättningarna att nå de ca 200 000 företag med färre än 50 anställda torde vara betydligt svårare. Ett problem är att många av dessa små företag inte omfattas av arbetsmiljöavtal. En försvårande omständighet i detta sammanhang är också bristen på arbetsmiljökompetens och kännedom om företagshälsovård i de små företagen. Skyddsarbete saknas ofta helt eller bedrivs på ett otillfredsställande sätt. Utredningen framhåller att de små företagens behov av företagshälsovård är skiftande och ofta helt annorlunda än de stora industriföretagens samt att företagshälsovården som den är utformad i dag inte alltid är avpassad till de mindre företagens behov. Följaktligen anser utredningen att företagshälsovården måste differentieras i större utsträckning än hittills för att innehållsmässigt och organisatoriskt bättre tillgodose behoven. Många remissinstanser har framfört liknande synpunkter.

För att företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad skall kunna innefatta även de många små företagen är det enligt min mening nödvändigt att behovsanalysen ägnas stort utrymme i fortsättningen. Därigenom kan en lämplig avvägning göras av resurserna i företagshälsovården och verksamheten få en inriktning och utformning som är ändamålsenligt avpassad i förhållande till förutsättningarna i det enskilda företaget. En svårighet blir därvid att rätt balansera företagets och de anställdas önskemål och behov,

parternas krav på en fullvärdig företagshälsovård och de ekonomiska och administrativa förutsättningar som föreligger. Flexibilitet och beredskap att satsa på nya lösningar bör enligt min mening prägla detta utvecklingsarbete. För en sådan flexibilitet talar också de snabba strukturförändringar som sker i arbetslivet, vilka kräver att verksamheten fortlöpande anpassas till förändrade förutsättningar.

Det är också av stor vikt att kvalitetsfrågorna får en framskjuten plats i arbetet. Jag vill särskilt framhålla vikten av att företagshälsovårdens innehåll utvecklas med hänsyn till behoven vid de enskilda företagen och att detta görs med bibehållet krav på hög kvalitet.

Samhälleliga stödåtgärder

Som jag tidigare har framhållit kommer även i fortsättningen huvudansvaret för att utbyggnaden av företagshälsovården fullföljs att åvila arbetsmarknadens parter. Det torde dock vara nödvändigt med vissa stödåtgärder för att bistå parterna och underlätta utbyggnaden. Det nya ersättningssystemet för företagshälsovården, som jag ämnar föreslå, har utformats bl. a. i syfte att stimulera små företag att ansluta sig till företagshälsovård. Det krävs också en ökad regional och central samverkan mellan inblandade parter för att samordna strävandena att på längre sikt bygga ut företagshälsovården till heltäckning och främja dess utveckling. Dessutom kan finnas behov av att i särskilda fall ålägga en arbetsgivare att föranstalta om företagshälsovård.

Regional samverkan

Utredningen föreslår att yrkesinspektionsnämnden får till uppgift att svara för regional samverkan när det gäller utbyggnaden av företagshälsovården liksom uppgiften att i övrigt verka för företagshälsovårdens utveckling inom regionen. Flertalet remissinstanser har tillstyrkt förslaget. Även jag anser att yrkesinspektionsnämnden genom sin sammansättning utgör lämpligt forum för dessa samordningsuppgifter. Nämnden har också tillgång till yrkesinspektionens resurser i form av personal, register m. m. Jag vill erinra om att nämnden redan i dag i princip har detta ansvar. Enligt 12 § instruktionen (1973: 847, ändrad senast 1980: 688) för yrkesinspektionen skall yrkesinspektionsnämnd följa och främja företagshälsovårdens utveckling samt fungera som organ för samråd i företagshälsovårdsfrågor inom distriktet. Mot bakgrund härav kommer jag också senare, i samband med min redogörelse för det nya ersättningssystemet, att föreslå att nämnden även skall svara för prövning av ansökningar om ekonomiskt stöd till företagshälsovården. Därigenom kommer yrkesinspektionens och nämndens möjligheter att överblicka planering och utbyggnad av företagshälsovården inom distriktet att förbättras. Jag vill också erinra om att regeringen nyligen har beslutat att bygga upp ett datorbaserat arbetsställeregister vid yrkesinspektionsdistrikten. Registren kommer att göra det lättare för yr-

kesinspektionen att få fram bl. a. aktuella uppgifter om företagshälsovården.

Utredningen ger flera exempel på frågor, i vilka yrkesinspektionsnämnden och berörda parter, arbetsmarknadsorganisationer, primärkommuner, landsting m. fl. kan samverka. Bland exemplen kan nämnas att upprätta förteckning över befintlig företagshälsovård och över företag som inte har tillgång till företagshälsovård, göra en översiktlig plan för utbyggnaden samt att informera om företagshälsovård. Utredningen anser inte att någon detaljreglering behövs utan att förutsättningar och behov i distrikten skall avgöra innehåll i och former för samverkan.

Olika yrkesinspektionsnämnder har kommit olika långt i sina försök att följa och främja företagshälsovårdens utveckling. Det mest långtgående projektet har genomförts av yrkesinspektionen i Örebro distrikt. I projektet, som har genomförts med medel från arbetarskyddsfonden, har förutsättningarna för företagshälsovård i Örebro län kartlagts och ett förslag till plan för heltäckande företagshälsovård i länet lagts fram.

Av remissvaren från distrikten framgår emellertid att flera yrkesinspektionsnämnder känner tveksamhet inför uppgiften att följa och främja företagshälsovårdens utveckling samt fungera som samrådsorgan i företagshälsovårdsfrågor. En precisering av nämndens uppgifter och befogenheter i dessa avseenden efterlyses. Jag förutsätter att arbetarskyddsstyrelsen i nära samråd med arbetsmarknadens parter, t. ex. inom ramen för företagshälsovårdsdelegationens verksamhet, söker utveckla närmare riktlinjer för nämndens arbete med företagshälsovårdsfrågor.

Jag har tidigare berört landstingens roll i utbyggnaden av företagshälsovården. Det är självklart att landstingen är viktiga samarbetspartners för yrkesinspektionsnämnderna. Landstingen måste medverka som samrådspartners dels utifrån sina möjligheter att erbjuda extern företagshälsovård, dels när det gäller att avväga de medicinska resurserna i företagshälsovården mot primärvårdens resurser. Mot denna bakgrund har Landstingsförbundet och flera landsting i sina remissvar framhållit behovet av egen representation i nämnden. F.n. delar primärkommuner och landsting som arbetsgivare på en ordinarie plats och en plats som suppleant i nämnden.

Utredningen har inte funnit tillräckligt starka skäl för att föreslå ändrad sammansättning av yrkesinspektionsnämnden. Däremot föreslår utredningen att nämnden med berörda intressenter kommer överens om lämpliga samverkansformer, t. ex. samverkansgrupp eller tar till vara den möjlighet som 17 § instruktionen för yrkesinspektionen ger nämnden att vid behandling av företagshälsovårdsfrågor kalla representanter för myndigheter och organisationer som berörs av företagshälsovårdens planering och utveckling.

För egen del anser jag emellertid att såväl landsting som primärkommuner i egenskap av betydande arbetsgivare bör ha egen representation i nämnden. Härigenom åstadkommes också en direkt koppling mellan

landstingens planering av all hälso- och sjukvård och den prövning av ekonomiskt stöd till företagshälsovården som skall ske i nämnden. Detta torde ha stor betydelse för landstingens planering av hälso- och sjukvården och underlätta deras kontroll av ett eventuellt dubbelutnyttjande av försäkringssystemet, en fråga som jag återkommer till i det följande. För att bibehålla nuvarande balans mellan parterna i nämnden föranleder mitt förslag till egen representation för landstingen att arbetstagarrepresentationen bör utökas i motsvarande mån. Mot bakgrund härav kommer jag att förelägga regeringen förslag till ändrad sammansättning av yrkesinspektionsnämnderna, vilket tillgodoser kravet på att parterna blir lika företrädda.

När det gäller den regionala samverkan vill jag även betona vikten av att de aggregerade hälso- och miljödata som kommer fram i företagshälsovårdens verksamhet – självfallet med beaktande av sekretess- och integritetskraven – tas till vara i landstingens hälso- och sjukvårdsplanering. Härigenom kan bl. a. hälso- och vårdpolitiska grupper, som kan behöva särskilda insatser, identifieras.

I arbetet med att utveckla och bygga ut företagshälsovården framhåller utredningen yrkesinspektionens funktion som informatör och rådgivare. Enligt utredningen har inspektionen ett särskilt ansvar när det gäller att bevaka att resurser också byggs upp för de företag som inte omfattas av arbetsmiljöavtal. Utredningen bedömer att det är nödvändigt att inspektionen riktar särskilda informationsinsatser om företagshälsovård till dessa företag. Även jag anser att yrkesinspektionen har en viktig uppgift när det gäller att informera dessa företag om företagshälsovården som medel att forma en god arbetsmiljö liksom om vikten av att utveckla ett lokalt samarbete om arbetsmiljöfrågor. Företagshälsovården måste ha samarbetspartners i skyddsorganisationen för att kunna verka på avsett sätt. Därför krävs att yrkesinspektionen prioriterar insatser för att förbättra skyddsarbetet och arbetsmiljömedvetandet i de små företagen. En sådan inriktning av yrkesinspektionens verksamhet ligger i linje med arbetarskyddsstyrelsens strävan att inom ramen för det regionala tillsynsarbetet stärka den lokala skyddsverksamheten och främja utvecklingen av företagshälsovården.

Central samverkan

Den till arbetarskyddsstyrelsen knutna företagshälsovårdsdelegationen har till uppgift att fortlöpande följa och främja företagshälsovårdens utveckling i landet och vara ett organ för kontakt, samråd och samverkan mellan företrädare för arbetsmarknaden, hälso- och sjukvården och arbetarskyddet. Det är utredningens uppfattning att delegationen, med i huvudsak den sammansättning den har i dag, bör fortsätta att vara ett forum för central samverkan när det gäller företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling. Flertalet av de remissinstanser, som har behandlat denna fråga,

delar utredningens uppfattning, vilken även jag i allt väsentligt kan instämma i. Genom sin förankring hos arbetsmarknadens parter och berörda myndigheter har delegationen, enligt min mening, en central uppgift som rådgivande organ till arbetarskyddsstyrelsen när det gäller att följa och främja utvecklingen av företagshälsovården.

Utredningen föreslår att delegationen, utöver nuvarande arbetsuppgifter, även får i uppgift att följa och främja den sjukhusanknutna yrkesmedicinen. Jag ansluter mig till denna uppfattning. De yrkesmedicinska klinikerna har en central roll att spela som stödorgan och kvalificerad utredningsresurs till företagshälsovården. En utbyggd yrkesmedicinsk verksamhet inom hälso- och sjukvården ökar därför förutsättningarna för att få en väl fungerande företagshälsovård. Jag vill här erinra om att regering och riksdag i 1981 års budgetproposition (1980/81: 100, bil. 15, SoU 24, rskr 263) har tagit ställning till företagshälsovårdsutredningens tidigare framlagda förslag om utbyggnad av yrkesmedicinen.

I likhet med utredningen anser jag att företagshälsovårdsdelegationen i fortsättningen skall ha följande uppgifter.

- Att vara ett centralt organ för samverkan och information rörande företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling.
- Att verka för en ändamålsenlig användning av resurserna för företagshälsovård och att centralt svara för samverkan med samhällets hälso- och sjukvård och andra resurser.
- Att vid behov ange riktlinjer för och stödja det regionala samarbetet om företagshälsovård i yrkesinspektionsnämnderna.
- Att i nära samverkan med yrkesinspektionsnämnderna följa utvecklingen av företagshälsovården.
- Att ange riktlinjer för utbyggnaden av företagshälsovårdens personalresurser och ta initiativ till nödvändiga utbildningsinsatser vad gäller innehåll, dimensionering och lokalisering.
- Att ägna uppmärksamhet åt behörighets- och kompetensfrågor för personalen i företagshälsovården och utfärda rekommendationer i sådana frågor.
- Att följa och främja utbyggnad och utveckling av yrkesmedicinen.

Jag har för avsikt att föreslå regeringen att de nämnda uppgifterna får ingå i en instruktion för företagshälsovårdsdelegationen.

Utredningen föreslår, att i delegationen skall finnas företrädare för arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen samt för LO, TCO, Centralorganisationen SACO/SR, SAF, Kommunförbundet, Landstingsförbundet och staten på så sätt att parterna blir lika företrädda. För ledamöter bör liksom nu utses suppleanter. Jag kan biträda utredningens förslag i denna del. Utredningen föreslår dessutom att samverkan med AMS, t. ex. i anpassningsfrågor i fortsättningen bör kunna ske genom adjungering.

AMS, som för närvarande har en ledamot i delegationen, har i sitt remissvar inget att erinra mot utredningens förslag. Med hänsyn till bety-

delsen av en ökad samverkan och samordning i anpassningsfrågor, vilket har belysts i samverkanskommittén, som jag återkommer till i det följande, anser jag dock att AMS även fortsättningsvis bör vara representerad i delegationen. Även utbildnings- och kompetensfrågorna förutsätter ett alltmer fördjupat samarbete mellan högskoleorganisationen och arbetarskyddsstyrelsen. Jag anser därför att delegationen bör förstärkas med en företrädare för UHÄ. Jag återkommer i det följande till dessa samverkansfrågor.

Kostnaderna för delegationens verksamhet skall liksom nu bestridas med medel anvisade under arbetarskyddsstyrelsens myndighetsanslag. Eventuellt ökade kostnader för verksamheten får finansieras genom omprioriteringar inom styrelsens verksamhetsområde.

Ingripande med stöd av lag i särskilda fall

Arbetsmiljöutredningen framhöll i sitt slutbetänkande, Arbetsmiljölag (SOU 1976: 1) att den föreslagna arbetsmiljölagstiftningen bygger på "att arbetsgivaren tillhandahåller resurser för kontroll av arbetsmiljön samt ansvarar för att de anställdas förhållanden är tillfredsställande från säkerhets-, hälso- och anpassningssynpunkt". Utredningen ansåg vidare, att "företagshälsovården utgör ett väsentligt medel för fullgörande av dessa skyldigheter". Med denna utgångspunkt förutsatte arbetsmiljöutredningen, "att landets arbetsplatser täcks av företagshälsovård med i olika avseenden specialiserad personal som kan spåra och värdera risker och ge förslag till eller vidta förebyggande åtgärder".

Det är enligt min mening helt klart att arbetsmiljöutredningen såg företagshälsovården som ett instrument för att förverkliga intentionerna i den nya arbetsmiljölagstiftningen. Utredningen utgick vidare från att företagshälsovården skulle vara heltäckande, dvs. omfatta alla arbetsplatser och anställda. Däremot gick utredningen inte in på frågan om alla yrkesverksamma, dvs. även t.ex. egenföretagare skulle ha tillgång till företagshälsovård.

Arbetsskador är ofta en följd av brister i arbetsmiljön. För de drabbade och deras familjer kan skadorna innebära påfrestningar i form av sjukskrivningar, invaliditet eller för tidig död. För samhället medför arbetsskadorna varje år stora kostnader till följd av produktionsbortfall, vårdavgifter och ersättning till de drabbade. Företagshälsovårdens förebyggande insatser kan ha stor betydelse för att komma till rätta med brister i arbetsmiljön. Inte minst gäller detta i de fall där kunskap och medvetenhet om arbetsmiljöfrågor är bristfällig och ett systematiskt arbete för att förbättra arbetsmiljön saknas.

Som jag tidigare anfört har jag inte för avsikt att nu föreslå en generellt tvingande lagstiftning för arbetsgivare att föranstalta om företagshälsovård. I avsikt att markera den vikt som jag tillmäter företagshälsovårdens förebyggande insatser i arbetsmiljöarbetet vill jag emellertid föreslå att i

arbetsmiljölagen (3 kap. 2 §) införs en bestämmelse som ålägger arbetsgivare att föranstalta om företagshälsovård om arbetsförhållandena så påkallar och i den omfattning som verksamheten kräver.

Med stöd av den bestämmelsen skall yrkesinspektionen i vissa enskilda fall kunna gripa in med föreläggande mot en arbetsgivare att föranstalta om företagshälsovård för sina anställda. Ett sådant föreläggande bör kunna förenas med vite. Bestämmelser om möjlighet för yrkesinspektionen att meddela föreläggande eller förbud för att i det enskilda fallet säkra efterlevnaden av arbetsmiljölagen finns i 7 kap. 7 §. Eftersom befogenheten för yrkesinspektionen att meddela förbud för arbetsgivaren att fortsätta verksamheten närmast är avsedd för vissa konkreta farosituationer, skall denna möjlighet inte komma till användning när det gäller frågan om skyldighet att föranstalta om företagshälsovård. Inte heller skall någon straffsanktion mot arbetsgivaren kunna förekomma förrän denne underlåter att följa ett föreläggande från yrkesinspektionen. Talan mot ett beslut av yrkesinspektionen avseende företagshälsovård bör få föras hos arbetarskyddsstyrelsen genom besvär. Jag har också funnit det mest ändamålsenligt att regeringen som sista instans prövar besvär över beslut om företagshälsovård.

Den föreslagna bestämmelsen får självklart inte tolkas som en generell lagfäst skyldighet för alla arbetsgivare att föranstalta om företagshälsovård. Jag vill i detta sammanhang understryka grundprincipen att företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad liksom hittills i första hand bör vara en angelägenhet för och vila på samverkan mellan arbetsmarknadens parter.

Det kan emellertid enligt min mening finnas arbetsmiljöer där arbetsuppgifterna är förenade med så speciella påfrestningar och risker för de anställda att tillgång till företagshälsovård måste ses som en absolut nödvändighet för att förebygga ohälsa eller olycksfall. Jag vill erinra om att arbetsmiljölagen redan i dag lägger vidsträckta förpliktelser på arbetsgivaren. Enligt lagen skall en arbetsgivare vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Han skall ägna uppmärksamhet åt att arbetet planläggs och anordnas så, att en tillfredsställande arbetsmiljö skapas. Arbetsmiljölagen utgår från att det är arbetsgivaren som skall tillhandahålla de resurser som är nödvändiga för övervakning av arbetsmiljön samt ansvara för att de anställdas förhållanden är tillfredsställande från säkerhets-, hälso- och anpassningssynpunkt. Arbetsgivaren skall också svara för att mätningar och provtagningar samt analys och utvärdering sker i tillräcklig omfattning och med den noggrannhet som erfordras. Det finns vidare ett allmänt ansvar för arbetsgivaren att se till att hälsoövervakning och medicinska kontroller kommer till stånd i behövlig omfattning.

För att ett ingripande med föreläggande skall få ske måste, enligt min mening, först alla möjligheter till frivillig anslutning till företagshälsovård inom rimlig tid vara uttömda. Jag förutsätter att arbetsmarknadens parter

lever upp till det ansvar de påtagit sig när det gäller företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad och söker finna praktiska lösningar för anslutning av framför allt företag med arbetsmiljöer som jag här syftar på.

Om det föreligger arbetsmiljöavtal och överenskommelser om företagshälsovård mellan parterna regleras företagshälsovårdens innehåll, m. m. genom dessa. Med hänsyn till att det även utanför det kollektivavtalsreglerade området måste finnas normer för hur företagshälsovården skall utformas bör det ankomma på arbetarskyddsstyrelsen att med stöd av bemyndigandet i 18 § arbetsmiljöförordningen (1977: 1166) utfärda närmare föreskrifter. Sådana föreskrifter bör i första hand gälla arbetsgivare med verksamhet som inte omfattas av avtal om företagshälsovård och där företagshälsovård måste ses som en absolut nödvändighet för att förebygga ohälsa eller olycksfall hos de anställda.

När det gäller arbetsplatser som omfattas av kollektivavtal om företagshälsovård men där arbetsgivaren likväl inte föranstaltat om sådan vård för sina anställda, är det i första hand en uppgift för den fackliga organisationen att med stöd av gällande avtal verka för att så sker. Med hänsyn härtill bör det enligt min mening inte annat än i undantagsfall finnas skäl att meddela föreläggande om företagshälsovård gentemot en kollektivavtalsbunden arbetsgivare. Om en sådan arbetsgivare trots detta inte föranstaltar om företagshälsovård för sina anställda anser jag att det är rimligt att den föreslagna bestämmelsen i arbetsmiljölagen skall kunna tillämpas. Detta är inte att betrakta som ett avsteg från grundprincipen att innehållet i företagshälsovården skall regleras genom överenskommelser mellan parterna på arbetsmarknaden. Det är sålunda enligt min mening uppenbart att arbetsförhållandena även på arbetsplatser som omfattas av kollektivavtal om företagshälsovård kan vara sådana att tillgång till företagshälsovård måste ses som en absolut nödvändighet för att förebygga ohälsa eller olycksfall hos de anställda. Om föreläggande i enlighet med detta resonemang meddelas mot en kollektivavtalsbunden arbetsgivare bör yrkesinspektionsnämnden vid sin bedömning utgå från de krav på företagshälsovårdens innehåll som regleras i det arbetsmiljöavtal eller motsvarande som gäller för branschen.

I de flesta fall har man att räkna med att en icke kollektivavtalsbunden arbetsgivare på vilken den föreslagna bestämmelsen blir tillämplig ansluter sig till någon redan befintlig företagshälsovårdsenhet. Detta är emellertid inte nödvändigt. För den händelse arbetsgivaren väljer att föranstalta om företagshälsovård utanför de redan befintliga företagshälsovårdsenheterna måste emellertid den anlitade företagshälsovården ha en viss kvalitet och omfattning. Vid min behandling av förslaget till nytt ersättningssystem för företagshälsovården kommer jag i det följande att föreslå att vissa allmänna villkor skall ligga till grund för ersättningen samt att verksamheten i de fall kollektivavtal saknas skall drivas enligt normer som anges i centrala

avtal på det privata området. Eftersom föreläggandenom företagshälsovård närmast torde bli aktuella i fråga om mindre företag inom tillverknings- och servicesektorerna anser jag att arbetarskyddsstyrelsen vid utfärdande av riktlinjer för handläggning av föreläggande om företagshälsovård bör ta utgångspunkt i de arbetsmiljöavtal eller motsvarande som gäller för dessa sektorer.

Som jag tidigare har anfört är det emellertid grundläggande att företagshälsovården utformas med beaktande av förutsättningarna och behoven i det enskilda företaget. Jag förutsätter att arbetarskyddsstyrelsen kommer att ge yrkesinspektionen den vägledning som behövs för att den föreslagna bestämmelsen i arbetsmiljölagen skall kunna tillämpas på ett enhetligt och riktigt sätt. Arbetarskyddsstyrelsens riktlinjer för yrkesinspektionens handläggning av ärenden om föreläggande avseende företagshälsovård får emellertid inte utformas så att de kan komma att uppfattas som normerande för utbyggnaden av företagshälsovården i allmänhet. Jag utgår från att arbetarskyddsstyrelsen utfärdar riktlinjer i nära samråd med arbetsmarknadsparterna och att man därvid beaktar nämnda frågor.

Från samhällets utgångspunkt är arbetarskydd inte något som enbart hör samman med anställningsförhållandet. I och med den nya arbetsmiljölagen kom lagstiftningen att vidgas till att i princip också gälla ensamföretagare. Med ensamföretagare likställs den som utför yrkesmässigt arbete tillsammans med familjemedlemmar, om dessa inte är att anse som arbetstagare och det inte heller finns någon annan anställd i företaget. I sitt slutbetänkande anförde arbetsmiljöutredningen att det var naturligt att söka tillämpa samma reglering av arbetsmiljön för företag med anställda och företagare utan anställda eftersom de senare i stor utsträckning utför liknande arbetsuppgifter som arbetstagare. Företagshälsovårdsutredningen har i sitt slutbetänkande framhållit att ensamföretagare kan ha arbetsmiljöproblem som är väl så besvärliga som i företag med anställda. Arbetsmiljöavtalen med vidhängande riktlinjer om företagshälsovård omfattar inte den del av arbetsmarknaden där det saknas regelrätta anställningsförhållanden. Ensamföretagare liksom personer som för gemensam räkning utför arbete är grupper som faller utanför avtalens område. Jag delar företagshälsovårdsutredningens uppfattning om behovet av företagshälsovård även för dessa företagare. Jag kommer i det följande att föreslå att de också skall omfattas av det nya ersättningssystemet för företagshälsovård. Samtidigt anser jag, med hänsyn till att arbetsmiljölagens bestämmelser rörande bl. a. arbetslokaler inte fullt ut är tillämpliga på ensamföretagare och med hänsyn även till den särskilda inspektionsbestämmelsen i 15 § andra stycket arbetsmiljöförordningen, att den av mig nu föreslagna bestämmelsen i arbetsmiljölagen inte bör gälla denna kategori. Den bör däremot i princip gälla när två eller flera personer för gemensam räkning yrkesmässigt driver verksamhet utan att ha arbetstagare anställd, dock ej om verksamheten bedrivs endast av medlemmar av samma familj. Med hänsyn till utformningen av bestäm-

melserna i 3 kap. 5 § första stycket arbetsmiljölagen behövs det ingen särskild bestämmelse för att utmärka detta.

Ett genomgående drag i den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården måste, enligt företagshälsovårdsutredningens mening, vara att arbetarskyddsstyrelsens och yrkesinspektionens arbete nära förankras hos arbetsmarknadens parter. Detta uttalande har jag tidigare understrukit betydelsen av. Verksamheten i såväl arbetarskyddsstyrelsen som yrkesinspektionen leds av partssammansatta organ. Det bör därför vara en uppgift för yrkesinspektionen och yrkesinspektionsnämnden att verka för att företagshälsovård kommer till stånd på frivillig väg. Genom den överblick och de kontakter med företagen som inspektionen har i sin dagliga verksamhet bör den med framgång kunna stötta parterna i deras strävanden att utveckla företagshälsovården. Jag kommer i det följande att föreslå att yrkesinspektionsnämnden skall pröva ansökningar om ersättning till företagshälsovård. Principiella frågor och samverkansfrågor kan därför med fördel avhandlas i anslutning till yrkesinspektionsnämndens bidragsprövning. Frågan om ingripande i form av föreläggande för enskild arbetsgivare att ansluta sig till företagshälsovård bör, enligt min mening, också behandlas av nämnden. Därvid finns möjligheter att anpassa kraven i föreläggandet efter möjligheterna att bereda företagshälsovård inom regionen.

2.2.3 Personal- och utbildningsfrågor

Arbetsmiljöfrågorna är i allmänhet så sammansatta att de måste angripas på bred front av företagshälsovårdens personal. I likhet med utredningen vill jag framhålla arbetets karaktär av lagarbete och vikten av att verksamheten präglas av en helhetssyn på människan i arbetsmiljön.

Utredningen har ingående belyst vilka personalkategorier som bör finnas i företagshälsovården och deras respektive ansvarsområden samt hur personalbehovet skall kunna tillgodoses under de närmaste tio åren.

När det gäller frågan om personalens sammansättning vill jag för egen del understryka vikten av att företagshälsovården är tillräckligt flexibel för att kunna möta de snabba strukturförändringarna i arbetslivet och anpassa personalsammansättning och arbetsuppgifter därefter. Vissa enheter kommer t. ex. att ha ett stort behov av kompetens inom det psykosociala området, andra inom det kemiska området etc. Som jag tidigare har framhållit måste företagshälsovårdens organisation och innehåll i fortsättningen differentieras i större utsträckning än hittills för att kunna tillgodose de många små företagens faktiska behov av service. Mot denna bakgrund anser jag det inte möjligt att med säkerhet förutse vilken personalsammansättning och personaltäthet som är mest ändamålsenlig i företagshälsovården på längre sikt. Även det förslag till ett starkt reformerat ersättningssystem för företagshälsovården, som jag kommer att framlägga i det följande, kan genom sin verksamhetsneutrala karaktär, väntas påverka det långsik-

tiga behovet av olika personalkategorier. Jag anser också att de olika arbetsmiljöavtalen med riktlinjer för företagshälsovården bör vara vägledande för ställningstagande till personalbehovet inom olika områden. Det bör vidare vara en uppgift för företagshälsovårdsdelegationen att fortlöpande följa personalbehovet i företagshälsovården och lämna förslag till nödvändiga utbildningsinsatser.

Jag har tidigare framhållit vikten av att kvalitetsfrågorna får en framskjuten plats i arbetet med att utveckla och bygga ut företagshälsovården. Kvalitetsfrågorna är nära förknippade med personalens utbildning och kompetens. En kvalitativt högtstående företagshälsovård förutsätter att dess personal är kvalificerad och har en utbildning som svarar mot de speciella krav som arbetsuppgifterna inom företagshälsovården ställer.

Utredningen har utarbetat detaljerade förslag angående den framtida utbildningen av företagshälsovårdens olika personalkategorier. De ändringar som utredningen föreslår i fråga om utbildning utgår bl. a. från följande principiella utgångspunkter. En anpassning skall eftersträvas till högskolans system för grund- och vidareutbildning. Utbildningen skall vara generell med hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden. Branschinriktad utbildning bör anordnas endast på efterutbildningsnivå. Handledd praktisk tjänstgöring skall utgöra ett väsenligt inslag i den framtida företagshälsovårdsutbildningen. Utbildningarna skall utformas och dimensioneras så att den pågående utbyggnaden av företagshälsovården inte stannar upp utan kan fortsätta i åtminstone nuvarande takt. Företagshälsovårdens personal skall vara utbildad för arbetet i företagshälsovården före anställning.

I likhet med det stora flertalet remissinstanser ansluter jag mig i allt väsentligt till dessa övergripande målsättningar. Jag återkommer till utredningens förslag beträffande de enskilda utbildningarna mera detaljerat i det följande.

Utredningen föreslår också att utbildningen i företagshälsovård, för att bli lätt tillgänglig för de studerande, bör spridas i landet. Utbildningscentra med utbildning för två eller flera kategorier befattningshavare i företagshälsovården skall eftersträvas. Jag ställer mig av flera skäl tveksam till detta förslag. Enligt min mening måste i första hand de kompetensmässiga förutsättningarna, dvs. tillgången till kvalificerade lärare och handledare, tillmätas stor betydelse för att utbildningen skall kunna hållas på en kvalitativt hög nivå. Genom att koncentrera utbildningen till några orter ökar man förutsättningarna för att bra utbildningsinstitutioner skall växa fram. Även resursskäl talar för en sådan koncentration av utbildningsutbudet. Dessutom torde utbildningsbehovet vara så pass begränsat att det av det skälet inte kan bli frågan om ett större antal utbildningscentra. När det gäller att tillgodose tillgänglighetskravet vill jag i stället framhålla den möjlighet som i dag finns att bedriva utbildning som distansundervisning. Denna studieform ger också möjlighet att organiscra utbildningen så att

man får den samordning av utbildningen för flera personalkategorier som utredningen eftersträvar. Det är enligt min mening väsentligt att redan under utbildningen betona det lagarbete som skall ligga till grund för verksamheten inom företagshälsovården. Med en lämplig uppläggning av utbildningen bör man kunna befrämja samverkan mellan olika personalkategorier inom företagshälsovården.

I fråga om högskolan är förutsättningarna för att denna på längre sikt skall kunna ge kvalificerad utbildning för företagshälsovårdens personal goda. Under 1970-talet har inom högskolan byggts upp vissa resurser för forskning och utbildning på det arbetsvetenskapliga området. Inom högskolan finns således redan i dag kompetens inom flera ämnesområden av intresse för berörd utbildning. Remissvaren visar, förutom många exempel på sådan specialkompetens, också att det finns ett intresse vid olika högskoleenheter för att engagera sig i denna uppgift.

Det är emellertid, enligt min mening, väsentligt att också ta till vara den specialinriktade kompetens och erfarenhet av utbildning inom området som under en lång följd av år har byggts upp vid arbetarskyddsstyrelsen. Styrelsen är enligt statsmakternas beslut ansvarig central utbildningsmyndighet för företagshälsovårdens personal och svarar också för den utan jämförelse största delen av nuvarande specialutbildning av olika personalkategorier inom företagshälsovården. Vid styrelsens forskningsavdelning, som sysselsätter ca 330 personer i Stockholm och Umeå, finns f. n. 25 professorer och laboratorer, vilka också ingår i resp. fakultetskollegium inom högskolan. Inom det arbetsvetenskapliga området finns vid avdelningen kompetens inom de medicinska, fysiologiska, toxikologiska, beteendevetenskapliga, tekniska och kemiska ämnesområdena. Avdelningen har också ett omfattande samarbete med universitet och högskolor, främst genom att forskarutbildning är förlagd till avdelningen, men också genom att ett stort antal forskningsprojekt genomförs tillsammans med olika högskoleinstitutioner. Till styrelsens utbildningsresurser hör också landets största bibliotek inom det arbetsvetenskapliga och arbetsmedicinska området samt en väl fungerande utbildningsadministration, inkl. nyligen färdigställda undervisningslokaler och laboratorier. Jag vill i detta sammanhang erinra om att jag i 1983 och 1984 års budgetpropositioner föreslog att medel skulle ställas till arbetarskyddsstyrelsens förfogande för att uppbyggnaden av ett s. k. ansvarsbibliotek med nationellt ansvar för vetenskaplig och teknisk informationsförsörjning i arbetsmiljöfrågor skulle kunna påbörjas vid styrelsen. Medel har därefter anvisats av riksdagen.

Mot denna bakgrund finns det enligt min mening all anledning att nu samlat ta till vara såväl högskolans som arbetarskyddsstyrelsens kompetens och utbildningsresurser för att kunna tillgodose det personalbehov som en utbyggnad av företagshälsovården kräver. Inte minst med hänsyn till det begränsade budgetutrymmet är en sådan samordning och samverkan nödvändig. Arbetarskyddsstyrelsens och högskolans kapacitet för ut-

bildning av företagshälsovårdens personal bör därför planeras i ett sammanhang. Jag delar utredningens uppfattning att UHÄ tillsammans med arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen nu bör överväga på vilket sätt samverkan och samordning rörande företagshälsovårdsutbildningen bäst kan uppnås. Jag har inhämtat att chefen för utbildningsdepartementet avser att föreslå regeringen att ge UHÄ ett sådant uppdrag. En av utgångspunkterna när det gäller utbildningarnas dimensionering blir företagshälsovårdens utbyggnadstakt och den anslutning till företagshälsovården som kan förväntas, bl. a. mot bakgrund av mitt förslag om ett nytt ersättningssystem för företagshälsovården.

Utredningen framhåller att den företagshälsovårdsutbildning som anordnas av arbetarskyddsstyrelsen i alla avseenden är jämförbar med högskoleutbildning. Utredningen anser det viktigt att de studerande, oavsett var de genomgår företagshälsovårdsutbildning, gör det utifrån samma mål och krav för utbildningen samt får den likvärdigt bedömd både på arbetsmarknaden och vid tillträde till annan utbildning. Utredningen föreslår därför att UHÄ verkar för att arbetarskyddsstyrelsens utbildningar för personal inom företagshälsovården med avseende på meritvärde jämställs med motsvarande utbildning i högskolan. Jag delar denna uppfattning. Som jag nyss har nämnt anser jag det dessutom angeläget att arbetarskyddsstyrelsens kompetens och övriga utbildningsresurser utnyttjas även i framtiden inom av högskolan anordnad utbildning för företagshälsovårdens personal. UHÄ bör därför, inom ramen för det ovan nämnda uppdraget, även överväga praktiska arrangemang för att arbetarskyddsstyrelsens kurser för företagshälsovårdens personal skall kunna tillgodoräknas inom ramen för högskoleutbildning. Detta kan t. ex. underlättas av att högskoleförordningen till viss del görs tillämplig på styrelsens utbildningsverksamhet.

Jag övergår nu till att mera i detalj kommentera utredningens förslag beträffande de enskilda utbildningarna för företagshälsovårdens olika personalkategorier.

Utbildning av företagsläkare

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

Utredningens förslag innebär att block för underläkartjänstgöring, s. k. FV-block (block för fortsatt vidareutbildning) för företagsläkare inrättas.

Detta förutsätter att landstingen och arbetsgivarna är beredda att inrätta utbildningstjänster och medverka med handledning inom respektive område. Utredningen räknar med att det vid fullt utbyggd specialistutbildning kommer att behövas ca 90 FV-block per år, vilket motsvarar ca 135 utbildningstjänster inom företagshälsovården. Förslaget innebär att företagsläkarutbildningen i sin nuvarande form trappas ned i takt med att FV-block och utbildningstjänster inrättas. Därvid förutsätts att arbetarskyddsstyrelsens kurser i företagshälsovård går in som en del i den nuvarande utbildningen.

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

Remissinstanserna biträder i princip förslaget att göra företagshälsovård till medicinsk specialitet. Flera landsting är emellertid tveksamma till möjligheterna att i tillräcklig omfattning anordna utbildningsplatser och tillhandahålla handledarresurser inom företagshälsovården. Vidare anser flera remissinstanser att frågan om huvudmannaskapet för utbildningen liksom frågan om finansieringen av de FV-block som fullgörs inom företagshälsovård i privat regi är oklara och kräver ytterligare utredning. Socialstyrelsen framhåller att införande av företagshälsovård som specialitet strider mot de allmänna strävandena att samordna och begränsa specialitetsuppdelningen i vidareutbildningssystemet för läkare. I dag finns 44 specialiteter och dessutom 16 s.k. behörighetsämnen. Från utbildningssynpunkt innebär en sådan uppdelning, enligt socialstyrelsens mening, att vissa specialiteter och sjukhuskliniker orimligt belastas av tjänstgöringar. Frågan om företagshälsovården som specialitet samt dess inriktning, omfattning och eventuella samordning med närliggande specialiteter måste, enligt socialstyrelsens uppfattning, prövas i samband med en total översyn av vidareutbildningen av läkare. Liknande synpunkter har framförts av bl.a. Landstingsförbundet.

För egen del anser jag att frågan om att inrätta företagshälsovård som en egen specialitet måste pröva ytterligare, bl.a. mot bakgrund av de synpunkter som har framkommit under remissbehandlingen. Enligt vad jag har inhämtat från statsrådet Sigurdsen kommer en utredning att tillsättas under hösten som enligt sina direktiv skall göra en samlad översyn av vidareutbildningssystemet för läkare. Jag förutsätter att denna utredning prövar om företagshälsovård skall utgöra en egen specialitet eller om utbildningen bör samordnas med närliggande specialiteter, t.ex. yrkesmedicin, samt i övrigt beaktar de synpunkter som har framförts av företagshälsovårdsutredningen och remissinstanserna i denna fråga.

För närvarande pågår en försöksverksamhet med FV-block i företagshälsovård. Syftet är att pröva hur tjänstgöring i företagshälsovård kan inordnas i det reguljära vidareutbildningssystemet för läkare som hittills enbart avsett offentlig hälso- och sjukvård. Syftet är också att studera hur tjänstgöring och handledning inom företagshälsovården kan läggas upp. Enligt min mening bör denna försöksverksamhet utvärderas innan slutlig ställning tas till utformning av och innehåll i en eventuell specialistutbildning av läkare inom området företagshälsovård. Jag utgår från att ovannämnda utredning i sin översyn av vidareutbildningssystemet för läkare även beaktar erfarenheterna av denna försöksverksamhet.

Samtidigt vill jag framhålla att det kommer att ta tid innan effekterna av en eventuell specialistutbildning av läkare inom området företagshälsovård får genomslag i den praktiska verksamheten. Under en relativt lång övergångstid måste därför liksom nu läkare rekryteras till företagshälsovården från andra specialistområden, t. ex. allmänmedicin och internmedicin för att utbyggnaden av företagshälsovården skall kunna fullföljas. Det är givetvis angeläget att dessa läkare även i fortsättningen ges möjlighet till specialutbildning i arbetarskyddsstyrelsens regi inom ämnesområden som är väsentliga för verksamheten inom företagshälsovården.

Utbildning av företagssköterskor

Den framtida företagssköterskeutbildningen bör, enligt utredningens mening, förbereda för ett vidgat arbetsfält för företagssköterskorna. Utredningen föreslår att vidareutbildningen till företagssköterska på längre sikt utökas till att omfatta 40 poäng och bygga på den nya grundutbildningen för sjuksköterskor om 80 poäng inom hälso- och sjukvårdslinjen i högskolan samt minst två års arbete som sjuksköterska. Av den föreslagna vidareutbildningens 40 poäng bör ca 15 poäng bestå av praktik i företagshälsovård och ca 25 poäng av teoretisk utbildning. Möjligheterna till samordning mellan vidareutbildningen i företagshälsovård och vidareutbildningen i öppen hälso- och sjukvård skall enligt utredningens uppfattning prövas.

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

Flertalet remissinstanser som har behandlat denna fråga pekar på att den föreslagna vidareutbildningen för företagssköterskor i flera avseenden sammanfaller med nuvarande vidareutbildning i öppen hälso- och sjukvård. Mot den bakgrunden framhåller bl. a. Landstingsförbundet och flera landsting vikten av att alla samordningsmöjligheter mellan de två utbildningsvägarna ingående prövas. Arbetarskyddsstyrelsen instämmer i utredningens förslag till förändring i uppläggningen av företagssköterskeutbildningen och betonar vikten av att den praktiska tjänstgöringen får motsva-

rande innehåll, omfattning och betydelse som den för närvarande har. Den planerade dimensioneringen av företagssköterskeutbildningen bör därför, enligt styrelsens mening, ses i förhållande till tillgången på lämpliga praktikplatser. Socialstyrelsen ställer sig tveksam till att en påbyggnadslinje i företagshälsovård specifikt för sjuksköterskor inrättas. Skälet anges vara att verksamhetsområdet i stor utsträckning är detsamma som det påbyggnadslinjen i öppen hälso- och sjukvård förbereder sjuksköterskan för och att verksamhetsområdet inte är större än att högst 5% av antalet sjuksköterskor beräknas komma att vara verksamma inom detsamma. En alltför snäv inriktning och specialisering kan, enligt socialstyrelsens mening, försvåra rekryteringen till hälso- och sjukvårdens olika delar och försämra sjuksköterskornas möjigheter att på ett flexibelt sätt verka inom olika delar av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen anser vidare att den nuvarande vidareutbildningen inom öppen hälso- och sjukvård bör ligga till grund för tjänstgöring som företagssköterska. De speciella utbildningsinsatser som krävs för företagshälsovård bör, enligt socialstyrelsens uppfattning, generellt kunna genomföras som efterutbildning, t.ex. som enstaka kurser inom den kommunala högskoleutbildningens ram. UHÄ ifrågasätter om landstingen skall ges ett utbildningsansvar för annat än det egna ansvarsområdet, hälso- och sjukvården. UHÄ föreslår att som huvudalternativ till den nuvarande utbildningshuvudmannen bör den statliga högskolan övervägas. Enligt UHÄ:s bedömning förefaller vidare ett poängtal kring 20 som rimligt om utbildningen skall bedrivas som en av riksdagen inrättad påbyggnadslinje.

Jag delar utredningens uppfattning att det finns skäl att på längre sikt inordna vidareutbildningen av företagssköterskor i högskolan. Frågan om huvudman för utbildningen måste emellertid övervägas ytterligare. Enligt min mening bör tillgången till kompetenta lärarkrafter och andra utbildningsresurser därvid avgöra valet av huvudman för vidareutbildningen. Jag har vidare tagit fasta på utredningens uppfattning att en samordning av utbildningen av olika personalkategorier i företagshälsovården bör eftersträvas.

Dessa förslag bör beredas vidare. Ett uppdrag till UHÄ behöver därför aktualiseras. En viktig utgångspunkt är därvid frågan hur vidareutbildningen för sjuksköterskor, sjukgymnaster och skyddsingenjörer kan samordnas. UHÄ bör även pröva förutsättningarna för att låta arbetarskyddsstyrelsen, som en av flera utbildningsanordnare, svara för vissa delar av en sådan framtida vidareutbildning. Uppdraget bör genomföras i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och Landstingsförbundet.

I likhet med utredningen anser jag det angeläget att arbetarskyddsstyrelsen tills vidare fortsätter att anordna specialutbildning för företagssköterskor i samma omfattning som hittills. Efterfrågan på denna utbildning från såväl redan verksamma företagssköterskor som sjuksköterskor som inte har anställning inom företagshälsovården är mycket omfattande. Jag har

vidare erfarit att arbetarskyddsstyrelsen fr. o. m. innevarande budgetår har ändrat uppläggningen av utbildningen till företagssköterska i enlighet med vad utredningen har förordat samt har planer på att förlägga företagssköterskeutbildningen även till andra orter än Stockholm.

Beträffande undersköterskor i företagshälsovården konstaterar utredningen att det inte finns behov av särskild utbildning i företagshälsovård före anställning inom företagshälsovården. Däremot bör enligt utredningens mening viss introduktionsutbildning och orienterande utbildning ges i kursform. Utredningens förslag föranleder ingen erinran från min sida. Undersköterskorna bör självfallet ha samma möjlighet till efterutbildning som andra personalkategorier inom företagshälsovården.

Utbildning av företagssjukgymnaster

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

Utredningen diskuterar vidare möjligheterna att utforma en framtida företagssjukgymnastutbildning som påbyggnadsutbildning till den nya rehabiliteringslinjens inriktning mot sjukgymnastik. Linjen omfattar 100 poäng i högskolan. Utredningen föreslår att UHÄ, i samråd med arbetarskyddsstyrelsen, inom ramen för utredningen om sjukgymnasternas vidareutbildning, undersöker förutsättningarna att inrätta en särskild påbyggnadslinje i företagshälsovård om 20 poäng, för studerande som tidigare genomgått rehabiliteringslinjens inriktning mot sjukgymnastik eller motsvarande.

Flera remissinstanser bedömer det som mycket angeläget att utbildningskapaciteten för företagssjukgymnasterna snarast ökar. Enligt UHÄ:s uppfattning är det samlade behovet av grundläggande utbildning och påbyggnadsutbildning för sjukgymnaster under överblickbar tid väsentligt större än vad högskolan av olika skäl förmår tillgodose. Tillsammans med de personella och andra resurser som arbetarskyddsstyrelsen förfogar över bör dock, enligt UHÄ:s mening, utbildningskapaciteten för företagssjukgymnaster kunna ökas. Remissinstanserna tillstyrker vidare i princip förslaget om en särskild påbyggnadsutbildning för blivande företagssjukgymnaster. UHÄ anför att ämbetet är berett att tillstyrka att en påbyggnadsutbildning för sjukgymnaster med inriktning mot företagshälsovården inrättas. Legitimerade sjukgymnasters riksförbund anser att en påbyggnadsutbildning om 20 poäng för sjukgymnaster i företagshälsovård bör ha samma huvudinnehåll som den nuvarande företagssjukgymnastutbildningen. Inriktningen bör vara en fördjupning av de ämnen som i dag ingår.

Jag delar utredningens och remissinstansernas uppfattning om det stora behovet av utbildning i företagshälsovård av såväl redan verksamma före-

tagssjukgymnaster utan erforderlig specialutbildning som sjukgymnaster som ännu inte har börjat arbeta inom företagshälsovården. Den specialutbildning för företagssjukgymnaster som i dag finns har enbart kommit att avse sjukgymnaster som redan är verksamma i företagshälsovården eftersom antalet utbildningsplatser vida understiger behovet i företagshälsovården. Bristen på utbildningsplatser för företagssjukgymnaster kan enligt min mening innebära problem för företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad såväl i kvantitativt som i kvalitativt avseende: Den ökade uppmärksamheten på belastningssjukdomar och skador till följd av felaktiga arbetsställningar eller felaktig arbetsteknik har medfört att de ergonomiska frågeställningarna fått en alltmer framträdande plats i företagshälsovårdens arbete. Här har företagssjuksgymnasterna en central roll som ergonomiska rådgivare i frågor som rör arbetsställningar, arbetsrörelser och fysisk belastning i arbetet.

Mot denna bakgrund noterar jag därför med tillfredsställelse att arbetarskyddsstyrelsen redan nu har tagit initiativ till en dubblering av antalet platser i företagssjukgymnastutbildningen. Innevarande budgetår genomför styrelsen en kurs som uppdragsutbildning vid universitetet i Lund. Kursen finansieras med medel bl. a. från arbetarskyddsfonden. Styrelsen planerar också att under innevarande budgetår knyta en referensgrupp till företagssjukgymnastutbildningen i likhet med vad som gäller för övriga kurser i företagshälsovård. I referensgrupperna ingår utöver kursledning även företrädare för bl. a. arbetsmarknadens parter. Deras uppgift är att underlätta kontakt och informationsutbytet i frågor med anknytning till resp. utbildning. Det kan t. ex. gälla frågor avseende utbildningens målsättning, innehåll och uppläggning, examinationsformer m. m. Det bör vara en uppgift för arbetarskyddsstyrelsen och dess företagshälsovårdsdelegation att inventera möjligheterna att få fram de ytterligare utbildningsplatser som behövs.

UHÄ har på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna att anordna påbyggnadsutbildning för sjukgymnaster fr. o. m. läsåret 1986/87. UHÄ:s förslag innebär bl. a. att en påbyggnadslinje inrättas för utbildning i sjukgymnastik och en påbyggnadslinje för utbildning i företagshälsovård samt att påbyggnadslinjerna får en omfattning om 20 poäng. Förslaget om påbyggnadsutbildning bereds f. n. i regeringskansliet. Som jag tidigare har nämnt behöver ett uppdrag till UHÄ aktualiseras, vilket bl. a. skall omfatta möjligheterna att eventuellt samordna vissa delar av denna utbildning med motsvarande vidareutbildning för sjuksköterskor och skyddsingenjörer.

Utbildning av skyddsingenjörer

Utredningen presenterar förslag till två nya utbildningsvägar för skyddsingenjörer, vilka båda innebär en kompetenshöjning i förhållande till nuvarande utbildning. Som den ena utbildningsvägen föreslås vidareutbildning motsvarande 40 poäng som bygger på civilingenjörsutbildning eller annan

teknisk utbildning, vilken kompletterad med yrkesverksamhet kan bedömas ge erforderlig teknisk grundkompetens. Som den andra utbildningsvägen föreslås en inriktning inom civilingenjörsutbildningen omfattande 40 poäng av linjens totalt 160 poäng. Enligt utredningens mening finns skäl att anordna båda dessa utbildningar. I inledningsskedet bör emellertid, enligt utredningens uppfattning, vidareutbildningsalternativet prioriteras. Utredningen föreslår att UHÄ verkar för att vidareutbildningen till skyddsingenjör anordnas i högskolan samt prövar förutsättningarna att bygga upp skyddsingenjörsutbildningen som en inriktning inom civilingenjörsutbildningen.

Flera remissinstanser har betonat vikten av att företagshälsovårdens tekniska personal ges en kvalificerad utbildning på högskolenivå. Förslaget att anordna skyddsingenjörsutbildning som en vidareutbildning efter civilingenjörsutbildningen eller motsvarande teknisk grundutbildning tillstyrks av flertalet remissinstanser. Däremot avvisar remissinstanserna genomgående tanken på att skyddsingenjörsutbildningen anordnas som en specialinriktning inom civilingenjörsutbildningen. Som motivering anförs bl. a. arbetsmarknads-, rekryterings- och schematekniska skäl.

För egen del vill jag efter samråd med chefen för utbildningsdepartementet anföra följande.

Frågan om att överföra skyddsingenjörsutbildningen till högskolan måste bedömas med hänsyn till det framtida behovet av skyddsingenjörer. Behovet måste därvid bl. a. ses i relation till den utbyggnadstakt som är att förvänta till följd av det förslag till nytt ersättningssystem för företagshälsovården som jag kommer att presentera i det följande. Jag har även tagit fasta på att arbetarskyddsstyrelsen i sitt remissvar pekat på att de beräkningar beträffande behovet av skyddsingenjörsutbildning som utredningen gör kan ha tagits till i överkant. Enligt styrelsens erfarenhet har det visat sig uppstå vissa svårigheter att på arbetsmarknaden finna anställningsmöjligheter för de skyddsingenjörer som under de senaste åren har utbildats vid styrelsen. Vid sidan av arbetarskyddsstyrelsen bedrivs sedan år 1977 utbildning av skyddsingenjörer även vid högskolan i Jönköping som en lokalt inrättad utbildningslinje. Av linjens totalt 24 utbildningsplatser utnyttjas f. n. 15 platser. Jag har vidare erfarit att den påbyggnadslinje för yrkeshygieniker med totalt 25 nybörjarplatser som har påbörjats den 1 januari 1984 vid universitetet i Lund har haft betydande rekryteringssvårigheter. Mindre än en fjärdedel av utbildningsplatserna har nämligen utnyttjats hittills.

Mot denna bakgrund anser jag att skyddsingenjörsutbildningens framtida utformning, studieorganisation och dimensionering måste övervägas ytterligare. Det bör enligt min mening ingå i det tidigare nämnda uppdraget till UHÄ att i samråd med arbetarskyddsstyrelsen även beakta skyddsingenjörernas framtida utbildning. Möjligheterna att samordna vissa delar av denna utbildning med yrkeshygienikerutbildningen liksom med motsvaran-

de utbildningar för sjuksköterskor och sjukgymnaster bör därvid undersökas. Även förutsättningarna att utnyttja arbetarskyddsstyrelsens utbildningsresurser i en eventuell framtida högskoleutbildning av skyddsingenjörer bör prövas.

Jag vill i detta sammanhang framhålla att flera högskoleenheter i sina remissvar uttalat ett klart intresse för att anordna en vidareutbildning för skyddsingenjörer. Enligt vad jag har erfarit från chefen för utbildningsdepartementet finns inga formella hinder för högskolan att redan nu anordna en sådan vidareutbildning inom ramen för anslaget till lokala och individuella linjer och enstaka kurser, om respektive regionstyrelse är beredd att ställa medel till förfogande härför.

Arbetarskyddsstyrelsen har hittills svarat för den helt övervägande delen av utbildningen av såväl redan verksamma skyddsingenjörer som ingenjörer som ännu inte har anställning inom den tekniska företagshälsovården. För att utbyggnaden av företagshälsovården skall kunna fullföljas är det enligt min mening angeläget att arbetarskyddsstyrelsen även i fortsättningen bibehåller åtminstone nuvarande utbildningskapacitet. Enligt vad jag har erfarit planerar styrelsen att minska antagningen till nuvarande utbildning av verksamma skyddsingenjörer medan utbildningen för blivande skyddsingenjörer kommer att bibehållas på ungefär oförändrad nivå. Anledningen är den minskning av antalet sökande till utbildningen för verksamma skyddsingenjörer som har skett under de senaste åren. I likhet med utredningen och remissinstanserna anser jag det angeläget att skyddsingenjörerna har en god teknisk grundkompetens. Det kan därför, enligt min mening, finnas anledning att se över och eventuellt ändra tillträdesbestämmelserna till denna utbildning i syfte att skärpa kraven. När det gäller skyddsingenjörerna torde vidare kopplingen till teknisk forskning och utveckling vara av stor betydelse för möjligheterna att ge en utbildning som följer kunskapsutvecklingen inom grundläggande ämnesområden inom skyddsingenjörernas arbetsfält. Genom att utbildningen av blivande skyddsingenjörer är förlagd till Solna finns goda förutsättningar att bedriva denna utbildning i samverkan med tekniska högskolan i Stockholm. Denna möjlighet bör tas till vara.

Utbildning av beteendevetare

När det gäller utbildning av beteendevetare inom företagshälsovården konstaterar utredningen att det är svårt att nu ange vilken grundläggande utbildning eller vilken vidareutbildning som bäst lämpar sig för denna personalkategori. I avvaktan på att de psykologiska och sociala arbetsuppgifterna i företagshälsovården preciseras bör man, enligt utredningens uppfattning, överväga på vilket sätt t.ex. psykologutbildningen, socionomutbildningen eller den nyligen inrättade utbildningslinjen för personal- och arbetslivsfrågor kan få ett innehåll som direkt tillgodoser krav som ställs på beteendevetare i företagshälsovården.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att UHÄ får i uppdrag att i samråd med arbetarskyddsstyrelsen utreda behovet av och förutsättningarna för att anordna utbildning med beteendevetenskaplig inriktning för arbete i företagshälsovården. Därvid bör man utreda om vissa grundutbildningar bör profileras mot företagshälsovård eller på annat sätt förstärkas med inslag som rör företagshälsovård. Utredningen föreslår också att UHÄ och arbetarskyddsstyrelsen i det sammanhanget även uppmärksammar behovet av utbildning för beteendevetare som redan arbetar i företagshälsovården utan särskild vidareutbildning för detta.

Som jag tidigare nämnt har flera remissinstanser, som yttrat sig över utredningens betänkande, särskilt uppmärksammat de psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågorna inom företagshälsovården. Många remissinstanser har därvid starkt framhållit att dessa frågor kräver insatser av särskild personal med för uppgiften erforderlig beteendevetenskaplig eller samhällsvetenskaplig utbildning. Det finns t. ex. enligt Statshälsans mening all anledning att förutsätta en utbyggnad av företagshälsovårdens kompetens inom detta område, och att flertalet företagshälsovårdsenheter i framtiden bör ha en särskild psykosocial funktion med särskild utbildad personal. UHÄ ser det som ett rimligt önskemål att företagshälsovårdens behov av utbildade för att hantera psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem beaktas även i den fortsatta utbildningsplaneringen. Företagshälsovårdens närmare kvalitativa och kvantitativa behov av sådana utbildade är emellertid, enligt UHÄ:s uppfattning, inte särdeles väl preciserade i betänkandet. Genom tillskapandet av linjen för personal- och arbetslivsfrågor ges t. ex. möjligheter till grundutbildning med relevans för företagshälsovården. Kurser inom denna linje skulle sannolikt också kunna komma i fråga som vidareutbildning för beteendevetare inom företagshälsovården. Sammanfattningsvis anser ämbetet att ett direkt uppdrag till UHÄ inte förefaller motiverat just nu.

Jag har tidigare framhållit vikten av att de psykologiska och sociala arbetsmiljöproblemen ägnas ökad uppmärksamhet inom företagshälsovården. Det är också angeläget att den personal som skall arbeta med dessa frågor får en med övriga personalkategorier inom företagshälsovården likvärdig utbildning.

Utbildning för beteendevetare bör, enligt min mening, liksom utbildningen för annan personal inom företagshälsovården specialinriktas först efter grundutbildningen, dvs. som vidareutbildning resp. efterutbildning. Jag delar således inte utredningens uppfattning att man bör pröva om vissa grundutbildningar bör profileras mot företagshälsovård. Däremot anser jag det angeläget att vissa utbildningsmoment av mer generell art avseende företagshälsovård liksom arbetsmiljöfrågor i övrigt bör kunna tillföras grundläggande utbildningar inom såväl gymnasieskolan som högskolan i större utsträckning. Det ankommer på SÖ och UHÄ att närmare pröva och besluta om innehållet i utbildningarna inom gymnasieskolan resp. högsko-

lan. Jag förutsätter att SÖ och UHÄ i sin utbildningsplanering fortlöpande bevakar behovet av arbetsmiljöutbildning och av utbildning om företagshälsovårdens förebyggande arbete.

Utredningen betonar att de psykologiska och sociala verksamhetsområdena inom företagshälsovården är under utveckling. Erfarenheter av den fortsatta verksamheten och de behov som framgår därur måste i väsentliga delar bilda underlag för de fortsatta insatserna på området liksom de resurser som behöver avsättas. Företagshälsovårdens psykologiska och sociala arbetsuppgifter måste, enligt utredningens uppfattning, successivt preciseras i nära samverkan mellan arbetsmarknadens parter och företagshälsovårdens personal.

Mot bakgrund av den obestämda arbetsfältbeskrivning som utredningen ger och med hänsyn till vad UHÄ har anfört i sitt remissvar anser jag att det inte finns tillräckligt underlag för att nu ge UHÄ ett uppdrag i enlighet med utredningens förslag.

Enligt utredningens uppfattning bör behovet av fördjupad utbildning för beteendevetare som redan arbetar inom företagshälsovården utan vidareutbildning för detta uppmärksammas. Arbetarskyddsstyrelsen anordnade budgetåret 1983/84 på försök en specialutbildning i arbetsmiljöfrågor för beteendevetare verksamma i företagshälsovård eller vid yrkesmedicinska kliniker. Utbildningen omfattade fem veckors teoriundervisning. Enligt vad jag har erfarit planerar styrelsen att i fortsättningen anordna utbildningen vartannat år med sammanlagt 30 utbildningsplatser. Även Statshälsan har internt utarbetat och påbörjat ett utbildningsprogram för sina konsulenter omfattande 12 veckor. Erfarenheterna från såväl Statshälsans som arbetarskyddsstyrelsens utbildning för beteendevetare bör, enligt min mening, kunna bidra till en precisering av innehåll i och utformning av en framtida vidareutbildning för beteendevetare. Arbetarskyddsstyrelsen avser att till beteendevetareutbildningen knyta en referensgrupp med företrädare för bl. a. arbetsmarknadens parter. Jag stöder denna tanke. Därigenom kan utbildningen få en mot det praktiska arbetslivets behov anpassad inriktning. Jag har i denna fråga samrått med chefen för utbildningsdepartementet.

Efterutbildning

Jag delar utredningens och remissinstansernas bedömning att det finns ett stort behov av efterutbildning för samtliga personalkategorier inom företagshälsovården. Efterutbildningen skall göra det möjligt för personalen att vidmakthålla, fördjupa och komplettera tidigare inhämtade yrkeskunskaper. Den snabba kunskapsutvecklingen inom bl. a. de medicinska, tekniska och beteendevetenskapliga områdena liksom regelsystemens förändring gör en fortlöpande efterutbildning synnerligen angelägen. Även behovet av branschinriktad efterutbildning är stort.

Utredningen framhåller att efterutbildningen liksom i dag bör anordnas

på olika håll i landet och engagera olika utbildningsanordnare. Likaså anser utredningen att en del efterutbildningskurser med fördel bör kunna vara gemensamma för två eller flera personalkategorier inom företagshälsovården. Jag delar denna uppfattning.

Arbetarskyddsstyrelsen svarar för ett stort antal efterutbildningskurser inom olika ämnesområden för företagshälsovårdens personal. Utbudet av kurser har successivt ökat under senare år. Till viss del anordnas kurser gemensamt för flera personalkategorier inom företagshälsovården. Styrelsen arrangerar dessutom årligen s. k. arbetsmedicinska kontaktdagar för personal inom bl. a. företagshälsovården. Företagshälsovårdsdelegationen har en central roll när det gäller att uppmärksamma behovet av samt verka för att ett differentierat utbud av efterutbildningskurser inom företagshälsovårdens hela arbetsfält kommer fram.

Utredningen anser att det vore en stor fördel om socialstyrelsens och landstingens kurser, för bl. a. läkare inom den öppna hälso- och sjukvården, kunde dimensioneras så att även medicinsk personal i företagshälsovården kunde använda dem som efterutbildning. Eftersom ett ökat antal platser skulle medföra kostnader som i första hand bör bäras av företagshälsovården föreslår utredningen att socialstyrelsen får i uppgift att i samråd med Landstingsförbundet och företagshälsovårdsdelegationen se närmare på förslaget och de praktiska möjligheterna att genomföra det. Med hänsyn till att såväl socialstyrelsen som Landstingsförbundet finns företrädda i företagshälsovårdsdelegationen anser jag för egen del att delegationen bör kunna överväga detta förslag närmare.

Kompetenskrav och behörighetsreglering

Behörighet för anställning inom företagshälsovården har hittills reglerats för företagsläkare, företagssjuksköterskor och företagssjukgymnaster genom rekommendationer utfärdade av företagshälsovårdsdelegationen. Rekommendationerna bygger på legitimation som läkare, sjuksköterska resp. sjukgymnast, viss tjänstgöring/yrkeserfarenhet, viss vidareutbildning för läkare resp. sjuksköterska samt genomgången specialutbildning i företagshälsovård vid arbetarskyddsstyrelsen eller motsvarande utbildning. Någon motsvarande kompetensreglering för skyddsingenjörer och beteendevetare anställda inom företagshälsovården har inte utfärdats av delegationen.

För läkare och sjuksköterskor inom den allmänna hälso- och sjukvården finns utöver kravet på legitimation också författningsreglerade krav på vidareutbildning för behörighet att inneha vissa tjänster inom sjukvårdsorganisationen. Härvid avviker företagshälsovården från den allmänna hälso- och sjukvården. Utöver legitimationskravet finns inga formella krav på behörighet för att få verka som företagsläkare, företagssjuksköterska och företagssjukgymnast.

Mot denna bakgrund anser utredningen att man bl. a. av kvalitetsskäl bör sträva efter samma behörighetsreglering för den medicinska persona-

len inom företagshälsovården som för medicinsk personal inom den allmänna hälso- och sjukvården. Denna behörighetsreglering innebär i allmänhet krav på viss utbildning för att inneha tjänst. Enligt utredningens mening bör den behörighetslag som är under utredning inom 1981 års behörighetskommitté öppna möjlighet för sådana regler också i företagshälsovården. I avvaktan på att praktiska och författningsmässiga förutsättningar för behörighetsreglering skapas bör, enligt utredningens uppfattning, tillämpningen av de rekommendationer som företagshälsovårdsdelegationen har utfärdat stramas upp.

Utredningen tar också upp frågan om meritvärdering vid tjänstgöring som företagsläkare. Meriter som har förvärvats t. ex. som företagsläkare i en privat företagshälsovårdsenhet kan enligt gällande lagstiftning inte automatiskt tillgodoräknas som tjänsteår i samband med tillsättning av offentligt reglerade läkartjänster. Enligt utredningens uppfattning synes ett slopande av det särskilda tjänsteårsrättsbegreppet kunna medföra en rad positiva effekter för företagshälsovården. Det skulle därvid bli möjligt att helt jämställa tjänstgöringar inom olika verksamhetsområden, oavsett om dessa har fullgjorts inom offentlig hälso- och sjukvård eller inom t. ex. företagshälsovård. Detta kan enligt utredningens uppfattning bl. a. väntas förbättra rekryteringen till företagshälsovården.

För egen del vill jag efter samråd med statsrådet Sigurdsen anföra följande. 1981 års behörighetskommitté har haft i uppdrag att göra en allmän översyn av den rättsliga regleringen av kompetens och behörighet inom bl. a. hälso- och sjukvården. Kommittén, som nu har avslutat sitt arbete, har redovisat resultatet av sitt uppdrag i huvudbetänkandet (SOU 1983: 33) Kompetens inom hälso- och sjukvården och betänkandet (Ds S 1983: 17) Tillsättning av vissa tjänster för läkare m. fl.

Förslagen i huvudbetänkandet har legat till grund för regeringens proposition (1983/84: 179) om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. Riksdagen har under våren 1984 beslutat anta de framlagda förslagen (SoU 32, rskr 376). Lagen (1984: 542) om att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. jämte tillämpningsföreskrifter till lagen har trätt i kraft den 1 juli 1984. Bestämmelserna i lagen avser hälso- och sjukvårdspersonal i såväl allmän som enskild verksamhet och rör bl. a. läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Lagen innehåller föreskrifter om legitimation och andra kompetensbevis, om behörighet att utöva yrke samt om skydd för yrkestitel m. m.

Behörighetskommitténs huvudbetänkande innehåller även förslag om vilka behörighetskrav som bör gälla för anställning inom den allmänna hälso- och sjukvården. Dessa förslag har föranlett vissa ändringar av förordningen (1981: 771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Några motsvarande förslag har inte lagts fram avseende den enskilda hälso- och sjukvården.

I betänkandet om tillsättning av vissa tjänster för läkare m. fl. behandlas

behovet av statliga föreskrifter om tillsättningsförfarande och meritvärdering för framför allt läkare inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Bland de framlagda förslagen kan nämnas att det s. k. tjänsteårsrättsbegreppet föreslås bli avskaffat. Förslagen och övervägandena i betänkandet övervägs f. n. inom regeringskansliet.

Utbildningen av företagshälsovårdens medicinska personal är under utveckling. Frågan om behörighet för t. ex. företagsläkare är avhängig utformningen av en eventuell medicinsk specialitet inom området företagshälsovård. Frågan om särskilda behörighetsregler för företagsläkare måste därför, enligt min uppfattning, prövas i samband med den föreslagna översynen av vidareutbildningssystemet för läkare. Mot den bakgrunden anser jag att en författningsmässig behörighetsreglering av företagshälsovårdens medicinska personal inte nu kan anses vara påkallad.

Enligt min mening bör det vara en uppgift för parterna på arbetsmarknaden att utarbeta och föreslå kvalifikationskrav för anställning av personal inom företagshälsovården. Det ingår också i företagshälsovårdsdelegationens uppgift att fortlöpande ägna uppmärksamhet åt behörighets- och kompetensfrågorna för företagshälsovårdens olika personalkategorier. Delegationen bör därvid liksom nu kunna utfärda rekommendationer om kompetenskrav för anställning i företagshälsovården.

2.3 Arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet

2.3.1 Arbetsanpassning och rehabilitering för anställda

Enligt arbetsmiljölagen (1977: 1160) skall arbetsgivare och arbetstagare samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Huvudansvaret för arbetsmiljön ligger på arbetsgivaren, som enligt lagen skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall.

Enligt lagen skall skyddsombud finnas på arbetsplatser med minst fem arbetstagare. Vid arbetsställe, där minst 50 arbetstagare regelbundet sysselsätts, skall finnas skyddskommitté, sammansatt av företrädare för arbetsgivaren och arbetstagarna. Skyddskommitté skall tillsättas även på arbetsställe med mindre antal arbetstagare, om arbetstagarna begär det.

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

Att förhindra olycksfall och ohälsa till följd av brister i arbetsmiljön är således en central uppgift i arbetsmiljöarbetet. Men som jag tidigare har berört är detta inte tillräckligt. Ett stort antal arbetstagare har sjukdomar eller skador som medför en nedsättning av deras funktionsförmåga. Om inte funktionsnedsättningen också skall bli ett handikapp i arbetet behöver arbetsmiljön – i vid bemärkelse – utformas med särskild hänsyn till deras speciella förutsättningar.

Därför sägs också i arbetsmiljölagen att arbetsförhållandena skall anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.

Enligt lagens förarbeten (prop. 1977: 149 om arbetsmiljölag m. m.) innebär detta bl. a. att man skall ta hänsyn till den enskilde arbetstagarens ålder, yrkesvana och övriga individuella förutsättningar. Bestämmelsen innebär också att man vid planering av arbetsmiljön måste beakta att människor är olika och att arbetshandikapp är vanliga i arbetslivet. Det är angeläget att arbetsplatserna utformas så att inte stora grupper av arbetstagare utestängs. Föredraganden anför, att arbetsgivarnas ansvar i dessa hänseenden bör utmärkas genom en särskild bestämmelse i arbetsmiljölagen. I lagens 3 kap. om allmänna skyldigheter åläggs arbetsgivare därför att ta hänsyn till arbetstagarnas särskilda förutsättningar för arbetet. Vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika.

Föredraganden anför vidare, att arbetsplatserna bör utformas så att sysselsättningsmöjligheterna främjas. Självfallet kan inte varje arbetsplats och där utfört arbete anpassas till de skilda förutsättningarna hos varje enskild människa. Det bör emellertid förebyggas att onödiga hinder uppstår när det gäller att sysselsätta människor med något slag av arbetshandikapp. Av arbetsmiljölagens uppläggning följer också, framhåller föredraganden, att det bör vara en uppgift för skyddskommittén och skyddsombuden att uppmärksamma handikappfrågor. Föredraganden konstaterar att detta är ett skäl för att handikappfrågor skall beaktas i utbildning av bl. a. skyddsombud.

För egen del vill jag framhålla att man inom företag och myndigheter redan i dag bedriver verksamhet för att möjliggöra för anställda med olika slag av funktionsnedsättningar att klara av arbetet. Det kan gälla omplacering till arbetsuppgifter, som är mer lämpliga när det gäller att förebygga eller minska verkningarna av funktionsnedsättning eller insatser, som direkt inriktas på arbetsmiljön. Eftersom anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder ingår i de uppgifter som företagshälsovården har att fullgöra enligt avtal mellan parterna, har företagshälsovården en betydelsefull roll i dessa sammanhang.

Samverkanskommittén konstaterar att arbetsgivaren är ansvarig för att rehabiliterande insatser görs för de anställda och att det praktiska arbetet med detta vanligen utförs i linjeorganisationen, dvs. av arbetsledning, personalhandläggare m. fl. samt av företagshälsovården. Kommittén anser

dock att vissa ärenden som gäller exempelvis personer med behov av mer omfattande insatser kan behöva behandlas i ett partssammansatt organ, som också skall kunna samordna olika åtgärder som vidtas inom linjeorganisationen eller av andra organ.

Kommittén föreslår att skyddskommittéerna skall ges i uppgift att verka för att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsställena. Kommittén motiverar sitt förslag med att skyddskommittéerna har kunskaper och erfarenheter som behövs i rehabiliteringsarbetet, bl. a. genom att linjeorganisationen är företrädd och genom att skyddskommittéerna har nära anknytning till företagshälsovården.

Kommitténs förslag i denna del har inte mötts av invändningar från remissinstanserna. Arbetarskyddsfonden delar kommitténs uppfattning att anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten med fördel bör kunna knytas närmare an till det lokala arbetsmiljöarbetet. LO anför att åtgärden att lägga ansvaret för arbetsanpassning och rehabilitering på skyddskommittén kan leda till mer förebyggande resonemang och att attityder i anpassningsfrågor får ett vidare innehåll hos anställda och företagsledning. AMS framhåller att det sedan länge varit styrelsens uppfattning att ansvaret för anpassningsåtgärder för redan anställda i första hand åvilar de berörda parterna. Landstingsförbundet anser att skyddskommittén har en stabil organisatorisk grund och att den kan vara ett lämpligt stödorgan vid ett mer omfattande anpassnings- och rehabiliteringsarbete.

Samverkanskommitténs förslag om att skyddskommittéerna skall svara för att anpassnings- och rehabiliteringsarbetet bedrivs på arbetsstället innebär dock inte att skyddskommittén i sin helhet skulle engageras i det direkta arbetet med enskilda ärenden. Kommittén framhåller bl. a. att skyddskommittéerna ofta har en så stort antal ledamöter att detta gör det mindre lämpligt att hela kommittén ägnar sig åt dessa frågor. I stället bör det kunna bildas ett särskilt organ under skyddskommitténs överinseende, som skall svara för ledning och handläggning av anpassningsärendena. Eftersom benämningen anpassningsgrupp är väl inarbetad bör dessa partssammansatta grupper kunna kallas anpassningsgrupper.

Kommittén framhåller också att om anpassningsgrupper bildas på de arbetsställen som har skyddskommitté kommer det att innebära en utökning av antalet anpassningsgrupper från nuvarande ca 5000 till mer än 18000.

Som jag inledningsvis har nämnt har under senare år allt större uppmärksamhet riktats mot de processer som föregår att människor får problem i arbetslivet. Jag anser det därför angeläget att det finns beredskap och kunnande på arbetsplatserna när det gäller att stödja människor som har eller riskerar att drabbas av olika arbetshandikapp. Grundtanken bakom samverkanskommitténs förslag är att parterna på arbetsställena i högre grad skall engageras för att hjälpa enskilda människor att genom anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder kunna behålla eller få ett arbete. Insat-

serna för redan anställda som behöver sådana åtgärder för att kunna stanna kvar i arbetslivet skall ske på ett så tidigt stadium som möjligt.

Flertalet av de sökande med arbetshandikapp vid arbetsförmedlingarna har tidigare haft ett arbete som de av olika skäl inte kunnat fortsätta med. Kommittén har belyst att möjligheterna för människor att kunna bli kvar i arbete är störst när insatserna sker utan avbrott för sjukskrivning eller institutionaliserade rehabiliteringsåtgärder. Enkla och praktiska anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder riktade mot enskilda människor som har eller riskerar få nedsatt arbetsförmåga måste därför vidtas i dessa människors närmiljö dvs. på arbetsplatserna. Detta fordrar engagemang av de människor som känner vederbörande i deras yrkesroll dvs. av parterna på arbetsplatsen och av företagshälsovården. Samverkanskommittén föreslår bl.a. mot denna bakgrund att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsåtgärder för redan anställda i första hand skall bli ett ansvar för arbetsplatserna själva. Detta står inte, som jag strax skall återkomma till, i något motsatsförhållande till samhällets skyldighet att hjälpa människor som måste söka nytt arbete, därför att de blivit arbetslösa eller därför att de inte kan omplaceras till lämpligt arbete på den egna arbetsplatsen. Om parterna på arbetsplatserna själva kan ta ett ansvar för att minska utslagningen från arbetslivet får också arbetsförmedlingen bättre förutsättningar att på ett effektivt sätt stödja arbetssökande. Om människor som har eller riskerar att få ett arbetshandikapp kan stanna kvar på sina arbetsplatser innebär det inte bara stora vinster för den enskilde när det gäller livskvalitet och ekonomisk trygghet utan också för samhällsekonomin.

Enligt min mening har skyddskommittéerna goda förutsättningar att ta på sig ett ansvar för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet. De är väl etablerade och den partssamverkan som sker inom kommittéerna har i allmänhet fungerat väl. En anknytning av anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten till skyddskommittéerna bör därmed medföra att anpassningsarbetet får en stabil organisatorisk grund. Därigenom skulle verksamheten också få en närmare knytning till företagshälsovården. Som flera remissinstanser har framhållit är företagshälsovården särskilt betydelsefull i anpassnings- och rehabiliteringsarbetet. Detta förhållande har också kommit till uttryck i de avtal som har tecknats om arbetsmiljö och företagshälsovård inom arbetsmarknadens olika sektorer. Som jag tidigare har nämnt har företagshälsovårdens roll i anpassnings- och rehabiliteringsarbetet betonats i företagshälsovårdsutredningens betänkande. Jag kommer i det följande att närmare utveckla min syn på företagshälsovårdens roll i anpassningarbetet.

2.3.2 Former och uppgifter för anpassningsverksamheten

Som samverkanskommittén har framhållit kan det av praktiska skäl vara lämpligt att den egentliga arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten sker i en särskild partssammansatt grupp, förslagsvis kallad anpass-

ningsgrupp. Detta är dock inte en fråga som det ankommer på statsmakterna att besluta om. I stället bör parterna på arbetsstället kunna överenskomma om de former för verksamheten som de finner vara mest ändamålsenliga i varje enskilt fall, liksom om hur sådana partssammansatta grupper skall benämnas. Vid vissa arbetsställen kan det, som samverkanskommittén har framhållit, finnas starka skäl att organisera anpassningsverksamheten på annat sätt än genom ett särskilt organ. I stället kan verksamheten skötas integrerat med arbetsmiljö- och/eller anställningspolitik, partssammansatt organ för medbestämmande etc.

Det är också parterna på arbetsstället, som har att överenskomma om sammansättning och uppgifter för grupper som bedriver anpassningsverksamhet. I förarbeten till lagen (1974: 13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder och arbetsmiljölagen har dock föredraganden bl. a. framhållit betydelsen av att det bland ledamöterna i anpassningsgrupperna ingår personer som tillhör den lokala skyddsverksamheten. Sådana personalunioner är också vanligt förekommande. Med skyddskommittén som ansvarig för verksamheten bör det enligt min bedömning vara naturligt att skyddskommittén och anpassningsgruppen eller motsvarande organ har gemensamma ledamöter, bl. a. därför att skyddskommittén därigenom får bättre inblick i verksamheten.

Samverkanskommittén har särskilt betonat betydelsen av att parterna i gruppen är företrädda av personer i ansvarig ställning. Arbetsgivaren bör enligt kommittén representeras av någon som har tillräckliga beslutsbefogenheter. För att få den lämpliga anknytningen till linjeorganisationen bör det också finnas en företrädare för denna. Arbetstagarorganisationerna bör enligt kommittén vara företrädda av ledamöter i den lokala fackliga styrelsen, eller, om lokal facklig organisation inte finns på arbetsstället, av någon som arbetstagarna har utsett.

Kommitténs synpunkter i denna del överensstämmer i hög grad med vad LO har anfört i sitt remissyttrande om kännetecken på ett bra anpassningsarbete. Enligt LO är det i första hand betydelsefullt att de som ingår i anpassningsgruppen har god förankring i företagets ledning, resp. i den organisation som de företräder. Fackliga företrädare som arbetar som skyddsombud eller huvudskyddsombud har en bredare bas att arbeta från. Vidare är det, enligt LO, viktigt att gruppen arbetar långsiktigt och förebyggande, att man möter problemen innan de blir akuta. LO betonar dessutom vikten av att man har ett öppet samarbete med arbetsförmedlingen och utnyttjar alla dess resurser.

Samverkanskommittén har särskilt framhållit vikten av att en enskild arbetstagare alltid skall ges möjlighet att delta i överläggningar som gäller honom/henne själv. Vederbörande bör också ha gett sitt medgivande till de åtgärder som vidtas.

Samverkanskommittén har vidare givit vissa exempel på uppgifter som bör kunna fullgöras av organ som arbetar med anpassningsverksamhet på

arbetsställena. Även om detta är en fråga för parterna att komma överens om, har kommittén önskat framhålla vissa uppgifter. Verksamheten skall, enligt kommittén, syfta till att medverka till arbetsanpassning, rehabilitering och eventuell omplacering av anställda till upgifter som är lämpliga med hänsyn till den anställdes arbetsförmåga. På eget eller arbetsförmedlingens initiativ skall gruppen även medverka till att äldre och arbetshandikappade kan beredas anställning. Vidare skall gruppen genom attitydpåverkan verka för en positivare inställning till äldre och handikappade på arbetsstället.

Betydelsen av att man i anpassningsarbetet också behandlar frågor som rör nyanställning av arbetshandikappade och äldre har betonats av flera remissinstanser. Jag återkommer i det följande till denna fråga.

Samverkanskommittén berör också frågan om kamratstödjande verksamhet på arbetsställena. Denna verksamhet syftar till att förhindra utslagning av anställda med främst psykiska och sociala problem, missbruksproblem etc. Genom stöd och hjälp från arbetskamrater har människor kunnat hjälpas ur sina svårigheter. Sådan verksamhet bedrivs på vissa arbetsplatser, främst efter initiativ från de fackliga organisationerna. En arbetsgrupp inom Brottsförebyggande rådet (BRÅ) har i en rapport (PM 1983: 3) Kamratstöd – socialt ansvar tagit upp dessa frågor. BRÅ har överlämnat rapporten till chefen för arbetsmarknadsdepartementet och därvid bl. a. framhållit företagshälsovårdens betydelse för det sociala rehabiliteringsarbetet. Verksamhet med psykosocial inriktning inom företagshälsovården är betydelsefull för arbetet med kamratstöd framhåller BRÅ. I sammanhanget kan också nämnas att BRÅ har tagit initiativ till att en handbok för kamratstödjande verksamhet utarbetas med ekonomiskt stöd från arbetarskyddsfonden.

I likhet med samverkanskommittén bedömer jag att kamratstödjande verksamhet bör kunna ingå i den anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som parterna bedriver på arbetsstället om parterna finner det lämpligt.

2.3.3 Skyddskommitténs ansvar bör regleras i arbetsmiljölagen

Samverkanskommittén har föreslagit att skyddskommitténs ansvar för att arbetsanpassning och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället skall skrivas in i arbetsmiljölagen.

Enligt kommittén bör ett tillägg göras i lagens föreskrifter om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. 6 kap. 9 § bör kompletteras med en föreskrift om att skyddskommitté skall verka för att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället.

Förslaget lämnas utan erinran av flera remissinstanser, bl. a. AD, arbetarskyddsstyrelsen, SAV, SAF, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Några av remissinstanserna, bl. a. SHR, anser dock att lagstiftningen borde ändras så att arbetsgivarna ges ett reellt ökat ansvar.

SHR föreslår att anpassningsfrågorna skall ges en egen paragraf under kapitlet allmänna skyldigheter i arbetsmiljölagen. I denna skulle arbetsgivarens ansvar speciellt betonas liksom arbetsgivarens skyldighet att se till att verksamheten kom i gång, att medel anslås och att verksamheten bedrivs i lämpliga former.

LO stöder kommitténs förslag om att skyddskommittén får ansvar för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten, men kräver ett tillägg, som ger arbetsgivaren ansvar för att se till att sådan verksamhet sker i samverkan med arbetstagarna i de fall skyddskommitté inte finns. Med hänvisning till ett yttrande från LO:s Rättsskydd AB förordar LO en ytterligare prövning av lagstiftningen för att öka arbetsgivarens ansvar. I sitt yttrande har LO:s Rättsskydd AB framhållit att samverkanskommitténs förslag "står och faller" med om arbetsgivaren önskar vidta rehabiliteringsåtgärder eller inte.

Jag kan konstatera att flertalet remissinstanser inte invänder mot kommitténs förslag om ett tillägg i arbetsmiljölagen. Några remissinstanser vill emellertid gå längre än kommittén och förordar en lagreglering av arbetsgivarens ansvar för anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna. Ett skäl härför som bl. a. anförs av LO är att därigenom också de mindre arbetsställena utan skyddskommitté skulle komma att omfattas av en lagreglerad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Att som SHR har föreslagit reglera anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna i 3 kap. arbetsmiljölagen där bl. a. arbetsgivarens allmänna skyldigheter behandlas finner jag mindre ändamålsenligt. Detta skulle bl. a. innebära att anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna kom att omfattas av föreskrifter från arbetarskyddsstyrelsen och tillsyn av yrkesinspektionen. Att så skall ske har f. ö. förordats av TCO. För egen del har jag dock samma uppfattning som arbetarskyddsstyrelsen i denna fråga. Yrkesinspektionens inspekterande verksamhet måste i första hand gälla miljöerna, inte individerna. Inspektionen skall tillse att arbetstagarna inte blir handikappade på grund av arbetsförhållandena. Denna verksamhet är betydelsefull också för de handikappade som är verksamma i arbetslivet. Yrkesinspektörerna måste därför också ha kunskaper i anpassningsfrågor.

Det är dessutom enligt min mening förenat med utomordentligt stora svårigheter att i lagstiftning eller föreskrifter närmare reglera vad som skall krävas av arbetsgivaren när det gäller anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder, bl. a. därför att behovet av insatser varierar i de enskilda fallen. Däremot är dessa frågor av den arten att de bör kunna behandlas av parterna på arbetsstället i samverkan. Detta hindrar självfallet inte att parterna i avtal kommer överens om riktlinjer för anpassningsarbetet eller att berörda myndigheter genom information och allmänna råd vägleder parterna och underlättar för dem att bedriva en bra verksamhet.

Jag förordar mot denna bakgrund att det föreslagna tillägget i arbetsmiljölagen görs i lagens sjätte kapitel om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare i enlighet med vad samverkanskommittén har föreslagit.

Som samverkanskommittén har framhållit kan skyddskommittéer inrättas också på arbetsställen som har färre än 50 anställda, om arbetstagarna begär det. Den föreslagna lagregeln om skyddskommittéernas ansvar för anpassningsfrågor m. m. kan således gälla också för de mindre arbetsställena, om arbetstagarna så önskar. Enligt min mening bör man i första hand använda sig av denna möjlighet för att vidga anpassningsverksamheten till de mindre arbetsställena. Att införa ett åliggande för små arbetsställen att bedriva sådan verksamhet också i sådana fall då arbetstagarna inte särskilt har begärt det, medför en uppenbar risk för att verksamheten i dessa fall inte får något reellt innehåll.

Vad sedan gäller LO:s synpunkter på behovet av mer kraftfulla regler för att tvinga fram konkreta åtgärder från arbetsgivarnas sida vill jag erinra om den lagstiftning som redan finns för att stärka äldres och handikappades ställning på arbetsmarknaden. Som jag tidigare har hänvisat till ålägger arbetsmiljölagen (3 kap. 3 §) arbetsgivaren att ta särskild hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar. Lagen om anställningsskydd ger handikappade arbetstagare betydande anställningstrygghet. Vidare ger lagen om vissa anställningsfrämjande åtgärder arbetsförmedlingen möjlighet att begära överläggningar om åtgärder för att främja anställning av äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Arbetsgivaren är således skyldig att överlägga med företrädare för arbetsmarknadsverket bl. a. om åtgärder för att förbättra arbetsförhållandena för redan anställda äldre eller arbetshandikappade arbetstagare.

I de fall en arbetsgivare inte självmant vidtar de anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder som behövs i det enskilda fallet bör således arbetsmarknadsverket på eget initiativ eller på begäran av arbetstagarorganisationen eller försäkringskassan kunna begära att arbetsgivaren överlägger med företrädare för verket om sådana åtgärder. En vägran från arbetsgivarens sida att medverka i en överläggning eller att följa de anvisningar som arbetsmarknadsmyndigheten lämnar, kan småningom leda till att myndigheten förordnar att arbetsgivaren inte får anställa andra arbetstagare än dem som den offentliga arbetsförmedlingen har anvisat eller godtagit.

Jag kommer senare att lägga fram förslag som syftar till att tillförsäkra arbetsförmedlingen ett inflytande på anpassningsverksamheten. Jag kommer också att föreslå att försäkringskassorna ges möjlighet att delta i överläggningar i anpassningsgruppen eller annat partssammansatt organ på arbetsstället, som behandlar frågor rörande enskilda försäkrade, som är anställda på arbetsstället. Därigenom bör förutsättningarna för att konkreta åtgärder faktiskt vidtas i det enskilda fallet kunna förbättras.

2.3.4 Företagshälsovårdens betydelse för anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten

Arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhetens betydelse i företagshälsovårdens arbete har särskilt betonats av företagshälsovårdsutred-

ningen. Utredningen konstaterar bl. a. att företagshälsovården i många företag medverkar mycket aktivt i det arbete, som anpassningsgrupperna utför. Detta gäller både anpassning vid omplacering inom företagen och vid inplacering med stöd av främjandelagen, framhåller utredningen.

Enligt utredningen är anpassningsverksamhet en viktig uppgift för företagshälsovården, antingen den tar sin utgångspunkt från arbetsmiljölagen, medbestämmandelagen eller främjandelagen. Företagshälsovården som specialistresurs när det gäller anpassning måste därför kunna medverka till att anpassningsgruppens arbete blir framgångsrikt genom att föreslå, planera för och följa upp önskvärda anpassningsåtgärder. Vidare skall företagshälsovården, enligt utredningen, som opartisk expertfunktion kunna medverka till att närmast ansvariga som arbetsledare m. fl. kan förverkliga främjandelagens intentioner på arbetsplatserna. Som exempel på uppgifter för företagshälsovården i anpassningsverksamheten nämner utredningen

- kartläggning av förändringar i arbetsmiljön, som skulle underlätta för arbetshandikappade att bli omplacerade eller få anställning,
- individ- och gruppinriktade åtgärder i förebyggande syfte samt för anpassning av arbetsförhållandena till enskilda arbetstagare,
- vägledning och träning av enskilda arbetstagare, medverkan i rehabilitering och uppföljning samt
- stöd vid information till kamrater och arbetsledning om arbetshindret och åtgärder som kan underlätta arbetet eller rehabiliteringen.

Åtgärder av detta slag passar enligt utredningen väl in i den inriktning mot förebyggande verksamhet som företagshälsovården skall ha. Samverkanskommittén har gjort samma bedömning. Företagshälsovårdsutredningen har studerat de olika avtalen om företagshälsovård på det privata, kommunala resp. statliga området. Utredningen har bl. a. konstaterat att samtliga avtal tar upp företagshälsovårdens uppgifter med arbetsanpassning och rehabilitering samt att några väsentliga skillnader i inställningen i de olika avtalen inte finns.

Flera av de remissinstanser, som har yttrat sig över företagshälsovårdsutredningens betänkande, har särskilt tagit upp anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten. SHR understryker vikten av att företagshälsovården i framtiden engagerar sig i anpassningen av arbetsmiljön till arbetshandikappade. Enligt SHR borde en utbyggd företagshälsovård framöver kunna spela en mycket aktivare roll än f. n. i anpassningsgrupp och skyddskommitté. Med sina unika kunskaper om arbetet, miljön och dess fysiska och psykiska förutsättningar kan företagshälsovården bli en betydelsefull faktor när det gäller att höja medvetenheten om arbetshandikappades situation, anser SHR. Också HCK och DHR betonar företagshälsovårdens betydelse för den företagsinterna delen av den yrkesinriktade rehabiliteringen. DHR framhåller särskilt uppgiften att granska arbetsmiljö och arbetsuppgifter i syfte att motverka förslitning, som är en följd av ensidiga

rörelser och olämpliga arbetsställningar samt att bevaka att arbetslokaler och andra utrymmen är tillgängliga för arbetstagare med handikapp.

Vikten av att företagshälsovården samverkar med samhällets övriga rehabiliteringsorgan – försäkringskassa, socialtjänst, arbetsförmedling, hälso- och sjukvård – har också särskilt framhållits både av företagshälsovårdsutredningen och remissinstanserna. Sveriges lantbruksuniversitet pekar dock på svårigheterna att finna lämpliga handläggningsrutiner, när många intressenter är inblandade – personalfunktion, anpassningsgrupp, fackliga organisationer, företagshälsovård och i vissa fall andra myndigheter som statens arbetsmarknadsnämnd, statens personalpensionsverk eller försäkringskassan. Om företagshälsovården skall ges en viktig roll när det gäller kontakter med andra organ måste myndigheten/arbetsgivaren och företagshälsovården tillsammans finna rutiner som gör att handläggningen kan förenklas och påskyndas, framhåller lantbruksuniversitetet.

I flera andra remissyttranden har liknande synpunkter förts fram. Det är enligt dessa, i många fall svårt för rehabiliteringsorganen att veta vem eller vilka på arbetsplatsen, som de skall ta kontakt med i rehabiliteringsärenden. Också företagshälsovårdsutredningen har berört problem, som den nuvarande splittrade organisationen kan föra med sig. Enligt utredningen medför den nu oklara ansvarsfördelningen mellan anpassningsgrupp och skyddsorganisation i en del fall att företagshälsovården inte kommit att arbeta särskilt mycket med de frågor som främjandelagen berör.

Också samverkanskommittén har påpekat att det har vuxit fram ett stort antal partssammansatta grupper på arbetsställena, som kommer i kontakt med arbetsmiljö- och arbetsanpassningsåtgärder. I remissyttranden över kommitténs betänkande förs samma synpunkter fram, bl. a. av RFV, som anser att en mer samlad syn behövs på dessa frågor. Enligt RFV har försäkringskassorna ofta svårt att få kontakt med rätt forum i företagen, där frågor om anpassning bereds och beslutas.

De förslag som jag nyss har lagt fram om en anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet under skyddskommitténs överinseende bör enligt min mening kunna leda till en klarare ansvarsfördelning mellan olika berörda organ. Arbetsgivaren är primärt ansvarig för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället. Parterna på arbetsstället bör, inom ramen för skyddskommitténs verksamhet, vara ett stöd för linjeorganisationens arbete med dessa frågor. Skyddskommittén blir således ansvarig för den verksamhet som behöver behandlas av ett partssammansatt organ. Företagshälsovården är skyddskommitténs opartiska expertorgan i bl. a. dessa frågor. Genom den nära anknytningen mellan skyddskommittén och företagshälsovården bör det bli lättare att finna former för anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten, liksom för kontakterna med externa organ. Målsättningen bör vara att rehabiliteringsarbetet kan påbörjas tidigare än vad som i dag normalt är fallet.

Jag har med stor tillfredsställelse noterat att såväl företagshälsovårdsutredningen som remissinstanserna anser att anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten är en central uppgift för företagshälsovården. En utbyggnad av företagshälsovården bör därför på sikt kunna leda till minskad utslagning och bättre förutsättningar att ta emot människor som har någon begränsning av arbetsförmågan. Jag kommer senare att lägga fram förslag om ett nytt ersättningssystem för företagshälsovården och därvid bl. a. föreslå särskilda stimulanser till företagshälsovård för anställda på mindre arbetsställen samt till nyetablering av företagshälsovård. Jag kommer också att föreslå att bidragsgivningen till företagshälsovården skall förknippas med vissa krav. I dessa krav bör ingå att företagshälsovårdsenheten i nödvändig utsträckning har resurser och kompetens för att ombesörja individ- och gruppinriktade insatser bl. a. för anpassning av arbete och arbetsplatser samt rehabiliteringsverksamhet. Också detta skall ses som ett led i strävandena att hindra utslagning och förbättra förutsättningarna för att människor med olika förutsättningar skall kunna få och behålla ett arbete och fungera väl i detta arbete.

2.3.5 Företagshälsovårdskommittéerna och anpassningsverksamheten

De nuvarande anpassningsgrupperna har inrättats på arbetsställen med minst 50 anställda. Enligt det förslag som jag nyss har lagt fram skall skyddskommittéerna verka för att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsställena, vilket innebär att sådan verksamhet kommer till stånd i första hand på arbetsställen med minst 50 anställda. Som jag har erinrat om kan emellertid arbetstagarna begära att skyddskommitté inrättas också på mindre arbetsställen. Om så sker blir föreskriften om anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet tillämplig också på dessa arbetsställen.

Samverkanskommittén har pekat på en ytterligare möjlighet att få till stånd sådan verksamhet på mindre arbetsställen utan skyddskommitté. I den mån sådana arbetsställen är knutna till en företagshälsovårdscentral, bör, enligt kommittén, de partssammansatta företagshälsovårdskommittéerna kunna verka för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet kommer till stånd inom och mellan i centralen ingående arbetsställen. Förslaget tillstyrks bl. a. av SAF, som anser att företagshälsovårdscentralens styrande kommitté bör kunna ikläda sig skyddskommitténs roll i anpassningsfrågor.

Som jag nyss har redovisat har flera remissinstanser fört fram önskemål om en lagreglering av anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på de mindre arbetsställena. TCO anser att kommitténs uppfattning att företagshälsovårdscentralerna skall kunna spela en aktiv roll i anpassningsarbetet är sympatisk, men bedömer också att företagshälsovårdens möjligheter till

insatser är begränsade, om inte aktiviteter och beredskap finns för anpassningsarbete på resp. arbetsställe.

Jag delar TCO: s uppfattning i denna fråga. Självfallet är förutsättningarna för att få till stånd en verksamhet med ett reellt innehåll större på de arbetsplatser där en skyddskommitté redan finns inrättad. Skyddskommittéer finns emellertid inte på alla arbetsplatser och jag anser därför att samverkanskommitténs förslag att låta företagshälsovårdskommittéerna verka för att anpassningsverksamhet kommer till stånd innebär en förbättring i förhållande till vad som nu gäller. Det är vidare troligt att intresset för dessa frågor härigenom kommer att öka och kanske i många fall kommer att leda till att skyddskommittéer inrättas på arbetsställen där sådana saknas. Frågan om företagshälsovårdskommittéernas roll i anpassningsarbetet är emellertid en fråga för parterna att besluta om. Den regleras enligt min uppfattning därför bäst i deras avtal om arbetsmiljö och företagshälsovård.

Mot bakgrund av att anpassnings- och rehabiliteringsarbetet blir en förutsättning för ersättning till företagshälsovård finns det enligt min mening starka skäl att anta att företagshälsovårdskommittéerna genom sådana avtal kommer att ges funktioner av det slag som samverkanskommittén har föreslagit. Eftersom företagshälsovårdscentralerna drivs som juridiska personer utanför partsförhållandena på arbetsplatserna, finns däremot inga förutsättningar att reglera deras åtaganden på annat sätt än genom att ange statsbidragsförutsättningar.

2.3.6 Arbetsförmedlingens roll i anpassningsverksamheten

De nuvarande anpassningsgrupperna är i princip arbetsförmedlingens organ. I grupperna bedrivs en trepartssamverkan mellan arbetsgivare, fackliga företrädare och arbetsförmedlingen. Gruppernas verksamhet syftar till att främja äldres och handikappades möjligheter att få och behålla ett arbete.

Anpassningsgrupper har främst inrättats vid arbetsställen med minst 50 anställda. Det är i första hand arbetsförmedlingens behov av att placera äldre och handikappade, som avgör om en anpassningsgrupp skall bildas. I vilken omfattning grupperna har bildats har självfallet också varit beroende av arbetsförmedlingens resurser och möjligheter att arbeta med anpassningsfrågorna.

Antalet anpassningsgrupper uppgår sedan länge till ca 5 000. Aktiviteten i grupperna varierar i omfattning. AMS har efter samråd med bl. a. arbetsmarknadens parter utfärdat riktlinjer för arbetet i anpassningsgrupperna. Enligt dessa riktlinjer skall grupperna i första hand verka för ökad nyanställning av äldre och handikappade. De skall också verka för en positivare inställning till handikappade och äldre i arbetslivet och föreslå åtgärder som underlättar för redan anställda äldre och handikappade att behålla sin

anställning. Som LO noterar i sitt remissyttrande har grupperna i huvudsak sysslat med interna omplaceringar. Detta har varit särskilt markant under de senaste åren med en svag nyrekrytering till företagen.

Arbetsgivaren och de fackliga organisationerna utser ledamöter i anpassningsgruppen. Enligt AMS handledning för anpassningsgrupperna är det önskvärt att arbetsgivaren utser en person som har ansvar för personalrekrytering samt att det ingår en person som tillhör den lokala skyddsverksamheten. Arbetsförmedlingens representant bör vara kontaktperson med företaget också i andra förmedlingsfrågor.

Anpassningsgruppernas verksamhet bygger på lagen om vissa anställningsfrämjande åtgärder – främjandelagen. I lagens förarbeten (prop. 1973: 129 med förslag till lag om anställningsskydd m. m.) understryker föredragande statsrådet att verksamheten med anpassningsgrupper – som vid denna tidpunkt hade varit i gång förhållandevis kort tid – givit mycket positiva resultat och att den borde kraftigt understödjas. Föredraganden anför vidare:

"Verksamheten har hittills igångsatts och bedrivits på frivillighetens väg. Detta innebär dock inte att det skulle vara obehövligt att ge verksamheten stöd i lag. Tvärtom är det av stort värde om det finns en lag i bakgrunden som kan ge myndigheterna erforderlig auktoritet i deras handlande. Jag biträder därför utredningens förslag att arbetsgivarna i lagen föreskrivs skyldighet att delta i överläggningar som sker i anpassningsgrupp. Som utredningen funnit bör man däremot inte närmare lagreglera denna verksamhet utan den bör även i fortsättningen kunna bedrivas i de former som allt efter omständigheterna framstår som lämpligast i varje särskilt fall."

Jag har nyss föreslagit ett tillägg i arbetsmiljölagen med innebörden att skyddskommittéerna skall verka för att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs för de anställda. Det egentliga arbetet bör kunna bedrivas i partssammansatta grupper, under skyddskommitténs överinseende.

Anpassningsgruppen blir enligt mitt förslag ett organ för parterna på arbetsstället. Som SAF har anfört i sitt remissyttrande innebär detta att den formella rollen för arbetsmarknadsverkets funktionärer förändras.

Ett stort antal remissinstanser, bl. a. AMS, SAMN, RRV, HCK och LO har starkt betonat att arbetsmarknadsverkets insatser för olika slag av arbetshandikappade också i fortsättningen bör behandlas i anpassningsgrupperna. Jag har samma uppfattning. Som AMS har framhållit i sitt yttrande är det nödvändigt att arbetsförmedlingen aktivt deltar i anpassningsgruppernas arbete, om man skall få till stånd den nödvändiga samordningen mellan parternas anpassningsåtgärder för redan anställda och arbetsförmedlingens anställningsfrämjande insatser.

Anpassningsverksamheten kommer enligt mitt förslag i fortsättningen att regleras genom två lagar, nämligen arbetsmiljölagen och främjandela-

gen. Den föreslagna ändringen i arbetsmiljölagen medför ett åliggande för parterna på arbetsstället att verka för att redan anställda omfattas av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Genom att parterna engageras mer i sådan verksamhet kan åtgärder sättas in i ett tidigare skede. Risken för utslagning bör därigenom kunna minska. Arbetsförmedlingen kan koncentrera sina insatser på de sökande, som saknar arbete. Främjandelagen är arbetsförmedlingens instrument för att främja nyrekrytering till arbetsställena av äldre och arbetshandikappade arbetssökande. De här framlagda förslagen om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för redan anställda innebär inte någon ändring av arbetsförmedlingens anställningsfrämjande uppgifter enligt främjandelagen. Som AMS har anfört i sitt remissyttrande är arbetsförmedlingens främsta uppgift i anpassningsgruppen att tillsammans med parterna verka för att handikappade och äldre får arbete på den öppna arbetsmarknaden. Det ingår, som jag nyss har framhållit, också i arbetsförmedlingens befogenheter enligt främjandelagen att begära att arbetsgivaren överlägger med arbetsmarknadsverkets företrädare för att trygga fortsatt anställning av äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga.

En betydelsefull uppgift för arbetsförmedlingen är således också att fungera som en företrädare för samhällets intresse av att äldre och handikappade inte slås ut från arbetslivet. Även om jag har ett stort förtroende för parternas vilja och förmåga att klara ut problem som rör redan anställda finns det dock tillfällen – som LO:s Rättsskydd AB har framhållit – då arbetsgivare underlåter att vidta de åtgärder som behövs för att en handikappad arbetstagare skall kunna behålla sin anställning och då heller inte arbetstagarsidan kan få till stånd sådana åtgärder. I sådana fall bör, som jag nyss har anfört, arbetsförmedlingen kunna begära överläggningar i anpassningsgruppen i syfte att finna en lösning och, om det visar sig nödvändigt, också kunna använda de befogenheter som främjandelagen ger arbetsmarknadsverket. Överläggningar enligt främjandelagen bör således, enligt min mening, med fördel kunna tas upp i anpassningsgrupperna eller motsvarande organ. Detta innebär att arbetsmarknadsverket också i fortsättningen kan ta initiativ till överläggningar i gruppen.

Samverkanskommittén har föreslagit att arbetsförmedlingen alltid bör informeras i förväg om anpassningsgruppens överläggningar. Kommittén har dessutom pekat på möjligheten att arbetsförmedlingens medverkan i grupperna regleras i centrala och lokala överenskommelser mellan parterna om anpassningsverksamheten. Enligt kommittén är detta särskilt viktigt inom den kommunala sektorn, eftersom kommunallagen till viss del reglerar externt deltagande i partsorganen.

För egen del anser jag det angeläget att man finner former för en väl fungerande samverkan i anpassningsgrupperna mellan partsföreträdarna och arbetsmarknadsverkets representanter.

Enligt min mening bör arbetsförmedlingen genom en särskild föreskrift

tillförsäkras rätt att delta i överläggningar om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsstället. Vid riksdagens bifall till de förslag som jag lägger fram avser jag att föreslå regeringen att utfärda sådana föreskrifter. Därigenom ges arbetsförmedlingen mer långtgående påverkansmöjligheter än den har för närvarande. De nuvarande anpassningsgrupperna bygger på en frivillig samverkan mellan parterna på arbetsplatsen och arbetsmarknadsverket. Arbetsmarknadsverket kan visserligen påkalla överläggningar med arbetsgivare enligt främjandelagen – exempelvis om nyanställning av äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga – men verket har inte någon föreskriven rätt att delta i överläggningar med partsorgan på arbetsplatserna. Genom att arbetsförmedlingen tillförsäkras en sådan rätt att delta i överläggningar med partsorgan som bedriver arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bör förmedlingen få ökade möjligheter att ta upp frågor som gäller inplacering av arbetshandikappade och äldre sökande.

En viktig uppgift för samverkanskommittén enligt dess direktiv var att finna en klarare rollfördelning och arbetsfördelning mellan skyddsorganisationen och arbetsförmedlingens anpassningsgrupp. Kommitténs förslag innebär – som AMS anför i sitt remissyttrande – att ansvaret för anpassningsåtgärder för redan anställda i första hand åvilar arbetsgivaren och berörda fackliga organisationer. Arbetsförmedlingens medverkan när det gäller redan anställda bör begränsas till sådana fall där arbetsmarknadspolitiska åtgärder bedöms vara nödvändiga för arbetstagarens fortsatta anställning.

Detta innebär att arbetsförmedlingen avlastas arbete med redan anställda. Samtidigt kommer antalet anpassningsgrupper att öka kraftigt genom anknytningen till skyddskommittéerna. Som flera remissinstanser framhåller innebär detta en ökad medverkan av arbetsförmedlingen. I det svåra arbetsmarknadsläge som nu råder kan det finnas svårigheter för arbetsförmedlingarna att delta i en kraftigt utökad verksamhet. Mot denna bakgrund är jag inte beredd att förorda regler som innebär en skyldighet för arbetsförmedlingen att medverka i anpassningsgrupperna. Det bör således ankomma på arbetsmarknadsverket att avväga sitt deltagande i anpassningsverksamheten mot andra angelägna förmedlingsuppgifter. Samtidigt vill jag dock erinra om att den nya platsförmedlingsorganisationen med särskilda kontaktpersoner vid arbetsförmedlingen för de olika arbetsställena bör kunna underlätta en sådan medverkan. De partsorgan på arbetsstället som bedriver anpassningsverksamhet bör kunna bli väl fungerande fora för överläggningar om inplacering av äldre och arbetshandikappade sökande. Som SAF har anfört i sitt remissyttrande kan den föreslagna organisationen för anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten, där partsorgan får finna de lämpligaste formerna för anpassningsarbetet, öka möjligheterna att finna arbetsuppgifter och vidta anpassningsåtgärder även för dem, som är svårplacerade och utan arbete.

Ett ökat engagemang hos de lokala parterna bör enligt min mening kunna underlätta för arbetsförmedlingen att placera sökande med arbetshandikapp, eftersom parterna genom sitt arbete med redan anställda få ökad kunskap och erfarenhet i anpassnings- och rehabiliteringsfrågor. Sådant kunnande är en viktig förutsättning för att man på arbetsplatsen framgångsrikt skall kunna stödja en arbetssökande som blir anställd där.

2.3.7 Försäkringskassans medverkan

I de frågor som gäller försäkringskassans medverkan i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsställena har jag samrått med chefen för socialdepartementet.

Försäkringskassorna har i lagen (1962: 381) om allmän försäkring ålagts ett rehabiliteringsansvar. De skall, i den utsträckning RFV så föreskriver och då det finns skälig anledning, undersöka om det finns skäl att vidta åtgärder som är ägnade att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Om en sådan åtgärd behövs, skall kassan se till att den vidtas. I detta syfte har försäkringskassorna etablerat samarbete med olika rehabiliterande organ i samhället.

När det gäller rehabiliteringsåtgärder för långtidssjukskrivna som har ett anställningsförhållande har RFV och AMS överenskommit att försäkringskassorna i första hand skall arbeta direkt mot arbetsgivarna. Detta är självfallet en riktig utveckling. När det gäller sjukskrivna som har en anställning finns – med den trygghetslagstiftning som nu gäller – mera sällan skäl att koppla in arbetsmarknadsorganen.

Samverkanskommittén har lagt fram vissa förslag som rör försäkringskassornas medverkan när det gäller enskilda arbetstagares rehabilitering.

Också anpassningsgruppen eller motsvarande organ på arbetsplatsen skall, enligt kommittén, kunna ta initiativ till ett samarbete mellan arbetsstället och försäkringskassan genom att inbjuda försäkringskassans utredare till överläggningar, när en anställd behöver anpassnings- eller rehabiliteringsåtgärder. Vidare föreslår kommittén att anpassningsgruppen skall kunna fungera som remissinstans i försäkringskassans utredningar och att detta förslagsvis skall regleras i RFV:s kungörelse (RFFS 1979: 1) om rehabiliteringsgrupper m. m. En självklar förutsättning för denna samverkan mellan kassorna och arbetsplatserna är att den försäkrade har lämnat sitt medgivande.

Kommitténs förslag i denna del har inte mötts av erinringar. Landstingsförbundet framhåller dock att arbetsgivaren bör vara remissinstans i kassornas rehabiliteringsutredningar, eftersom arbetsgivaren har det primära ansvaret för anpassningsverksamheten. Också SHIO-Familjeföretagen hänvisar till arbetsgivarens ansvar för anpassningsåtgärderna och anser att arbetsgivaren skall ha rätt till information från försäkringskassan, i första

hand om en anställd är sjukskriven, men dessutom om orsaken till sjukskrivningen, vilket skulle förutsätta viss ändring av sekretesslagen.

Som jag tidigare har framhållit är möjligheterna att nå ett positivt resultat i rehabiliteringsärenden som regel störst, om den arbetshandikappade också fortsättningsvis kan beredas arbete hos den arbetsgivare hos vilken han eller hon är anställd. Samma uppfattning har RFV framfört i sitt remissyttrande. Detta förutsätter dock i många fall att särskilda åtgärder vidtas på arbetsplatsen för att anpassa arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Även om den arbetshandikappades nedsatta arbetsförmåga som regel inte innebär att det finns saklig grund för uppsägning, kan dock – som LO:s Rättsskydd AB har framhållit – underlåtenhet att vidta anpassningsåtgärder på arbetsplatsen leda till att den arbetshandikappade ändå lämnar anställningen. Det är därför angeläget att försäkringskassorna, i sin rehabiliterande verksamhet samverkar med arbetsplatserna för att skapa förutsättningar för att den sjukskrivne så snart som möjligt skall kunna återgå i arbete. Arbetsgivaren är den som primärt har ansvaret för att en sådan återgång underlättas. I flertalet fall torde dessa rehabiliteringsärenden kunna lösas genom insatser i linjeorganisationen, dvs. av personalansvariga, arbetsledning etc. I mer komplicerade fall kan det vara skäl att överväga lämpliga åtgärder i ett partssammansatt organ, som bedriver arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, dvs. anpassningsgrupp eller motsvarande. Också företagshälsovårdens resurser och sakkunskap kan behöva utnyttjas i sådana fall.

Enligt min mening är det angeläget att försäkringskassorna kan medverka i sådan anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som bedrivs på arbetsställena för en enskild försäkrad Sannolikt kan många problem lösas helt genom en samverkan mellan arbetsplatsen eller dess företagshälsovård och försäkringskassan, utan att arbetsmarknadsmyndigheterna behöver medverka. Det är särskilt angeläget att försäkringskassorna får möjlighet att medverka i ökad utsträckning i samband med rehabiliteringsinsatser på arbetsställena. Försäkringskassans utredare bör därför tillförsäkras en rätt att delta i överläggningar med partssammansatt organ på arbetsstället som bedriver arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet även i sådana fall, då parterna på arbetsstället inte särskilt har begärt det.

När det gäller samverkanskommitténs förslag om att anpassningsgruppen skall utgöra remissinstans i försäkringskassornas rehabiliteringsutredningar, ser jag inga hinder för att så skall kunna ske, under förutsättning att den försäkrade har givit sitt tillstånd. Jag anser emellertid att det bör avgöras från fall till fall, om en sådan remiss skall göras. Det finns självfallet inte anledning att rutinmässigt remittera material och därigenom kanske försena handläggningen av ärendet. Det ankommer på RFV att lämna de närmare anvisningar som kan behövas i denna fråga.

Samverkanskommittén har också föreslagit att anpassningsgruppen skall informeras om arbetsskador, som kan innebära att en arbetstagare

blir i behov av anpassnings- eller rehabiliteringsåtgärder. Enligt kommitténs förslag skall sedan linjeorganisationen och anpassningsgruppen på lämpligt sätt bevaka den anställdes situation under sjukskrivning etc., för att på ett tidigt stadium kunna pröva behovet av rehabiliteringsinsatser på arbetsplatsen för att underlätta återgången till arbetet. När det bedöms nödvändigt bör gruppen med utgångspunkt i inträffade skadefall fästa skyddskommitténs och skyddsombudens uppmärksamhet på behovet av arbetsmiljöförbättrande åtgärder på arbetsstället.

Jag delar kommitténs uppfattning att det är angeläget att förbättra samverkan mellan försäkringskassorna och arbetsplatserna i ärenden som gäller arbetsskador. Det bör inte finnas hinder för att de som arbetar med rehabiliteringsverksamheten fortlöpande informeras om inträffade arbetsskadefall. Det får ankomma på arbetsgivaren att bedöma när anpassningsgruppen eller motsvarande organ skall informeras om arbetsskadefall.

Jag vill i detta sammanhang också framhålla betydelsen av att företagshälsovården medverkar vid utredningar i ärenden rörande arbetsskador.

Samarbetet mellan arbetsställena och försäkringskassorna i arbetsskadeärenden kan dels gälla utredningar om en skada har uppkommit genom skadlig inverkan i arbetet, dels åtgärder för att den skadade personen skall kunna återgå till arbetet. Jag har i det föregående uppehållit mig vid det sistnämnda slaget av åtgärder. När det sedan gäller bedömningen av om en skada har uppkommit genom skadlig inverkan i arbetet har RFV särskilt framhållit företagshälsovårdens viktiga roll i utredningarbetet. Företagshälsovården kan ofta tillhandahålla ergonomiska och tekniska beskrivningar av arbetsplatser och förse kassorna med underlag som behövs för att bedöma frågan om skadlig inverkan i arbetet. RFV framhåller också att företagshälsovårdens läkare i många fall genom sitt kunnande har bättre förutsättningar än läkare som inte känner den skadades arbetsmiljö att förse kassorna med beslutsunderlag. Bl. a. kan företagshälsovården spåra ev. skadliga faktorer på en arbetsplats om arbetstagare med samma arbetsuppgifter drabbas av samma typ av sjukdom. Enligt RFV kan därför en utbyggnad av företagshälsovården i framtiden leda till en säkrare bedömning av arbetsskador, främst olika sjukdomar i rörelse- och stödjeorganen.

De förslag som jag nu har lagt fram syftar till att ge skyddsverksamheten på arbetsstället och dess företagshälsovård ett särskilt ansvar för sådana arbetsanpassnings- och rehabiliteringsärenden, som förutsätter en samverkan mellan parterna på arbetsstället. Genom att försäkringskassorna tillförsäkras en möjlighet att delta i verksamheten, när enskilda försäkrade är berörda, bör förutsättningarna att få till stånd ett väl fungerande samarbete mellan arbetsställena och försäkringskassorna kunna öka. Detta bör kunna leda till förbättrade rehabiliteringsresultat och säkrare bedömningar bl. a. av arbetsskadeärenden.

2.3.8 Omplacering mellan olika arbetsgivare

Det är förhållandevis ofta förekommande att en arbetstagare som har fått nedsatt arbetsförmåga blir omplacerad till andra arbetsuppgifter, som är mera lämpliga med hänsyn till arbetshandikappet och att vederbörande därigenom kan stanna kvar i anställningen och göra en fullgod arbetsinsats.

Men ibland kan problemen inte lösas på arbetsplatsen. Verksamhetens art eller företagets storlek eller personalsammansättning kan vara sådan att det inte finns lämpliga uppgifter att omplacera den arbetshandikappade till. Handikappet kan också vara sådant att den anställde inte kan bli kvar på arbetsplatsen. Den är exempelvis svårt för en allergiker att stanna på en arbetsplats där ett visst ämne, som han eller hon är överkänslig mot, är allmänt förekommande.

Alternativet till långa upprepade sjukskrivningar i dessa fall är att den anställde försöker få ett annat arbete. Många av arbetsförmedlingens sökande med arbetshandikapp har lämnat en tidigare arbetsplats, därför att arbetet har varit olämpligt med hänsyn till arbetshandikappet och omplaceringsmöjligheter saknats. Omskolning och andra arbetsmarknadspolitiska åtgärder används i stor utsträckning i dessa fall för att underlätta för en sökande att få nytt arbete.

Samverkanskommittén har föreslagit att en företagshälsovårdscentral skall kunna medverka och pröva förutsättningarna att placera om en arbetstagare mellan företag, som är anslutna till centralen, om arbetstagaren inte kan få lämpliga arbetsuppgifter på den egna arbetsplatsen. Kommittén föreslår också att parterna avtalsvägen reglerar den enskildes anställningsskydd vid sådana omplaceringar.

Några av remissinstanserna har fört fram synpunkter på förslaget. LO och TCO framhåller att man måste finna former som inte motverkar anställningstryggheten. SAF och Tidningarnas arbetsgivareförening tillstyrker förslaget, men påpekar att företagshälsovården inte förfogar över anställningsbeslut hos de anslutna företagen. SAF anför vidare att företagshälsovårdskommittén kan behöva arbeta fram former för arbetsprövning och omplacering, som beaktar turordningsregler m. m. enligt lagen om anställningsskydd. Försäkringskasseförbundet framhåller att möjligheterna att placera om arbetstagare mellan företag är små och behöver utökas. Man måste i ökad utsträckning utnyttja de förutsättningar som lagen om anställningsskydd ger att få till stånd lokala avtalslösningar, anser förbundet, som också framhåller att företagshälsovårdens och arbetsmarknadsverkets resurser måste användas i dessa fall. SAF och Tidningarnas arbetsgivareförening har dock den uppfattningen att avtal om den enskildes anställningsskydd vid omplacering mellan företag inte behövs.

I likhet med Försäkringskasseförbundet anser jag att man alltid i första hand bör pröva möjligheterna att omplacera eller vidta andra anpassningsåtgärder där den arbetshandikappade är anställd. Att sådana åtgärder alltid

skall prövas är också klart uttalat i prop. (1973: 129) med förslag till lag om anställningsskydd m. m. (s. 126). Den nya anställningsskyddslagen (1982: 80) innebär inte någon föränding härvidlag.

Samverkanskommittén har pekat på en möjlighet att finna lösningar, när problemen inte kan lösas på den anställdes egen arbetsplats. Ur samhällets synpunkt är det angeläget att utslagning av människor från arbetslivet kan förhindras. De arbetsmarknadspolitiska stöden för arbetshandikappade kan också i stor utsträckning användas i detta syfte. Samverkanskommitténs förslag om omplacering mellan företag genom företagshälsovårdscentralernas medverkan förutsätter en frivillig samverkan mellan de berörda arbetsgivarna. De som vill pröva denna möjlighet bör kunna överenskomma om de närmare formerna för hur en arbetsprövning eller omplacering skall genomföras.

Som jag nyss har nämnt har LO och TCO påtalat att den berörde arbetstagaren får ett sämre anställningsskydd om han eller hon omplaceras till en annan arbetsplats. LO: s Rättsskydd AB framhåller att det försämrade anställningsskyddet inte enbart hänför sig till tillgodoräknande av anställningstid. Arbetstagaren kan enligt LO: s Rättsskydd AB bli utan arbete både på den gamla arbetsplatsen och på den nya. Detta kan inträffa om den anställde inte beviljas ledighet från den gamla arbetsplatsen och om den nya arbetsplatsen inte är beredd att låta vederbörande stanna efter rehabiliteringsperiodens slut. LO föreslår därför lagstiftning om rätt till ledighet från den gamla arbetsplatsen i dessa fall.

Samverkanskommittén har föreslagit att bl. a. frågor som rör den enskildes anställningstrygghet skall regleras genom avtal mellan parterna. Som jag nyss har anfört förutsätter omplaceringsverksamhet mellan företag en frivillig samverkan mellan de berörda arbetsställena. Frågor om den enskildes anställningsskydd bör kunna lösas genom överenskommelser mellan de berörda arbetsgivarna och arbetstagarnas fackliga organisationer. Enligt min bedömning bör det även vara möjligt att avtalsvägen lösa frågor om den enskildes rätt till ledighet vid rehabilitering som är förlagd till annan arbetsplats eller ev. rätt att återgå till den tidigare anställningen om en tillsvidareanställning inte kommer till stånd på den nya arbetsplatsen. Ett ytterligare skäl att reglera hithörande frågor genom avtal mellan parterna är att förhållandena är mycket varierande på olika delar av arbetsmarknaden.

2.3.9 Sjukpenning vid rehabilitering på arbetsplatsen

I de frågor som gäller sjukpenning i samband med rehabilitering på arbetsplatsen har jag samrått med chefen för socialdepartementet.

Samverkanskommittén har föreslagit att arbetstagare skall kunna behålla sin sjukpenning om han eller hon efter en längre tids sjukskrivning behöver arbetsanpassnings- eller rehabiliteringsåtgärder på arbetsstället och själv önskar sådana åtgärder. Enligt kommittén bör sjukpenningen

kunna utgå under högst ett år. Arbetsgivaren bör svara för att en rehabiliteringsplan läggs upp för den enskilde. Planen bör ha utarbetats eller förordats av företagshälsovården i samverkan med den anställde och anpassningsgruppen eller motsvarande organ. Företagshälsovården och personalpolitiska organ skall aktivt verka för att den sjukskrivne så snart som möjligt skall kunna återgå till reguljärt arbete.

Försäkringskasseförbundet framhåller att kassorna tidigare har samarbetat med arbetsmarknadsmyndigheterna i samtliga fall, således även vid rehabilitering och arbetsanpassning som gällt personer med anställning. Numera förekommer det att kassorna använder sig av möjligheten att utge sjukpenning i de fall en anställd behöver träning i s.k. reell miljö på arbetsplatsen. Samverkanskommitténs förslag innebär således inte något principiellt nytt. Förbundet framhåller också att man uppnått goda resultat i sådana fall. Förbundet anser däremot att kommitténs förslag om ett år som gräns för tid med sjukpenning i dessa fall är onödig och inte i överensstämmelse med tankarna om en flexibel rehabiliteringsverksamhet.

RFV finner kommitténs förslag om socialförsäkringens medverkan vid rehabilitering och anpassning intressanta och att de bör kunna leda till förbättringar i rehabiliteringsarbetet. Frågan bör dock, enligt RFV, bli föremål för ytterligare överväganden i lämplig form. Det kan t.ex. befaras att ett genomförande av kommitténs förslag om sjukpenning vid rehabilitering i reell miljö på arbetsstället kan innebära att sjukpenning betalas till anställda i sådana fall där arbetsgivaren nu betalar lön.

Som jag inledningsvis har anfört anser jag i likhet med RFV, att förutsättningarna för ett positivt resultat av rehabiliteringsinsatserna är störst om en arbetshandikappad arbetstagare kan fortsätta där han eller hon är anställd. Arbetshandikappade, som av olika skäl förlorar en anställning möter stora svårigheter att få ett nytt arbete. Betydande arbetsmarknadspolitiska insatser behövs ofta för att vederbörande ånyo skall få ett fotfäste på arbetsmarknaden. Det är därför av stor betydelse både för den enskilde och för samhället att kraftfulla insatser görs för att underlätta för den arbetshandikappade att behålla anställningen. De förslag som jag har lagt fram i det föregående syftar till att få till stånd sådana insatser.

Enligt min mening bör förfaringssättet med sjukpenning under rehabilitering på arbetsplatsen kunna komma till användning i större omfattning än f.n. Genom att arbetstagaren får sjukpenning behöver han eller hon inte mötas av krav på viss prestationsförmåga från arbetsgivare och arbetskamrater. Rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen syftar till att vederbörande skall kunna återuppta reguljärt arbete. Åtgärderna i dessa fall kan exempelvis innebära att den sjukskrivne ges möjlighet att successivt träna upp sin arbetsförmåga i tidigare eller nya arbetsuppgifter. Det kan i vissa fall innebära att personen inledningsvis arbetar bara några timmar per dag eller kanske per vecka för att successivt öka tiden och övergå t.ex. i halv sjukskrivning eller till full arbetsinsats i de fall så kan ske.

Syftet med att utge sjukpenning i dessa fall skall således vara att bryta sjukskrivningen i ett tidigare skede genom att få till stånd en tidigare återgång till arbetet. Bl. a. RFV har i sitt remissyttrande över företagshälsovårdsutredningens betänkande särskilt framhållit vikten av att rehabiliteringsinsatser inititeras så tidigt som möjligt innan verkningarna av en passiviserande sjukskrivning har inträtt. För egen del vill jag understryka dessa synpunkter. Alternativet till tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser i dessa fall är sannolikt en fortsatt och mer långvarig sjukskrivning, som i sin tur ökar risken för utslagning och därmed också för att omfattande arbetsmarknadspolitiska åtgärder måste sättas in.

Det finns redan nu erfarenheter av att använda sjukpenning i samband med rehabilitering på arbetsplatsen. Som jag har nämnt tidigare har man i dessa fall nått goda resultat. Jag finner det därför angeläget med en fortsatt och utökad användning av möjligheterna till träning i nya arbetsuppgifter på arbetsplatsen. Då RFV och försäkringskassorna redan nu i allt större utsträckning verkar för att de som har en anställning får sådan träning med bibehållen sjukpenning, finner jag inte anledning att här föreslå några ändrade regler för ersättning under sådan rehabilitering.

Jag vill också i detta sammanhang meddela att jag har erfarit att chefen för socialdepartementet avser att föreslå regeringen att tillsätta en särskild utredning med uppdrag att göra en översyn av vissa grundläggande regler inom sjukförsäkringen. Översynen skall syfta till att ge sjukförsäkringen en mera aktiv roll i rehabiliteringsarbetet. Vidare kommer vissa resurs-, ansvars- och samordningsfrågor i rehabiliteringsarbetet att ses över.

2.3.10 Försäkringsskydd vid arbetsprövning/träning i reell miljö

RFV har i sitt remissyttrande över samverkanskommitténs förslag tagit upp vissa frågor rörande försäkringsskyddet för dem som genomgår arbetsprövning eller -träning på en arbetsplats med sjukpenning från den allmänna försäkringen.

Den som uppbär sjukpenning vid arbetsvård enligt RFV:s föreskrifter (RFFS 1978: 32) i form av arbetsprövning, arbetsträning eller arbetsmarknadsutbildning omfattas av visst försäkringsskydd, om prövningen, träningen eller utbildningen sker med arbetsmarknadsverkets medverkan. Försäkringsskyddet gäller för skador som den som deltar i arbetsmarknadsutbildning eller den, som är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut orsakar under sådan utbildning eller yrkesinriktad rehabilitering, som är helt eller delvis förlagd till icke-statlig arbetsplats. Ersättning lämnas i dessa fall till arbetsgivaren för person- eller sakskada som har tillfogats arbetsgivaren. Detsamma gäller i fråga om ren förmögenhetsskada, som har tillfogats arbetsgivaren genom brott. Regeringen har inhämtat riksdagens bemyndigande (prop. 1974: 87, InU 12, rskr 245, prop. 1979/80: 127, AU 31, rskr 328) att låta staten ansvara för skador, som uppstått vid yrkesinriktad rehabilitering. Försäkringsskyddet regleras genom förordningen

(1980: 631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i viss arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering.

Som RFV har framhållit omfattas inte den som genomgår arbetsprövning eller arbetsträning med ersättning från försäkringskassa, men utan att vara inskriven vid ett arbetsmarknadsinstitut, av försäkringsskydd enligt nämnda förordning.

Användningen av möjligheterna att lämna sjukpenning vid rehabilitering i s. k. reell miljö kan således motverkas av att det finns brister i försäkringsskyddet i vissa fall.

Om en arbetstagare prövas eller tränas med bibehållen sjukpenning på en arbetsplats, där han eller hon är anställd måste det vara arbetsgivarens sak att bedöma om försäkringsskyddet är tillräckligt. Problemen torde främst uppstå, i de fall vederbörande inte är anställd på prövningsarbetsplatsen. Detta kan medföra att försäkringskassorna tvekar att medverka till sådan prövning och träning genom att bevilja sjukpenning för prövning på annan arbetsplats än där vederbörande är anställd. Vidare kan kassorna välja att begära arbetsmarknadsverkets medverkan även i sådana fall då prövningen/träningen skulle kunna genomföras utan en sådan medverkan, eftersom man då kan lösa problemet med försäkringsskydd. I linje med vad jag tidigare har anfört är det angeläget att inskrivning vid arbetsmarknadsinstituten inte sker i sådana fall, där åtgärden i sig inte är nödvändig. Arbetsförmedlingens och arbetsmarknadsinstitutens resurser bör användas för de sökande som behöver få del av sådana särskilda insatser. I stället bör åtgärder vidtas för att brister i försäkringsskyddet inte skall lägga hinder i vägen för en användning av sjukpenning vid arbetsprövning/träning i s. k. reell miljö. Efter samråd med chefen för civildepartementet avser jag därför att föreslå regeringen att inhämta riksdagens bemyndigande att utvidga statens ansvar vid yrkesinriktad rehabilitering. Ersättning av allmänna medel bör således kunna lämnas till arbetsgivare för skador orsakade av den som uppbär sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring i samband med arbetsprövning eller arbetsträning som är förlagd till icke-statlig arbetsplats. Ersättningen bör dock endast kunna lämnas om den, som orsakat skadan inte är anställd på arbetsplatsen.

RFV har också påtalat vissa begränsningar i arbetsskadeförsäkringen. De som deltar i arbetsmarknadsutbildning eller genomgår arbetsprövning eller arbetsträning, som anordnats av staten, landstingskommun eller kommun eller som har godkänts av allmän försäkringskassa omfattas av arbetsskadeförsäkringen enligt bestämmelserna i förordningen (1977: 284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd. Detta innebär bl. a. att dessa personer enbart är försäkrade enligt arbetsskadeförsäkringen under moment i utbildningen, som liknar förvärvsarbete. De omfattas således inte av arbetsskadeförsäkring vid arbetsresor. Detta gäller emellertid för alla elevkategorier under utbildning. Jag är mot den bakgrunden inte beredd att förorda en vidgning av de grupper, som omfattas av arbetsska-

deförsäkring vid arbetsresor. Jag har i denna fråga samrått med chefen för socialdepartementet.

2.3.11 Sekretess och tystnadsplikt

Verksamheten i de nuvarande anpassningsgrupperna är grundad på främjandelagen, som har en särskild föreskrift (16 §) om sekretess och tystnadsplikt. Vad någon vid tillämpningen av lagen har fått veta om enskilt företags eller enskild sammanslutnings affärs- eller driftsförhållanden eller om enskilds personliga förhållanden får han inte obehörigen yppa eller nyttja.

Främjandelagens sekretessregler är således tillämpliga för anpassningsgrupper inom den enskilda sektorn.

Inom offentlig sektor gäller i stället sekretesslagen (1980: 100). För arbetsförmedlingens företrädare gäller sekretess med hänsyn främst till skyddet för enskilds personliga förhållanden. Detsamma gäller för exempelvis de som företräder försäkringskassan eller socialtjänsten. Vidare gäller sekretess i myndighets personalsociala verksamhet för exempelvis uppgift om enskilds personliga förhållanden hos psykolog, personalkonsulent eller annan sådan befattningshavare som särskilt har till uppgift att bistå med råd och hjälp i personliga angelägenheter, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den berörde eller någon denne närstående lider men.

Med den här föreslagna lagändringen, som ger skyddskommittén ett ansvar för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs, kommer denna verksamhet att bedrivas av parterna på arbetsstället. Detta får vissa konsekvenser när det gäller sekretesskyddet för de berörda och för företaget/sammanslutningen.

När arbetsförmedlingen aktualiserar ärenden enligt främjandelagen i anpassningsgruppen är främjandelagens sekretessregler fortfarande tillämpliga i samma utsträckning som för närvarande.

När däremot parterna på arbetsställena överlägger i ett ärende som gäller en enskild arbetstagare eller om i överläggningen framkommer uppgifter som rör företagets affärs- eller driftsförhållanden finns inte något sekretesskydd för den berörde arbetstagaren eller för företaget. F. n. finns således inga sekretessregler som är tillämpliga för de nuvarande anpassningsgrupperna inom den enskilda sektorn i de fall parterna överlägger i en sådan grupp utan att arbetsförmedlingen är företrädd.

I fråga om sekretessen inom offentlig sektor har SAMN framhållit (SAMN meddelande nr 3 1983) att endast de personer i anpassningsgruppen som företräder en myndighet – en arbetsgivarmyndighet eller arbetsmarknadsverket – omfattas av sekretessen, som således inte gäller direkt för arbetstagarorganisationernas företrädare. Sekretessen kan dock överföras till dem genom att myndigheten meddelar förbehåll enligt 14 kap. 9 § sekretesslagen.

Samverkanskommittén har lagt fram vissa förslag om tystnadsplikt för dem som medverkar i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsställena och sekretesskydd för dem som berörs av verksamheten.

Kommittén föreslår att reglerna om tystnadsplikt i arbetsmiljölagen 7 kap. 13 § kompletteras med en bestämmelse om att den som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället inte får obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har erfarit om yrkeshemlighet, arbetsförfarande, enskilds personliga förhållanden eller förhållande av betydelse för landets försvar.

I sin nuvarande lydelse innehåller paragrafen bestämmelser om tystnadsplikt för den som tagit befattning med tillsyn enligt arbetsmiljölagen, skyddsombud och ledamot av skyddskommitté. Av andra stycket följer att tystnadsplikt också gäller för ledamot i styrelsen för lokal facklig organisation med avseende på vad denne fått kännedom om av skyddade uppgifter genom skyddsombud eller skyddskommittéledamot som utsetts av organisationen.

Den föreslagna ändringen i paragrafens första stycke innebär att den där angivna personkretsen utvidgas så att också den som deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället enligt 6 kap. 9 § arbetsmiljölagen omfattas av tystnadspliktsreglerna.

Den föreslagna lagregeln skall – enligt kommitténs förslag om ändring av andra stycket av ifrågavarande paragraf – tillämpas på motsvarande sätt i fråga om ledamot i styrelsen för facklig organisation med avseende på vad denne har erfarit av skyddsombud, ledamot av skyddskommitté eller av den som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället, om de har utsetts av organisationen.

Kommittén har slutligen föreslagit ett tillägg i den aktuella lagparagrafens tredje stycke, som behandlar arbetsställen i det allmännas verksamhet. I fråga om den som är skyddsombud, ledamot av skyddskommitté eller den, som deltar i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet enligt arbetsmiljölagen 6 kap. 9 § – i dess föreslagna nya lydelse – på ett arbetsställe i det allmännas verksamhet tillämpas i stället 14 kap. 7, 9 och 10 §§ sekretesslagen (1980: 100).

Med de föreslagna lagändringarna bör, enligt min mening, tillfredsställande sekretess kunna gälla såväl i fråga om enskilds personliga förhållanden som företagets eller sammanslutningens förhållanden.

Den föreslagna ändringen i 7 kap. 13 §, första stycket reglerar tystnadsplikten för den som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället. Tystnadsplikten skall således också gälla den som tillfälligt deltar i överläggningar i anpassningsgruppen, utan att för den skull ingå i den. Det kan t.ex. gälla den person som själv berörs av anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder, som diskuteras i anpassningsgruppen, arbetsledare åt en sådan arbetstagare, en arbetskamrat som fun-

gerar som särskilt stöd åt en arbetstagare, som berörs av anpassningsverksamheten. Det kan även gälla personal från företagshälsovårdscentral.

Den här föreslagna regeln om tystnadsplikt för den som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet är också tillämplig på den som deltar i sådan verksamhet på arbetsställen där arbetstagarna inte är anslutna till en lokal facklig organisation. Förekomsten av en facklig organisation på arbetsstället är således inte en förutsättning för att lagregeln skall gälla.

Den föreslagna ändringen i andra stycket ifrågavarande paragraf innebär att en ledamot i styrelsen för lokal facklig organisation omfattas av tystnadsplikt med avseende på vad han har erfarit av den, som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Den som företräder en facklig organisation i en anpassningsgrupp eller motsvarande organ är i många fall skyddsombud eller ledamot av skyddskommitté. Det förekommer emellertid också att arbetstagarorganisationen företräds av annan person. Den fackliga företrädaren i anpassningsverksamheten deltar i verksamheten i sin egenskap av facklig förtroendeman och inte som enskild person. Det ter sig mot den bakgrunden inte rimligt att den fackliga företrädaren inte med övriga ledamöter i styrelsen för den lokala organisationen skulle kunna diskutera principiella frågor som gäller verksamheten eller åtgärder som vidtas. Mot denna bakgrund behövs också föreskrifter om tystnadsplikt för styrelseledamöterna med avseende på vad de erfar av organisationens företrädare i anpassningsverksamheten. Det föreslagna tillägget i andra stycket innebär således att också sådana fackliga företrädare som inte är skyddsombud eller ledamöter av skyddskommitté ges möjlighet att överlägga med sin organisation i principiella frågor som rör verksamheten.

Samverkanskommittén har vidare föreslagit vissa tillägg i sekretesslagen för att därigenom få till stånd ett tillfredsställande sekretesskydd också för verksamhet inom det allmänna. Som statens arbetsmarknadsnämnd har framhållit finns i dag vissa brister vad gäller sekretesskyddet för dem som berörs av verksamhet i de nuvarande anpassningsgrupperna. Enligt samverkanskommitténs förslag skall 14 kap. 7 § tredje stycket sekretesslagen också omfatta den som deltar i arbetsanpassnings- eller rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället. Utan hinder av att förbud gäller enligt sekretesslagen att lämna ut eller utnyttja uppgift får företrädare för arbetstagarorganisation, skyddsombud, ledamot av skyddskommitté eller den som deltar i arbetsanpassningsverksamhet på ett arbetsställe utnyttja uppgiften för sitt uppdrag. Därvid får han dock inte röja uppgiften för annan.

Det föreslagna nya tillägget i paragrafens tredje stycke innebär således att den som deltar i anpassnings- och rehabiliteringsverksmhet på arbetsstället enligt 6 kap. 9 § arbetsmiljölagen får utnyttja en sekretessbelagd uppgift under förutsättning att han inte därigenom röjer den. Utan denna

föreskrift skulle enligt 1 kap. 4 § sekretesslagen ett sådant utnyttjande vara otillåtet.

Enligt min mening bör samverkanskommitténs förslag till ändring i sekretesslagen kompletteras på en punkt. Det gäller möjligheten för en offentlig arbetsgivare att lämna vidare sekretessbelagd information till deltagare i anpassningsverksamhet med stöd av 14 kap. 7 § första stycket sekretesslagen. Enligt min mening är det nödvändigt att göra ett särskilt tillägg i den bestämmelsen i syfte att säkerställa att arbetsgivaren utan hinder av sekretessbestämmelserna i lagen kan lämna ut sådan information som behövs för anpassningsverksamheten. Jag förordar därför att 14 kap. 7 § första stycket sekretesslagen tillförs en ny mening av denna innebörd.

Av andra stycket följer att den som deltar i anpassningsverksamhet på ett arbetsställe i det allmännas verksamhet på motsvarande sätt som gäller för den enskilda sektorn har rätt att lämna hemliga uppgifter vidare till ledamot i sin egen fackliga organisations styrelse, om han underrättar denne om förbudet. I sådant fall gäller förbudet också för styrelseledamoten.

2.3.12 Utbildning

Vid ett genomförande av de förslag som jag har lagt fram om en ny organisation för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten för anställda kommer denna verksamhet att öka i omfattning. Även om sådan verksamhet i stor utsträckning bedrivs redan nu, så kommer ändå betydligt fler människor att engageras i anpassningsarbetet. Dessa behöver utbildning för uppgiften.

Samverkanskommittén har föreslagit att sådan utbildning skall komma till stånd och har också angivit vilka som bör kunna få utbildning. Det bör enligt kommittén vara en uppgift för arbetsmarknadens parter att bestämma om utbildningens innehåll och omfattning. Vidare anser kommittén att utbildningen delvis bör kunna finansieras genom arbetarskyddsfonden.

Kommitténs förslag tillstyrks av remissinstanserna. TCO anser dock att utbildningen bör finansieras genom särskilt anslagna medel. Arbetarskyddsfonden anser att kommitténs material inte ger underlag för att bedöma om utbildningskostnaderna ryms inom fondens ekonomiska ramar utan att inkräkta på annat. Särskild utbildning för alla deltagare i anpassningsgrupper och annan berörd personal kan knappast ske inom ramen för tillgängliga medel. Däremot skulle kompletterande utbildning i anpassningsfrågor i anslutning till etablerade utbildningar av typ Bättre arbetsmiljö – BAM – inte vara något problem ur kostnadssynpunkt, enligt arbetarskyddsfonden.

SAF framhåller att parterna på den privata delen av arbetsmarknaden genom sitt samverkansorgan Arbetarskyddsnämnden redan har beslutat att detta stoff skall ingå i grundutbildningen i arbetsmiljö (BAM).

När det gäller utbildningsfrågorna delar jag kommitténs och LO:s upp-

fattning att arbetsanpassning och rehabilitering bör kunna vävas in i skyddsombuds- och personalutbildning. En förutsättning för att de berörda skall kunna nås av utbildning är att utbildningen integreras i annan redan befintlig utbildning. Som jag tidigare har konstaterat ingår dessa frågor redan till stor del i utbildningen av företagshälsovårdspersonal liksom i grundutbildningen i arbetsmiljö för skyddsombud m. fl. Anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna bör också kunna tas upp i parternas material om arbetsmiljö och MBL. De medel som finns för den fackliga utbildning som stöds av arbetarskyddsfonden – årligen ca 100 milj. kr. – bör också kunna stå till förfogande för utbildning i anpassningsfrågor.

Som jag tidigare har berört innebär ett genomförande av de här framlagda förslagen om en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet att arbetsförmedlingen får en förändrad roll, främst vad gäller insatser för redan anställda. Eftersom skyddskommittéerna är väsentligt fler än de nuvarande anpassningsfrågorna får arbetsförmedlingen betydligt fler partsorgan att samverka med om inplaceringsfrågor m. m. Detta motiverar särskilda utbildningsinsatser för de berörda inom arbetsförmedlingen.

AMS bedriver sedan många år tillbaka en försöksverksamhet med utbildning av arbetsledare m. fl. på arbetsplatser som sysselsätter anställda för vilka lönebidrag lämnas. Enligt föreskrifter i regleringsbrev skall utbildningen inriktas på att i samråd med berörda organ på arbetsmiljöområdet öka kunskaperna om arbetshandikapp och individuell arbetsanpassning hos dem som arbetar med arbetsmiljöfrågorna inom företagen. Verksamheten skall också i största möjliga utsträckning inriktas på dem, som arbetar med nyrekryteringsfrågor.

AMS försöksverksamhet syftade ursprungligen till att integrera kunskapsstoff rörande arbetshandikapp m. m. i den ordinarie utbildningen av arbetsledare. Utbildningen har därefter inriktats på de grupper, som enligt de här framlagda förslagen skall svara för arbetsanpassning och rehabilitering samt på personalrekryterare. Dessa grupper bör i fortsättningen kunna omfattas bl. a. av sådan utbildning i anpassningsfrågor som stöds med medel från arbetarskyddsfonden.

De medel som finns för för den av AMS bedrivna utbildningen bör därför kunna användas för sådan utbildning av arbetsförmedlingens företrädare i anpassningsverksamheten som behövs i samband med att förändringarna genomförs. Under budgetåret 1985/86 bör således högst 425 000 kr. kunna användas för ändamålet.

2.3.13 Arbetshjälpmedel åt handikappade

Bidrag lämnas enligt arbetsmarknadskungörelsen (1966: 368, ändrad senast 1984: 525) till speciella arbetstekniska hjälpmedel som handikappade behöver för att kunna utföra sitt arbete. Vid anställning av handikappade eller, om det finns särskilda skäl, för anställda som har blivit handikappade, kan bidrag lämnas till arbetsgivare till sådana särskilda anordningar på

arbetsplatsen som behövs för att den handikappade skall kunna utföra arbetet.

Hjälpmedel som handikappade behöver för sin dagliga livsföring tillhandahålles i princip kostnadsfritt av landstingen genom deras hjälpmedelscentraler, som får bidrag från den allmänna sjukförsäkringen för verksamheten, den s. k. hjälpmedelsersättningen. En viss del av denna ersättning tillförs en fond för drift av Handikappinstitutet, som är ett centralt organ för hjälpmedelsförsörjningen i landet. Institutet skall bl. a. följa forsknings- och utvecklingsarbetet inom hjälpmedelsområdet, prova och informera om hjälpmedel samt initiera och stimulera tillverkning av hjälpmedel. Institutet ger också ut en hjälpmedelsförteckning, där sådana hjälpmedel finns uppförda som institutet rekommenderar landstingen att lämna ut till handikappade.

Sedan den 1 juli 1984 har sjukvårdshuvudmännen också kostnadsansvar för tillhandahållandet av hjälpmedel till handikappade elever i grund- och gymnasieskola, statlig och kommunal vuxenutbildning samt för handikappade studerande inom högskolan.

Samverkanskommittén har uttalat sig för att landstingen också skall bli ansvariga för arbetshjälpmedel, inklusive särskilda anordningar för handikappanpassning på arbetsplatsen. Kommittén anser dock att frågan bör utredas ytterligare.

Liknande synpunkter har tidigare förts fram av beredningsgruppen för det internationella handikappåret 1981 i dess Handlingsprogram i handikappfrågor (SOU 1982: 46). Beredningsgruppen har därvid uttalat att samhället bör sträva efter att förenkla hjälpmedelshanteringen och att målet bör vara att sjukvårdshuvudmännen får det samlade och fulla ansvaret för all hjälpmedelsverksamhet:

"Den enskilde handikappade behöver då inte ha kontakt med olika organ i samma typ av ärenden. Vidare underlättas provning och ordination. Den handikappades hjälpmedelsbehov kan bedömas i ett sammanhang. Dessutom underlättar ett sådant system för den handikappade att kunna behålla ett hjälpmedel, som fungerat bra vid övergången från en skolform till en annan eller från utbildning till arbetslivet."

Handlingsprogrammet har behandlats av riksdagen (Skr 1982/83: 131, SoU 23 och 27, rskr 226 och 262).

I sina remissyttranden över samverkanskommitténs förslag har AMS, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Samhällsföretag och HCK tillstyrkt att frågan om en huvudmannaskapsförändring utreds ytterligare. Också Försäkringskasseförbundet tillstyrker utredning av frågan, men anser att ersättning för merkostnader i samband med handikapp på sikt bör inordnas i den allmänna försäkringen inom ett samordnat handikappstöd. Handikappinstitutet anser att en omfattande utredning behövs. Troligen behövs också en omfattande resursomfördelning och utbildning. Liksom

SHR anser institutet också att beloppsgränserna för bidrag till arbetshjälpmedel bör slopas.

För egen del kan jag konstatera att det finns starka skäl att överväga en fortsatt samordning av hjälpmedelshanteringen. Bl. a. har beredningsgruppen för det internationella handikappåret 1981 fört fram flera sådana skäl i det nyss nämnda handlingsprogrammet. Men som samverkanskommittén också har föreslagit behöver frågan om ett ändrat huvudmannaskap för arbetshjälpmedel åt handikappade utredas och övervägas ytterligare. Den arbetsmarknadspolitiska verksamheten med handikappanpassning av arbetsplatsen skiljer sig i vissa delar från verksamheten med hjälpmedel som används i den dagliga livsföringen eller vid studier. En ombyggnad på en arbetsplats för att öka tillgängligheten för en rörelsehindrad arbetstagare är exempelvis en åtgärd som till sin karaktär skiljer sig från hjälpmedelsutlämning. Jag delar således den uppfattning som förts fram av flera remissinstanser, bl. a. Handikappinstitutet, att en noggrann utredning behövs innan man kan ta ställning till frågan om ett ändrat huvudmannaskap för arbetshjälpmedlen.

Jag har erfarit att Handikappkommittén också överväger vissa frågor om arbetshjälpmedel åt handikappade. Vidare har AMS i en skrivelse till regeringen den 26 september 1984 tagit upp vissa frågor rörande arbetshjälpmedel till handikappade skolelever i samband med praktisk arbetslivsorientering m. m. Styrelsen har därvid behandlat möjligheten att föra över ansvaret för sådant stöd från arbetsmarknadsverket till skolan eller landstingen. Jag bedömer mot denna bakgrund att det blir anledning att återkomma till hithörande frågor längre fram.

2.4 Nytt ersättningssystem för företagshälsovården

2.4.1 Inledning

De nuvarande reglerna för ersättning till företagshälsovård har i huvudsak varit oförändrade sedan de infördes i mitten av 1950-talet. Reglerna innebär att en arbetsgivare kan få ersättning via sjukförsäkringen för högst hälften av sina nettokostnader för läkarvård eller andra sjukvårdande åtgärder. Har företagshälsovården också bedrivit verksamhet av hälsovårdande natur utgår ersättning med högst hälften av de sammanlagda nettokostnaderna för sjuk- och hälsovårdande åtgärder – under förutsättning att minst 50 % av dessa utgörs av kostnader för sjukvård. Om sjukvårdskostnaderna svarar för mindre än hälften av de sammanlagda kostnaderna skall ersättningen jämkas nedåt i motsvarande mån. Denna begränsning för ersättningsbeloppet kallas allmänt för 50-procentsspärren.

Vid beräkning av ersättningen skall hänsyn tas till kostnader för bl. a. löner för den sjukvårdande personalen, lokaler, städning, inventarier samt förbands- och förbrukningsmateriel. Kostnaderna för den tekniskt före-

byggande verksamheten får inte räknas in i beräkningsunderlaget. Arbetsgivarens eventuella intäkter av företagshälsovården, t. ex. anställdas patientavgifter, skall räknas av från de sammanlagda kostnaderna.

Ett villkor för ersättning är att en överenskommelse har träffats mellan arbetsgivaren och allmän försäkringskassa. En sådan överenskommelse gäller som regel fortlöpande.

Principen är att ersättningen bestäms och utbetalas i efterhand. Finns en löpande överenskommelse får dock arbetsgivaren ett förskott som betalas ut kvartalsvis. Förskottets storlek bestäms av den sammanlagda ersättningen för närmast föregående år. Efter utgången av varje kalenderår sker därefter en slutavräkning med ledning av arbetsgivarens uppgifter om de faktiska kostnaderna.

Konsekvenserna av de nuvarande ersättningsreglerna har uppmärksammats i en rad olika sammanhang. Kritiken har främst gällt den nuvarande kopplingen mellan ersättningens storlek och kostnaderna för den sjukvårdande verksamheten. Att ersättningsreglerna har utformats på detta sätt kan förklaras av att samhällets resurser för hälso- och sjukvård var relativt begränsade vid den tidpunkt då reglerna fastställdes. Den sjukvård som arbetsgivarna kunde erbjuda sina anställda betraktades därför som ett komplement till samhällets sjukvård.

Sedan ersättningssystemet infördes har emellertid samhällets resurser för hälso- och sjukvården byggts ut avsevärt och i dag finns därför helt andra möjligheter att täcka behoven av sjukvård. Över tiden har också företagshälsovården byggts ut och dess verksamhetsfält breddats. Parterna på arbetsmarknaden har i samtliga centrala arbetsmiljöavtal slagit fast att företagshälsovårdens huvuduppgift är att vara förebyggande. Trots detta intar sjukvården inom företagshälsovården i vissa fall en förhållandevis dominerande ställning, vilket kan förklaras av ersättningsreglernas konstruktion.

Den detaljerade redovisning som ligger till grund för beräkning av ersättningen till företagshälsovården har också medfört en onödigt omfattande administration såväl vid företagshälsovårdsenheter som vid försäkringskassor och riksförsäkringsverket. Detta har i sin tur lett till stora eftersläpningar i den årliga slutregleringen av ersättningen.

Jag kommer i det följande att presentera förslag till nytt ersättningssystem för företagshälsovården. Detta överensstämmer till stora delar med det förslag som i juni 1984 lades fram av en arbetsgrupp i betänkandet (Ds A 1984: 1) Nytt ersättningssystem för företagshälsovården. I arbetsgruppen har ingått företrädare för LO, TCO, SAF, Landstingsförbundet samt arbetsmarknads-, social- och finansdepartementen. Arbetsgruppens förslag har i allt väsentligt tillstyrkts av remissinstanserna.

Det nya ersättningssystemet innefattar dels regler för beräkning av ersättning, dels villkor som bör gälla för att ersättning skall utgå.

När det gäller beräkningen av ersättningen delar jag arbetsgruppens

uppfattning att denna bör delas upp i tre komponenter, nämligen *grundersättning*, *småföretags-* och *nyanslutningstillägg*.

Som jag tidigare har framhållit bör det även i fortsättningen vara arbetsmarknadens parter som i första hand ansvarar för och utformar företagshälsovårdens innehåll m. m. Enligt min mening bör därför villkoren för ersättning utformas så att de inte begränsar parternas handlingsfrihet att utifrån olika branschers speciella förhållanden anordna bästa möjliga företagshälsovård.

Innan jag övergår till en mer detaljerad redovisning av det nya ersättningssystemet vill jag kort nämna de viktigaste förändringarna av förslaget.

För det första innebär förslaget en *principiell rätt till ersättning* från samhället under förutsättning att en företagshälsovårdsenhet uppfyller vissa fastställda villkor. Enligt nu gällande regler föreligger ingen automatisk rätt till ersättning. Denna grundas i stället på avtal mellan försäkringskassa och arbetsgivare/företagshälsovårdsenhet.

För det andra är förslaget utformat så att *ersättningen utgår i förhållande till det antal personer*, såväl anställda som egen- och ensamföretagare, som omfattas av företagshälsovården. En sådan konstruktion innebär att den nuvarande kopplingen mellan ersättning och sjukvårdskostnader försvinner och att ersättningssystemet i fortsättningen är verksamhetsneutralt. Förslaget bör vidare bidra till en avsevärt förenklad administration.

De nya ersättningsreglerna bör träda i kraft den 1 januari 1986.

2.4.2 Beräkning av ersättningen

Arbetsgruppen har enligt sina direktiv haft i uppdrag att utforma ett förslag till ersättningssystem som stimulerar till förebyggande insatser från företagshälsovårdens sida, beaktar de särskilda problem som gäller för mindre företag och företag i glesbygd samt minskar kostnaderna för administrationen. Arbetsgruppen har vidare haft till uppgift att undersöka om det finns behov av en relativt sett högre ersättning för anställda i speciellt utsatta branscher.

Mot denna bakgrund har gruppen föreslagit ett schabloniserat ersättningssystem där ersättning utgår i förhållande till det antal personer, med en viss minimiarbetstid, som omfattas av företagshälsovården. Ersättningen skall enligt förslaget beräknas utifrån tre komponenter nämligen grundersättning, småföretagstillägg och nyanslutningstillägg.

Ingen remissinstans har haft något att erinra mot arbetsgruppens förslag att ta bort ersättningens koppling till företagshälsovårdens kostnader. Flera remissinstanser uttrycker i stället sin tillfredsställelse över förslaget och den förenkling det innebär jämfört med nuvarande ersättningsregler.

Flertalet remissinstanser har också tillstyrkt arbetsgruppens förslag att ett nytt ersättningssystem bör bestå av de redovisade ersättningskomponenterna. Likaså anser en majoritet att förslaget kommer att stimulera till en

Rättelse: S. 93, i styckena tre, fyra och fem har gjorts vissa förtydliganden av texten.

ökad utbyggnad samt förenkla administrationen. Två remissinstanser, statskontoret och Gävleborgs läns landsting, anser emellertid att förslaget i alltför stor utsträckning tillgodoser dem som redan i dag har företagshälsovård och de är därför tveksamma till om det kommer att påskynda utbyggnaden.

För egen del anser jag i likhet med arbetsgruppen och flertalet remissinstanser att en övergång till ett schabloniserat ersättningssystem ger många fördelar jämfört med nu gällande ersättningsregler. Jag har tidigare redovisat min syn på företagshälsovårdens arbetsfält och betonat vikten av förebyggande insatser. Det nuvarande ersättningssystemet, där ersättningen bestäms av kostnaderna för den sjukvårdande verksamheten, kan verka bromsande för en sådan utveckling. Ett ersättningssystem som är neutralt i förhållande till verksamheten kommer, enligt min mening, att förbättra parternas möjligheter att inrikta företagshälsovårdens verksamhet och resurser mot områden som de prioriterar. Därmed torde den förebyggande verksamheten komma att öka.

Dagens stora variationer i ersättning mellan olika företagshälsovårdsenheter kommer att minska om ersättningen beräknas i förhållande till antalet anslutna personer. Detta är en viktig effekt av det nya ersättningssystemet. Några av remissinstanserna, bl. a. Svenska Kommunförbundet, Försäkringskasseförbundet och Tidningarnas arbetsgivareförening, har pekat på att systemet kan leda till stora ersättningsminskningar för vissa företagshälsovårdsenheter. För egen del vill jag framhålla att ersättningen inte heller i dag står i någon bestämd relation till företagshälsovårdens totala kostnader eftersom den enbart bestäms av den sjukvårdande verksamhetens omfattning. Som arbetsgruppen har pekat på utgår f. n. ingen ersättning alls för förebyggande insatser, som i många fall utgör en väsentlig del av företagshälsovårdens verksamhet.

En annan fördel med ett schabloniserat ersättningssystem är att administrationen bör kunna förenklas avsevärt jämfört med i dag, såväl hos företagshälsovårdsenheter och arbetsgivare som hos olika offentliga organ. Slutligen torde förutsättningarna för den ekonomiska planeringen vid företagshälsovårdsenheterna dessutom kunna förbättras.

I likhet med majoriteten av remissinstanserna ansluter jag mig till arbetsgruppens förslag att ersättningen bör beräknas utifrån komponenterna grundersättning, småföretagstillägg och nyanslutningstillägg. Eftersom det främst är små företag som i dag inte anslutits till företagshälsovården anser jag det tillfredsställande att arbetsgruppens förslag är konstruerat så att det bör stimulera anslutningen av små företag.

Jag delar arbetsgruppens uppfattning att många av de faktorer som i dag motverkar en ökad anslutning av små företag till företagshälsovården inte kan påverkas av utformningen av ett nytt ersättningssystem. Intresset hos små företag för att ansluta sig till företaghälsovård liksom intresset hos redan etablerade företagshälsovårdsenheter för att ansluta små företag kan

emellertid påverkas av de ekonomiska förutsättningarna. När planer finns att etablera helt nya enheter kan utformningen av ersättningsreglerna också ha stor betydelse.

Den högre ersättningen för nyanslutna företag och småföretag avser att stimulera såväl arbetsgivare att ansluta sig till företagshälsovård som företagshälsovårdsenhetens vilja att ta emot nya företag. Ersättningen bör utgå till den som anordnar företagshälsovård. Om den högre ersättningen skall komma företagshälsovårdsenheten eller det anslutna företaget till godo bör få avgöras av det partssammansatta organ som leder företagshälsovårdsenheten. I många fall bör det vara naturligt att företagshälsovården medger sänkta avgifter för det berörda företaget. Så kan t. ex. vara fallet om en inbyggd central hos en större arbetsgivare vidgar sin service till småföretag på orten. Även höga nyanslutningstillägg till en företagshälsovårdscentral som domineras av större eller medelstora företag bör kunna leda till sänkta avgifter för företagen.

Å andra sidan finns företagshälsovårdsenheter vilka har småföretag som dominerande ägare. För dessa torde stimulansen av nyanslutnings- och småföretagstillägg ligga i att den högre ersättningen sänker kostnaderna totalt för företagshälsovårdsenheten och därmed öppnar möjligheter för vidgad verksamhet.

Jag anser att de lokala parterna är bäst skickade att bestämma hur den högre ersättningen skall påverka avgifterna för de anslutna företagen. Flertalet företagshälsovårdsenheter drivs dessutom direkt eller indirekt i form av aktiebolag eller stiftelser. Från mer allmänna utgångspunkter anser jag att statsmakterna inte bör reglera ansvarsfördelningen mellan dessa organs delägare. Det torde också f. n. saknas formella förutsättningar härför.

Högre ersättning för anställda i särskilt utsatta branscher

Några av remissinstanserna, t. ex. RFV, SAF, statskontoret, SACO/SR, Bygghälsan och Gävleborgs läns landsting, beklagar att arbetsgruppens förslag inte tar hänsyn till att kostnaderna för företagshälsovården varierar avsevärt mellan olika branscher.

Arbetsgruppen har i sitt betänkande övervägt en ersättningsmodell med ett s. k. branschtillägg. Tillägget skulle utgå för anställda inom branscher med hög arbetsskadefrekvens enligt statistiken i arbetarskyddsstyrelsens informationssystem om arbetsskador (ISA). Arbetsgruppen har emellertid funnit så stora problem förknippade med utformningen av ett sådant tillägg att man ansett att detta inte bör komma i fråga. Problemen gäller främst att göra en korrekt indelning av branscher efter arbetsskadefrekvens samt att göra branschtillägget administrativt lätthanterligt.

Många remissinstanser, t. ex. Svenska kommunförbundet, SFO, Malmö kommun och Älvsborgs läns landsting, delar arbetsgruppens uppfattning om att det i dag är svårt att på ett godtagbart sätt konstruera ett branschtill-

lägg. Däremot anser t. ex. socialstyrelsen, Försäkringskasseförbundet och Örebro läns landsting att arbetsgruppens alternativ till branschtillägg borde ha bearbetats ytterligare. Socialstyrelsen, statskontoret och Försäkringskasseförbundet hoppas att man i framtiden kan komplettera ersättningssystemet med ett branschtillägg genom att vidareutveckla ISA-statistiken och undanröja de administrativa svårigheter som arbetsgruppen anger. LO anser att ett högre grundbelopp bör erhållas för de grupper som har störst behov ur arbetsskadesynpunkt. Som fördelningsprincip bör man enligt LO: s mening utgå från kollektivavtalens uppdelning på den privata arbetsmarknaden så att en högre ersättning utgår för anställda som tillhör LO: s avtalsområden. På den offentliga sektorn måste motsvarande grupper prioriteras.

Jag delar arbetsgruppens uppfattning att det i dag är mycket svårt att göra en korrekt och rättvis indelning av olika branscher med hänsyn till arbetsmiljörisker etc. ISA-systemet är f. n. den enda statistikkälla som redovisar arbetsskadefrekvenser. Systemet är ett viktigt instrument för prioritering av arbetarskyddsstyrelsens insatser. Liksom arbetsgruppen anser jag det emellertid tveksamt om ISA-statistiken kan läggas till grund för en bidragsgivning av nu aktuellt slag. Anledningen är att det finns en betydande osäkerhet i registreringen av bl. a. arbetssjukdomar. Dessutom är det endast antalet arbetskador och inte deras svårighetsgrad som redovisas i systemet. För att undvika statistisk osäkerhet skulle därtill indelningen behöva göras relativt grov. Branschgrupper med olika arbetsskadefrekvens måste föras ihop och det genomsnittliga antalet arbetsskador för hela gruppen kommer därigenom att avgöra det ev. branschtilläggets storlek. Detta kan innebära att delbranscher med en annan skadeprofil än branschen som helhet riskerar att få för hög eller för låg ersättning i förhållande till den egna arbetsskadefrekvensen. Slutligen skulle företagshälsovårdsenheterna ställas inför påtagliga svårigheter att korrekt klassificera anslutna företag efter branschtillhörighet.

Jag anser att det inte heller är möjligt, som LO föreslår, att utgå från kollektivavtalstillhörighet vid fördelning av ersättning efter arbetsskadesynpunkt. Det är, som jag senare återkommer till, inte lämpligt att använda kollektivavtal som fördelningsgrund för statligt reglerade ersättningar av detta slag.

Mot bakgrund av vad jag nu har anfört anser jag att det f. n. inte är praktiskt möjligt att införa ett ersättningssystem som tar hänsyn till behovet av högre ersättning för särskilt utsatta branscher.

Stiftelsen Samhällsföretag har i sitt remissyttrande påpekat att Samhällsföretagsgruppen har särskilda behov jämfört med den reguljära arbetsmarknaden. Genom att företagsgruppen i huvudsak sysselsätter arbetshandikappade är sjukvårdsbehoven större och därmed företagshälsovårdens sjukvårdskostnader högre än för andra företag. Mot denna bakgrund föreslår man att Samhällsföretagsgruppen skall erhålla en förhöjd grundersättning för sina anställda.

Samhällsföretagsgruppen får ett driftbidrag som klart överstiger lönekostnaderna (inkl. lönebikostnader) för de anvisade anställda. Driftbidragets storlek motiveras av att Samhällsföretag i sin verksamhet har betydande merkostnader jämfört med den reguljära arbetsmarknaden till följd av att arbetstagarna är arbetshandikappade. Av denna anledning anser jag det inte motiverat att i detta sammanhang särbehandla Samhällsföretagsgruppen.

Ersättningskomponenter

Grundersättningen skall utgöra basen i ersättningssystemet. Den skall utgå för samtliga som omfattas av företagshälsovården och som uppfyller de angivna kraven om viss minimiarbetstid m.m. Med hänsyn till att grundersättningen är den enda ersättning som kommer att utgå för samtliga personer i beräkningsunderlaget bör beloppet sättas relativt högt. Det ankommer på regeringen att fastställa beloppets storlek. För riksdagens kännedom vill jag emellertid meddela att jag har för avsikt att senare föreslå regeringen att fastställa en grundersättning om 210 kr. per person för år 1986.

Småföretagstillägget har till syfte att kompensera för de relativt sett högre kostnader som företagshälsovården har för löpande service till mindre företag. Jag delar arbetsgruppens bedömning att intresset av att ansluta små företag, från såväl arbetsgivarnas som företagshälsovårdens sida, sannolikt ökar om ersättningen för sysselsatta i dessa företag är högre än för övriga sysselsatta.

Tillägget föreslås utgå för upp till 50 arbetstagare i varje företag oberoende av företagets storlek. Stimulansen för de mindre företagen uppnås genom att dessa relativt sett gynnas mer än större företag.

Småföretagstillägget föreslås vara hälften så stort som grundersättningen, dvs. 105 kr. för år 1986.

Flertalet remissinstanser har tillstyrkt det föreslagna småföretagstillägget och anser att det kommer att underlätta anslutningen av småföretag till företagshälsovården. Några remissinstanser, däribland socialstyrelsen, Statshälsan och Gävleborgs läns landsting, anser emellertid att tillägget endast bör utgå för företag med färre än 50 anställda. Därigenom skulle tillägget kunna höjas och få större betydelse för småföretagens anslutning.

Arbetsgruppen har i sitt betänkande diskuterat ett sådant alternativ. Konstruktionen skulle emellertid kunna leda till en s.k. tröskeleffekt, vilket vore mindre önskvärt enligt arbetsgruppens mening. Den sammanlagda ersättningen för företag med 49 anställda skulle sålunda bli avsevärt högre än ersättningen för företag med 51 anställda. Intresset från företagshälsovården skulle därför sannolikt minska för att ansluta medelstora företag. Ytterligare ett argument som, enligt arbetsgruppens mening, talar mot konstruktionen är att företagshälsovården riskerar mista den högre ersättningen om ett företag som ligger strax under gränsen 50 anställda får en måttlig personalökning.

Jag delar arbetsgruppens uppfattning att nackdelarna med att endast låta småföretagstillägget utgå för företag med ett visst antal anställda är så stora att alternativet inte kan förordas. Den föreslagna konstruktionen, som innebär att företagshälsovården får en relativt sett högre ersättning för anställda i småföretag än för anställda i större företag, uppfyller väl syftet att kompensera för de högre kostnader som uppstår vid service till mindre företag.

Småföretagstillägget skall beräknas utifrån antalet personer som ett företag ansluter till en och samma företagshälsovårdsenhet. Detta gäller oavsett om företagets verksamhet är uppdelad på flera arbetsställen eller inte. Om ett företag däremot ansluter sina arbetsställen till olika företagshälsovårdsenheter – t.ex. om företaget har verksamhet på flera orter – utgår småföretagstillägg för upp till 50 anslutna till varje företagshälsovårdsenhet. För offentliga organ bör samma princip tillämpas. Stat, kommun och landsting bör således var och en betraktas som ett "företag" vid anslutning av personal från olika förvaltningar till en viss företagshälsovårdsenhet. Detsamma bör gälla företag med samma koncerntillhörighet.

Arbetsgruppen har föreslagit att småföretagstillägget till Bygghälsan bör begränsas. Anledningen är att anslutningen till Bygghälsan inte kräver något särskilt initiativ från arbetsgivarna eller företagshälsovårdens sida. Kollektivanställda arbetstagare omfattas automatiskt av Bygghälsans service under förutsättning att arbetsgivaren erlägger en av parterna inom branschen överenskommen avgift via branschens semesterkassa. Bygghälsan ansluter i huvudsak anställda i mycket små företag. År 1980 erhöll fler än 17 000 företag service från Bygghälsan. Antalet företag anslutna till övriga typer av företagshälsovård var samma år ca 8 300. Arbetsgruppen pekar därför på att om småföretagstillägg skulle utgå även för Bygghälsans anslutna skulle hälsans totala ersättning bli oacceptabelt hög jämfört med andra företagshälsovårdsenheter, där varje enskild arbetsgivare dessutom tar ett initiativ till att ansluta sina anställda. Trots den föreslagna begränsningen medför det nya ersättningssystemet ändå att Bygghälsan, liksom övriga företagshälsovårdsenheter som har hög andel förebyggande verksamhet, får ett starkt ökat stöd.

Jag delar arbetsgruppens uppfattning att småföretagstillägget till Bygghälsan endast bör utgå för 50 kollektivanslutna inom var och en av de tolv regioner Bygghälsan har uppdelat sin verksamhet på. Bygghälsan ansluter emellertid efter särskild överenskommelse även andra än kollektivanställda inom byggbranschen, s.k. abonnemangsanslutning. Främst gäller det tjänstemän, ensamföretagare och konsulter för vilka avgifter erläggs direkt till Bygghälsan. Enligt min mening bör Bygghälsan självfallet erhålla såväl småföretagstillägg som nyanslutningstillägg för dessa anslutna eftersom anslutningen förutsätter ett beslut av den enskilde arbetsgivaren.

Nyanslutningstillägget skall minska de höga initialkostnaderna i samband med nyanslutning av företag till företagshälsovården. Nyanslutning

kräver som regel särskilda insatser från företagshälsovården när det gäller planering, administration, inventering av arbetsmiljöproblem etc.

Jag anser i likhet med arbetsgruppen att nyanslutningstillägget skall utgå för samtliga företag eller arbetsställen som för första gången ansluts till företagshälsovården. Tillägget bör utgöra ett belopp som motsvarar hälften av summan av grundersättning och småföretagstillägg för det nytillträdande företaget. Det är skäligt att tillägget får utgå under de två första åren ett företag är anslutet. Vid personalförändringar, som medför ökning av antalet anslutna efter denna tid, utgår endast grundersättning och eventuellt småföretagstillägg.

När ett företag som är anslutet till företagshälsovården ombildas, byter juridisk identitet eller ägare medför detta i de flesta fall inga kostnadskrävande konsekvenser för företagshälsovårdens löpande verksamhet. Detsamma gäller om formen för en företagshälsovårdsenhet ändras t. ex. om en kommun och privata arbetsgivare slår ihop sina resurser till ett gemensamt bolag eller stiftelse, eller om Statshälsan övertar företagshälsovård som tidigare skötts av affärsdrivande verk. Jag delar därför arbetsgruppens mening att nyanslutningstillägg endast skall utgå vid det tillfälle en arbetsgivare för första gången ansluter sina anställda till företagshälsovården.

Som jag tidigare har nämnt förutsätter anslutningen till Bygghälsan inget särskilt initiativ från arbetsgivarnas sida. Hos Bygghälsans enheter uppkommer inte heller några direkta nyanslutningskostnader. Bygghälsan bör därför, på samma grunder som jag tidigare har anfört beträffande småföretagstillägget, undantas från nyanslutningstillägget för de kollektivanställda som ansluts automatiskt via avgifter till semesterkassan. Detsamma bör gälla företagshälsovårdsenheter som ev. kan komma att byggas upp enligt liknande finansieringsprinciper.

Jag har i det föregående nämnt att det är regeringens målsättning att 75 % av de anställda skall omfattas av ersättningsberättigad företagshälsovård vid 1990-talets början. För att företagshälsovårdens utbyggnad inte skall bromsas upp i avvaktan på att det nya ersättningssystemet skall börja gälla föreslår jag att nyanslutningstillägget enligt de nya reglerna skall gälla även för nyanslutningar som sker fr. o. m. den 1 juli 1984. Praktiskt innebär detta att nyanslutningstillägget får utgå för dessa företag under år 1986 och 1987.

Personer som skall omfattas av ersättningen

Nuvarande ersättningsregler innehåller inga bestämmelser som begränsar kretsen av företag eller personer som företagshälsovården kan erbjuda service. Parterna bestämmer själva i avtal vilka som skall omfattas av företagshälsovården. I vissa lokala överenskommelser anges att även anhöriga till anställda samt pensionärer som tidigare har varit anställda vid företaget skall omfattas av företagshälsovårdens tjänster.

Arbetsgruppen har föreslagit att endast de som är sysselsatta vid ett

företag skall omfattas av det nya ersättningssystemet. Med "sysselsatt" avser man här inte endast anställda utan också egen- och ensamföretagare. Med ensamföretagare likställs den som utför yrkesmässigt arbete tillsammans med familjemedlemmar om dessa inte är att anse som arbetstagare och det inte finns någon annan anställd i företaget. Arbetsgruppen motiverar sitt ställningstagande med att vid tillkomsten av arbetsmiljölagen vidgades lagstiftningen till att i princip också gälla ensamföretagare och medhjälpande familjemedlemmar. Samhället har dessutom underlättat för ensamföretagare att ansluta sig till företagshälsovård genom att kostnader för detta fr.o.m. inkomståret 1981 är avdragsgilla som omkostnader i rörelsen. Remissinstanserna har inte haft något att erinra mot arbetsgruppens förslag i dessa delar.

Även jag ansluter mig till arbetsgruppens uppfattning att en företagshälsovårdsenhet skall kunna erhålla ersättning endast för dem som är sysselsatta vid ett anslutet företag. Detta hindrar inte att de lokala parterna också i fortsättningen kan träffa avtal om att företagshälsovården skall erbjuda service även åt andra än sysselsatta, t.ex. pensionärer eller anhöriga. För dessa kommer emellertid ersättning inte att utgå.

Jag har tidigare nämnt att den fortsatta utbyggnaden av företagshälsovården också bör omfatta egen- och ensamföretagare. Jag delar därför arbetsgruppens uppfattning att dessa grupper på samma villkor som anställda bör omfattas av ersättningssystemet.

När det gäller deltidsanställda har arbetsgruppen ifrågasatt om ersättning bör utgå för alla. Arbetsgruppen anser att om ersättning skulle utgå oberoende av arbetstidens längd kommer arbetsgivare med en stor andel anställda med kort deltid att gynnas kraftigt framför övriga arbetsgivare. Arbetsgruppen har därför föreslagit att en minimiarbetstid om i genomsnitt 15 timmar per vecka och anställd bör sättas som villkor för ersättning. Arbetsgruppen anser vidare att ett krav bör vara att arbetsgivaren har erlagt samma avgift till företagshälsovårdsenheten för deltidsanställda som för heltidsanställda.

Några remissinstanser, t.ex. socialstyrelsen och HCK, har avvisat arbetsgruppens förslag om att ersättning endast skall utgå för sysselsatta som arbetar i genomsnitt minst 15 timmar per vecka. Socialstyrelsen anser t.ex. att sådana villkor kan uppfattas som orättvisa i vissa branscher och på vissa arbetsplatser där de sysselsattas arbetstider avviker från det vanliga mönstret och där t.ex. säsongarbete är vanligt. Styrelsen anser vidare att vissa administrativa fördelar skulle kunna uppnås om samtliga sysselsatta omfattas av ersättningen. HCK anser att förslaget ytterligare försvårar för handikappade att träda in på arbetsmarknaden. Andra remissinstanser tillstyrker förslaget men påpekar att denna regel inte innebär att sysselsatta med mindre än 15 timmars veckoarbetstid skall ställas utanför företagshälsovårdens service.

Arbetarskyddsstyrelsen har ifrågasatt om ersättning inte bör utgå i för-

hållande till antalet arbetade timmar i företaget. Även HCK anser att den totala årsarbetstiden bör utgöra beräkningsunderlag för ersättning. Ett sådant system skulle emellertid, enligt min mening, knappast gynna branscher med hög andel deltidssysselsatta. Ett system där ersättningen beräknas utifrån det totala antalet arbetade timmar i företagen skulle tvärt om missgynna branscher som varuhandel, restaurang- och hotellrörelse, banker samt offentlig förvaltning. Enligt arbetsgruppens förslag utgår full ersättning för alla sysselsatta som arbetat minst 15 timmar per vecka. Detta innebär att högre ersättning per anställd kommer att utgå till branscher med många deltidssysselsatta enligt de regler arbetsgruppen föreslår än om ersättning utgår i förhållande till det totala antalet arbetade timmar. Ett ersättningssystem baserat på antalet arbetade timmar skulle också kunna öka de administrativa kraven på såväl företag som företagshälsovårdsenheter.

Jag vill i sammanhanget erinra om att även med det föreslagna kravet på en genomsnittlig arbetstid om 15 arbetstimmar, kommer det absoluta flertalet sysselsatta att omfattas av ersättningsreglerna. Statistiska centralbyrån har på uppdrag av arbetsgruppen tagit fram uppgifter om andelen sysselsatta med en genomsnittlig arbetstid som understiger 15 timmar per vecka. Uppgifterna som är hämtade ur arbetskraftsundersökningen (AKU) 1983 visar att ca 152000 personer, motsvarande 3,6% av de sysselsatta, arbetade mellan en och 15 timmar per vecka. Många av dem är dessutom sannolikt tillfälligt anställda, studerande osv. Offentligt anställda utgjorde en stor del av dem med mindre än 15 timmars genomsnittlig veckoarbetstid. Mot denna bakgrund är det av intresse att notera att Svenska kommunförbundet i sitt remissyttrande accepterar den föreslagna gränsen och att övriga offentliga arbetsgivare inte har haft något att erinra mot förslaget.

Redan i dag finns det i olika lagar och avtal begränsningar för anställda med korta deltider. Exempelvis krävs för att erhålla medlemsskap i samt rätt till ersättning från erkänd arbetslöshetskassa att man arbetar eller är beredd att arbeta i genomsnitt minst 17 timmar per vecka. Samma arbetstidskrav gäller för kontant arbetsmarknadsstöd (KAS). På motsvarande sätt finns för olika avtalsreglerade pensioner m. m. krav på en viss genomsnittlig arbetstid, t. ex. 16 eller 18 timmar per vecka.

För egen del anser jag det således rimligt att en viss minimiarbetstid per anställd sätts som villkor för att ersättning skall utgå. Gränsen 15 timmar ser jag som väl avvägd. Min ståndpunkt skall inte tolkas så att anställda med en genomsnittlig veckoarbetstid som understiger 15 timmar inte skall anslutas till företagshälsovård. Kravet om viss minimiarbetstid innebär endast att de inte skall ingå i beräkningsunderlaget när företagshälsovårdsenheterna ansöker om ersättning. Vilka som skall omfattas av företagshälsovård är även i fortsättningen en fråga för parterna att bestämma.

I likhet med arbetsgruppen anser jag att för deltidsanställda som arbetar mer än 15 timmar per vecka bör ett krav vara att arbetsgivaren har erlagt

samma avgift till företagshälsovården för dessa som för heltidsanställda. Eftersom kravet inte är relevant för företag med inbyggd företagshälsovård bör det kompletteras med att endast personer som har sin huvudsakliga sysselsättning i det berörda företaget skall omfattas av ersättningen.

2.4.3 Villkor för ersättningen

Arbetsgruppen har i sitt betänkande övervägt vilka villkor som en företagshälsovårdsenhet bör uppfylla för att omfattas av det nya ersättningssystemet. Arbetsgruppen föreslår att en principiell rätt till ersättning skall föreligga om en företagshälsovårdsenhet uppfyller de villkor som har fastställts. I dagens system finns, som jag tidigare har redovisat, ingen sådan principiell rätt.

Flertalet remissinstanser delar arbetsgruppens uppfattning att vissa villkor bör vara uppfyllda för att ersättning skall utgå. Samtidigt råder stor enighet om att dessa inte får begränsa parternas handlingsfrihet att utforma och anpassa företagshälsovården till förändrade krav och behov.

Även jag delar arbetsgruppens grundläggande uppfattning att villkoren för ersättning måste hållas allmänna för att inte begränsa parternas möjlighet att anordna en företagshälsovård som är ändamålsenlig utifrån olika branschers speciella förutsättningar och behov.

Företagshälsovården har vuxit fram som en gemensam angelägenhet för parterna på arbetsmarknaden. Verksamheten regleras genom centrala arbetsmiljöavtal mellan alla större arbetsgivarorganisationer och deras motparter. I avtalen anges riktlinjer för företagshälsovårdens innehåll, organisation och utbyggnad. I samtliga avtal slås fast att företagshälsovårdens huvuduppgift är att vara förebyggande. Jag anser, i likhet med arbetsgruppen, att ett centralt villkor för rätt till ersättning bör vara att förebyggande insatser utgör en viktig del av företagshälsovårdens verksamhet. Därigenom kan ersättningsreglerna bidra till att innehållet i företagshälsovården utvecklas enligt de intentioner som parterna på central nivå har givit uttryck för.

De allmänna villkor som arbetsgruppen föreslår skall vara uppfyllda för att ersättning skall utgå har hämtats från företagshälsovårdsutredningens sammanställning av företagshälsovårdens framtida arbetsuppgifter och arbetssätt. Dessa kan sammanfattas enligt följande

- opartisk, rådgivande expertfunktion,
- medicinskt och tekniskt samt psykiskt och socialt förebyggande med arbetsmiljön som utgångspunkt,
- integrering i eller annan samordning med det lokala arbetarskyddet,
- partsinflytande på verksamheten,
- en sammanhållen resurs sedd från nyttjarnas sida.

Villkoren stämmer väl överens med de huvuduppgifter för företagshälsovården som finns angivna i arbetsmiljöavtalen. Arbetsgruppen föreslår att ett ytterligare villkor bör vara att verksamheten skall drivas med för ändamålet utbildad personal.

Jag delar arbetsgruppens uppfattning att de villkor som skall uppfyllas för att ersättning skall utgå bör härledas ur de arbetsmiljöavtal eller motsvarande som har slutits på central nivå. Det bör ankomma på regeringen att fastställa dessa i en särskild förordning. Kravet på partssamverkan kan självfallet inte gälla företagshälsovårdsenheter som endast ansluter egenföretagare och som i övrigt uppfyller ersättningsvillkoren.

Jag har tidigare nämnt att vissa av de personalkategorier som f. n. arbetar inom företagshälsovården inte har erforderlig utbildning för uppgiften. Det kan dessutom finnas vissa regionala skillnader när det gäller tillgång till t. ex. företagsläkare och sjuksköterskor. Mot denna bakgrund anser jag att man övergångsvis måste acceptera att vissa företagshälsovårdsenheter inte kan uppfylla kravet på ändamålsenligt utbildad personal, t. ex. om företagssjukgymnasten eller företagsläkaren inte har genomgått specialutbildning av det slag som jag tidigare har behandlat. Ersättning bör således utgå om företagshälsovårdsenheten i övrigt uppfyller de angivna villkoren.

Vidare bör ersättningen till företagshälsovården förutsätta att ansluten arbetsgivare för varje anställd erlägger en fast årsavgift till anordnaren.

Anordnaren skall härutöver inte debitera arbetsgivare för tjänster som normalt skall lämnas av företagshälsovården enligt centralt arbetsmiljöavtal för branschen. Risken är annars uppenbar att verksamheten ges en sådan inriktning att helhetssynen på bl. a. den förebyggande verksamheten går förlorad.

Företagshälsovården skall vara en gemensam verkställande resurs för parternas verksamhet med arbetsmiljö- och anpassningsåtgärder på arbetsplatsen. Det är således den samlade verksamheten – utformad i enlighet med parternas avtal om företagshälsovård – som skall utgöra grunden för ersättning till företagshälsovård. Jag återkommer i det följande till frågan om patientavgifter.

Jag delar arbetsgruppens uppfattning att det ovan nämnda villkoret som anger att företagshälsovården skall vara en opartisk, rådgivande expertfunktion inte är en fråga som kan lösas i samband med regleringen av ersättningen. Denna fråga bör i stället vara en uppgift för parterna i företagshälsovårdskommittén eller motsv. att bevaka i samband med avtal om och anslutning till företagshälsovård.

I likhet med arbetsgruppen anser jag också att de allmänna villkoren bör kompletteras med krav på att företagshälsovården i nödvändig utsträckning har resurser och kompetens för olika slag av insatser. Arbetsgruppen har föreslagit att arbetarskyddsstyrelsen bör få i uppdrag att närmare utforma de regler som bör vara uppfyllda för att ersättning skall utgå. De insatser som arbetsgruppen anser att företagshälsovården skall kunna erbjuda är

- miljöinriktade förebyggande insatser (t. ex. olycksfallsförebyggande verksamhet, ergonomisk utrednings- och åtgärdsverksamhet, arbete med kemiska och biologiska miljöfaktorer)
- individ- och gruppinriktade förebyggande insatser (t. ex. hälsoundersökningar, anpassning av arbete och arbetsplatser, uppföljning av riskgrupper)
- behandlande verksamhet (t. ex. behandling av olycksfall, arbetsrelaterad sjukvård, rehabilitering)
- utredning av arbetsskadefall
- information och utbildning.

Några remissinstanser, bl. a. SAF, Tidningarnas arbetsgivareförening och SAV avvisar förslaget att arbetarskyddsstyrelsen skall få i uppdrag att utarbeta närmare regler för ersättningen. SAF och Tidningarnas arbetsgivareförening anser att myndighetsföreskrifter skulle motverka den flexibilitet som behövs för att anpassa företagshälsovården till olika företags och branschers behov. Man motsätter sig därför förslaget att arbetarskyddsstyrelsen skall styra företagshälsovårdens innehåll genom föreskrifter. SAV anser att de allmänna villkor som utgår från arbetsmiljöavtalen är tillräckliga och att det inte behövs mer detaljerade regler. Sådana skulle endast hämma utvecklingen och förhindra en flexibel verksamhet.

För egen del anser jag i likhet med arbetsgruppen och flertalet remissinstanser att vissa krav bör ställas på företagshälsovårdens innehåll och resurser för att ersättning skall utgå. Jag anser att de nyss redovisade insatserna som företagshälsovården bör kunna erbjuda, bör ligga till grund för utformningen av dessa krav.

Med hänsyn till vad jag tidigare har anfört om företagshälsovårdens roll när det gäller anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsställena vill jag här särskilt framhålla att ett viktigt krav för ersättning bör vara att företagshälsovården har resurser för sådant arbete. Vidare bör företagshälsovården – som ett led i arbetet med det förebyggande arbetarskyddet – medverka vid försäkringskassornas utredningar i arbetsskadeärenden.

Mot bakgrund av vad jag tidigare har anfört om nödvändigheten av anpassning till olika branschers speciella förutsättningar och behov, är det viktigt att hänsyn tas till de branschspecifika behov som de anslutna företagen har vid prövningen av om en företagshälsovårdsenhet uppfyller ersättningsvillkoren. Som jag tidigare har pekat på finns det också mycket som talar för att många små företag har andra behov än större företag när det gäller företaghälsovårdens tjänster.

Jag finner det naturligt att arbetarskyddsstyrelsen får i uppdrag att utforma tillämpningsföreskrifter till dessa ersättningsvillkor. Jag delar härvid arbetsgruppens uppfattning att det är viktigt att parternas intressen och önskemål beaktas i samband med styrelsens utformning av föreskrifterna. Styrelsen bör främst ta sikte på att med det nya ersättningssystemets hjälp stödja parternas strävanden att utveckla och bygga ut företagshälsovår-

den. Styrelsens föreskrifter bör därför, utöver de allmänna krav som jag har nämnt, reglera bidragsgivningen i första hand till företag som inte omfattas av kollektivavtal samt egen- och ensamföretagare. I övrigt bör föreskrifterna främst avse den administrativa hanteringen av ersättningen. Som jag tidigare har berört i samband med mitt förslag om föreläggande i vissa fall om anslutning till företagshälsovård, får inte regelsystemet utformas så att det begränsar parternas strävanden att utforma företagshälsovården med hänsyn till behoven i olika branscher. Om kollektivavtal saknas bör, enligt arbetsgruppens mening, gälla att verksamheten skall drivas enligt de riktlinjer för företagshälsovård som anges i centrala arbetsmiljöavtal på det privata området. För egen del kan jag ansluta mig till att arbetarskyddsstyrelsen vid sin utformning av tillämpningsföreskrifter utgår från dessa avtal. Arbetarskyddsstyrelsen har i sitt remissvar också pekat på att kriterierna måste utgå från avtalens normer. Reglerna får, enligt styrelsens mening, inte bli stelbenta utan tvärtom stimulera till en önskvärd utveckling mot en mer behovsanpassad företagshälsovårdsservice.

Arbetarskyddsstyrelsen anser att företagshälsovårdsdelegationen, vars verksamhet jag tidigare behandlat, har en naturlig uppgift som rådgivande organ vid utformningen av ersättningsvillkoren. I delegationen finns företrädare för arbetsmarknadens parter och vissa statliga myndigheter. Som jag tidigare har nämnt anser jag det angeläget att parterna ges stort inflytande i styrelsens arbete med dessa frågor. Hur detta samarbete skall organiseras anser jag emellertid vara en verksintern fråga.

Oönskade effekter av systemomläggningen

Arbetsgruppen har i sitt betänkande redovisat att det föreslagna ersättningssystemet kan skapa förutsättningar för ett dubbelutnyttjande av försäkringssystemet. Ett sådant dubbelutnyttjande blir möjligt om företagsläkare – för vård som enligt arbetsmiljö- eller företagshälsovårdsavtal skall utföras av företagshälsovården – remitterar patienter till sig själva i egenskap av privatpraktiker eller till andra privatpraktiker.

Genom de nya regler för ersättning till sjukvårdshuvudmännen och privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som träder i kraft den 1 januari 1985 torde möjligheterna till dubbelutnyttjande minska på längre sikt. Ersättningen från sjukförsäkringen till de offentliga sjukvårdshuvudmännen kommer att beräknas schablonmässigt per invånare och innefatta all öppen sjukvård, dvs. även ersättning till privatpraktiker. Sistnämnda del kommer att avräknas vid utbetalning av sjukvårdshuvudmännens ersättning. För anslutning av nya privatpraktiker till sjukförsäkringens ersättningssystem skall i fortsättningen krävas tillstyrkan från sjukvårdshuvudmännen. Reglerna kommer vidare att innebära att den ersättning som i dag utgår från sjukförsäkringen till s. k. fritidspraktiker upphör. Ersättningen för dessa tjänster blir i stället en fråga mellan sjukvårdshuvudmännen och den enskilde fritidspraktikern.

För att minska möjligheterna till dubbelutnyttjande föreslår arbetsgruppen att det inte skall vara tillåtet för företagshälsovården att till någon del upplåta sina lokaler till privatpraktiserande läkare eller sjukgymnaster. Vidare bör parterna i företags- och skyddskommittéer söka motverka att försäkringssystemet dubbelutnyttjas.

Några av remissinstanserna har avvisat arbetsgruppens förslag att inte tillåta uthyrning av företagshälsovårdens lokaler till privatpraktiker. KFO anser att kraven på att lokaler inte får upplåtas inte får bli så hårda att ett rationellt kapacitetsutnyttjande och effektiv behovsanpassning förhindras. Lantbrukshälsan AB redovisar att man i flera fall inte har möjlighet att anställa sjukgymnaster på heltid. En vanlig lösning är därför att gymnasten på halvtid arbetar vid företagshälsovården och på halvtid driver privatpraktik i samma lokaler. Lantbrukshälsan menar att detta är ett mycket praktiskt arrangemang som måste beaktas i ett kommande ersättningssystem. SACO/SR påpekar att på mindre orter kan det vara nödvändigt att kombinera en läkartjänst med en privatpraktik i lokalerna. Ett direkt förbud mot detta skulle få negativa konsekvenser för företagshälsovården. SAF, slutligen, anser att det vore dåligt resursutnyttjande att förhindra uthyrning av lokaler under de tider då företagshälsovården inte utnyttjar dessa.

Även jag anser att ett förbud mot uthyrning av lokaler till privatpraktiker skulle kunna få negativa konsekvenser för företagshälsovården. Om en företagshälsovårdsenhet har bedömts uppfylla de fastställda ersättningsvillkoren anser jag att den inte bör hindras att upplåta sina lokaler till privatpraktiker under de tider då företagshälsovården inte utnyttjar dessa. Om det däremot vid en prövning visar sig att företagshälsovårdsenheten vidtagit arrangemang för att utnyttja båda ersättningssystemen skall detta innebära att ersättningen till företagshälsovården reduceras eller slopas.

Jag delar emellertid arbetsgruppens uppfattning att sådan sjukvårdande verksamhet som enligt avtal normalt skall ingå i företagshälsovården också skall utföras av denna organisation. Denna service skall således finansieras inom ramen för företagshälsovårdens ersättningssystem och inte tas ut via sjukförsäkringens ersättning till privatpraktiker.

Senare kommer jag att föreslå att RFV och försäkringskassorna även i fortsättningen skall ansvara för utbetalningen av ersättningen. Jag utgår från att man vid stickprovsgranskningen, i samråd med landstingen, särskilt bevakar att företagshälsovårdsenheter inte systematiskt köper tjänster utifrån. Jag avser då företagshälsovårdsenheter vars specialister har liten tjänstgöringsgrad vid enheten, i förhållande till verksamhetens omfattning enligt avtal, samtidigt som de tjänstgör som privat- eller fritidspraktiker. Jag utgår vidare från att det bör vara i landstingens intresse att bevaka dessa frågor när de sluter samverkansavtal med privatpraktiserande eller fritidspraktiserande läkare och sjukgymnaster. Som jag tidigare har berört avser jag att förelägga regeringen förslag till ändrad sammansätt-

ning av yrkesinspektionsnämnderna. Förändringen innebär att såväl landstings- som primärkommunerna skall ha egen representation i nämnderna. Därigenom bör landstingens kontroll av ett eventuellt dubbelutnyttjande av försäkringssystemet kunna underlättas. Slutligen anser jag i likhet med arbetsgruppen att det ytterst är en skyldighet för parterna i företagshälsovårds- och skyddskommittéerna att bevaka att verksamheten har en lämplig inriktning och att förhindra ett dubbelutnyttjande av försäkringssystemet.

2.4.4 Administrativa rutiner m. m.

Prövning av ersättningsvillkor

Arbetsgruppen föreslår att yrkesinspektionsnämnderna skall pröva om företagshälsovårdsenheterna uppfyller ersättningsvillkoren. Flertalet remissinstanser har tillstyrkt arbetsgruppens förslag. Vissa remissinstanser, t. ex. Svenska företagsläkarföreningen, Lantbrukshälsan AB och SACO/SR, understryker vikten av att nämnderna förstärks med representation från företagshälsovårdens olika personalkategorier.

Några remissinstanser avstyrker arbetsgruppens förslag. SAF anser att det bör vara tillräckligt att skyddskommittén eller företagshälsovårdskommittén tillstyrker en ansökan för att ersättning skall kunna betalas ut. Svenska kommunförbundet anser att den föreslagna prövningen riskerar att likrikta och konservera företagshälsovårdens verksamhet. Liknande synpunkter framförs av statens arbetsgivarverk, SHIO-Familjeföretagen och Tidningarnas arbetsgivareförening. Även Landstingsförbundet uttalar viss tvekan.

Jag anser, som jag tidigare har anfört, att företagshälsovårdens innehåll och utformning även i fortsättningen skall bestämmas av arbetsmarknadens parter. Jag har också redovisat de villkor som bör vara uppfyllda för att ersättning skall utgå och därvid framhållit att de bör härledas från parternas avtal om företagshälsovård. Skälet härför är att inte begränsa parternas möjligheter att utforma och anpassa företagshälsovården till förändrade krav och behov. Mot denna bakgrund kan jag inte dela den uppfattning som några av remissinstanserna har fört fram, nämligen att yrkesinspektionens prövning skulle innebära ett ingrepp i parternas möjligheter att genom avtal eller på annat sätt fritt påverka företagshälsovårdens utformning.

Jag anser emellertid inte att enbart utformningen av kollektivavtal skall avgöra om ersättning skall utgå eller inte. Det nya ersättningssystemet innebär, som jag tidigare har nämnt, att en principiell rätt till ersättning införs. Således kommer all verksamhet som uppfyller fastställda villkor att ges ersättning, oavsett om den omfattas av kollektivavtal eller inte. Jag har tidigare belyst de villkor som bör uppställas för företagshälsovård som inte

omfattas av arbetsmiljöavtal. Vidare skall ersättning kunna utgå till egenföretagare m. fl., som inte omfattas av något kollektivavtal.

Vid prövningen av om en verksamhet uppfyller ersättningsvillkoren kan vissa tolkningsfrågor komma att uppstå. Lokal part kan t. ex. komma att ifrågasätta om en viss företagshälsovårdsenhet fortfarande uppfyller ersättningsvillkoren. Vid frågeställningar av detta slag anser jag det naturligt att beslut fattas av ett offentligrättsligt organ vars beslut kan överklagas genom besvär hos högre instans.

I detta sammanhang vill jag erinra om att också dagens ersättningssystem innebär en prövning av företagshälsovårdens verksamhet innan ersättning betalas ut. Även om denna prövning av många upplevs som mycket detaljerad och administrativt svårhanterlig har den inte uppfattats som ett hinder för parternas möjligheter att själva utforma företagshälsovårdens innehåll. Hindren har i stället ansetts ligga i själva konstruktionen av ersättningssystemet – främst ersättningens koppling till företagshälsovårdens kostnader. Det föreslagna ersättningssystemet bör innebära en förbättring i dessa avseenden.

Prövningen bör enligt min mening ske i ett myndighetsorgan med god kännedom om företagshälsovårdens verksamhet. Som jag tidigare har anfört anser jag att yrkesinpektionsnämnderna i framtiden i högre grad än f. n. bör kunna fungera som regionala samordningsorgan för företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling. Mot denna bakgrund anser jag det naturligt att också prövningen av om företagshälsovårdsenheterna uppfyller ersättningsvillkoren bör vara en uppgift för yrkesinspektionsnämnderna.

Enligt arbetsgruppens förslag skall yrkesinpektionsnämnderna efter framställning från en företagshälsovårdsenhet pröva om enhetens verksamhet och resurser uppfyller de krav som gäller för ersättningen. I framställningen skall företagshälsovårdsenheten redovisa sina resurser avseende personal, lokaler etc. Vidare skall enheten redovisa vilka företag som betjänas, antalet personer som omfattas samt vilka avtal som ligger till grund för verksamheten. Uppgifter om verksamheten i form av en årsberättelse o. d. bör fogas till framställningen. Arbetsgruppen föreslår slutligen att framställningen skall vara tillstyrkt av företagshälsovårdsenhetens partssammansatta ledningsorgan, t. ex. företagshälsovårds- eller skyddskommitté.

Ett godkännande från yrkesinspektionsnämnden skall, enligt arbetsgruppens förslag, vara tidsbegränsat till tre år. Därefter skall ny prövning göras. Yrkesinspektionsnämnderna föreslås under denna tid vara fria att ompröva sitt godkännande om t. ex. verksamheten har ändrats så att den inte längre uppfyller gällande villkor och krav.

Flera remissinstanser har pekat på att det är angeläget att yrkesinspektionens prövning genomförs under så enkla former som möjligt. RRV anser att en formaliserad uppföljning riskerar att bli resurskrävande, utan att

kunna garantera kvaliteten på företagshälsovårdens verksamhet. Vissa fördjupade punktinsatser kan enligt verkets mening behövas från yrkesinspektionens sida, men dessa är en del av inspektionens tillsynsansvar och behöver därför inte formaliseras. Enligt RRV:s uppfattning bör det i flertalet fall räcka med att företagshälsovården årligen tillställer yrkesinspektionsnämnderna en verksamhetsbeskrivning med de uppgifter som arbetarskyddsstyrelsen föreskriver. Liknande synpunkter framförs av yrkesinspektionen i Stockholms distrikt som anser att kontrollen bör kunna inskränkas till att tillse att framställningen från företagshälsovården är tillstyrkt av skyddskommittén i resp. medlemsföretag samt av det partssammansatta ledningsorganet i företagshälsovården.

Jag ansluter mig till de riktlinjer för yrkesinspektionsnämndernas prövning som har skisserats av arbetsgruppen. En prövning av verksamheten bör emellertid i första hand göras beträffande sådana företagshälsovårdsenheter vars verksamhet inte är grundad på centrala avtal. Jag förutsätter att nämnderna normalt godkänner alla företagshälsovårdsenheter som omfattas av centrala arbetsmiljöavtal eller motsvarande och där skyddskommittén resp. företagshälsovårdskommittén tillstyrkt ansökan. Om inte någondera part har uttalat tveksamhet eller någon av annan anledning har ifrågasatt rätten till ersättning, t. ex. i samband med en revision, förutsätter jag vidare att yrkesinpektionsnämnden normalt förnyar godkännandet när en treårsperiod har gått till ända. För att åstadkomma en jämnare arbetsbelastning för yrkesinspektionsnämnderna längre fram anser jag att godkännanden inledningsvis bör kunna lämnas för kortare period än tre år.

RRV har i sitt remissvar pekat på att rapporteringen från företagshälsovårdsenheterna kommer att utgöra en viktig informationskälla i yrkesinspektionens verksamhet. Jag delar denna uppfattning och anser att arbetarskyddsstyrelsen bör undersöka möjligheterna att utöka de uppgifter om företagshälsovård som i dag registreras i yrkesinspektionens arbetsställeregister. Därigenom skulle statistik rörande verksamhetens omfattning och inriktning kunna föras löpande, vilket socialstyrelsen funnit önskvärt i sitt remissvar.

Arbetarskyddsstyrelsen bör, som tidigare har nämnts, ges i uppdrag att arbeta fram tillämpningsföreskrifter till ledning för yrkesinspektionsnämndernas handläggning av dessa ärenden. Handläggningen bör, vilket arbetsgruppen har betonat, vara likartad i de olika yrkesinpektionsdistrikten. En likartad handläggning och prövning av ärenden mellan de olika distrikten kombinerat med en schabloniserad ersättningsmodell bör också ge enhetlighet i ersättningens storlek för likartad verksamhet mellan olika delar av landet. Jag har vid överläggningar med huvudmän för företagshälsovården erfarit att det nuvarande ersättningssystemet medför stora regionala variationer i ersättning för likartad verksamhet.

Vissa yrkesinpektionsnämnder har utsett särskilda beredningsgrupper för företagshälsovårdsfrågor. Arbetsgruppen har pekat på att det inte finns

några hinder mot att samtliga nämnder inrättar sådana beredningsgrupper och att dessa även får i uppgift att bereda ärenden gällande ersättningen till företagshälsovården. Arbetarskyddsstyrelsen har i sitt remissvar uttalat tveksamhet till lösningen. Man anser det viktigt att nämnderna i plenum bedömer ansökningarna.

Jag har i det föregående föreslagit en utökning av representationen i yrkesinspektionsnämnderna så att landstingen får egen representation. Det ankommer på nämnderna att pröva om det trots den breddade representationen finns anledning att inrätta särskilda beredningsgrupper för företagshälsovårdsfrågor. Besluten i ersättningsärenden bör dock alltid fattas av yrkesinspektionsnämderna i plenum.

Utbetalning av ersättningen

Arbetsgruppen har i sitt betänkande också lämnat förslag till riktlinjer för ansökan om och utbetalning av ersättningen. Förslaget innebär att ersättningen liksom i dag betalas ut av försäkringskassorna. Ersättningen skall utgå till den som anordnar företagshälsovården. Enligt arbetsgruppens förslag skall ersättningen också i fortsättningen utbetalas förskottsvis. Snarast efter utgången av varje kalenderår skall därefter en slutavräkning göras.

Kassornas administrativa hantering bör enligt arbetsgruppens mening förenklas avsevärt till följd av de nya ersättningsreglerna. Deras uppgift kommer att inskränkas till att granska de uppgifter och beräkningar som företagshälsovårdsenheterna har lämnat in vid ansökan om ersättning. Arbetsgruppen föreslår dock att vissa rutiner bör införas för kontroll av att de uppgifter som har lämnats om antalet personer som omfattas av företagshälsovården är korrekta. Antalet bör avse ett genomsnitt för året, grundat på tre mättillfällen. Kontrollen bör, enligt arbetsgruppens mening, ske stickprovsvis.

RFV ifrågasätter i sitt remissvar om kassornas utbetalningsfunktion motiverar att handläggningen av ersättningsärenden fördelas på två myndighetsgrenar. Verket menar att det kan vara en fördel att de instanser som har att bevaka kvaliteten inom företagshälsovården får den kontinuerliga kontakt med företagshälsovårdsenheterna som ansökningsförfarandet innebär.

För egen del anser jag inte att omläggningen av ersättningssystemet motiverar en uppbyggnad av kamerala resurser hos yrkesinspektionen. Jag vill betona att jag i likhet med arbetsgruppen och flera remissinstanser, däribland Landstingsförbundet, SAF och Föreningen Teknisk Företagshälsovård, anser att det är mycket viktigt att rutinerna för den löpande hanteringen vid försäkringskassorna så långt som möjligt förenklas när det nya ersättningssystemet införs. Granskningen av företagshälsovårdsenheternas ansökningar bör inskränkas till uppgifter av relevans för beräkning av ersättningar. Någon granskning av företagshälsovårdsenheternas eko-

nomiska förvaltning skall således inte ske. Därmed kommer dessa ersättningsärenden i framtiden att ta i anspråk väsentligt mindre av kassornas resurser än i dag.

Det bör, som arbetsgruppen föreslår, räcka med en stickprovsvis kontroll av att de uppgifter som företagshälsovårdsenheterna lämnar som underlag för beräkning av ersättningen är korrekta.

Jag anser att det bör ankomma på regeringen och RFV att närmare utforma regler och förskrifter för försäkringskassornas handläggning av ersättningsärenden.

Besvärsrätt

När det gäller företagshälsovårdsenheternas rätt att anföra besvär över beslut i de ersättningsfrågor som ankommer på försäkringskassorna att pröva har arbetsgruppen föreslagit att RFV bör utgöra första besvärsinstans. Beträffande de frågor som skall handläggas av yrkesinspektionsnämnderna skall företagshälsovårdsenheterna, enligt arbetsgruppens förslag, kunna få nämndernas beslut prövade av arbetarskyddsstyrelsen. RFV:s resp. arbetarskyddsstyrelsens beslut bör, enligt arbetsgruppens mening, kunna överklagas hos regeringen.

RFV har i sitt remissyttrande motsatt sig att verket i egenskap av tillsynsmyndighet för kassorna skall vara besvärsinstans. Verket föreslår att samma besvärsordning skall gälla som i övriga försäkringsärenden som handläggs av kassorna. Det innebär att besvär över kassornas beslut avgörs av försäkringsrätt. Slutinstans är försäkringsöverdomstolen, som i första hand meddelar prövningstillstånd eller ej.

För egen del anser jag att denna typ av försäkringsärenden vid besvär bör prövas av överordnad myndighet och inte av en förvaltningsdomstol. Skälet är, som jag tidigare har nämnt, att företagshälsovården skall utformas med hänsyn till de behov parterna på arbetsmarknaden upplever som angelägna. Utvecklingen i arbetslivet, med bl. a. införande av ny teknologi, ändrad arbetsorganisation och nya former för samverkan på arbetsplatserna, t. ex. inom ramen för utvecklingsavtal, gör att parterna från tid till annan också ändrar innehållet i arbetsmiljöavtalen. En anpassning av ersättningssystemet till denna utveckling anser jag bäst gagnas av att berörda myndigheter och i sista hand regeringen ges tillfälle att pröva enskilda ärenden av prejudicerande natur. Jag delar därför arbetsgruppens uppfattning att RFV resp. arbetarskyddsstyrelsen bör utgöra första besvärsinstanser i dessa frågor.

Det är regeringens strävan att genom delegering och begränsningar av besvärsmöjligheter avlasta regeringen en rad ärenden av löpande karaktär. Enligt min mening bör man senare pröva förutsättningarna för att låta RFV och arbetarskyddsstyrelsen vara sista besvärsinstanser. Verken bör dock även på längre sikt ges möjlighet att föra ärenden av prejudicerande natur vidare till regeringen för avgörande. Inledningsvis, innan ersättningssyste-

met har inarbetats och praxis hunnit utvecklas, anser jag att besvärsrätt till regeringen bör föreligga. Härigenom får regeringen genom beslut i enskilda ärenden möjlighet att följa utvecklingen och påverka den praktiska utformningen, samt om behov uppstår ev. ändra i reglerna.

Besvärsrätt bör tillkomma anordnaren, dvs. den företagshälsovårdsenhet till vilken beslutet är ställt. Vidare bör såväl arbetsgivarna som arbetstagarorganisationerna vid de företag som är anslutna till företagshälsovårdsenheten ha rätt att anföra besvär över ersättningsärenden.

Jag har i frågor rörande försäkringskassornas administration av ersättningen och besvärsmöjligheter över kassornas beslut samrått med chefen för socialdepartementet.

2.4.5 Finansiering

I dag utgår ersättning till företagshälsovården från sjukförsäkringen inom den allmänna försäkringen. Sjukförsäkringen finansieras till 85% genom en socialavgift – sjukförsäkringsavgiften – och till 15% genom statsbidrag. Den sammanlagda ersättningen till företagshälsovården uppgick år 1982 till 375 milj. kr. Summan motsvarade ca 1% av sjukförsäkringens totala utgifter.

Arbetsgruppen har i enlighet med sina direktiv övervägt alternativ till den nuvarande finansieringen av ersättningen till företagshälsovården. Gruppen har vid sina överväganden utgått från den sedan länge accepterade principen att kostnader för förbättringar i arbetsmiljön skall bäras av produktionen.

En annan utgångspunkt har varit att samhällets kostnader till följd av det nya ersättningssystemet inte får bli högre än de skulle ha blivit om ingen systemförändring hade genomförts. Arbetsgruppen har därvid diskuterat om systemomläggningen skulle kunna medföra en ökad belastning på sjukförsäkringen och de offentliga sjukvårdshuvudmännen. Detta skulle kunna ske om samhällets totala ersättning till företagshälsovården hålls oförändrad, samtidigt som företagshälsovården minskar den sjukvårdande verksamheten i förhållande till nuläget. Därmed skulle belastningen öka på den allmänna hälso- och sjukvården, varvid samhällets totala kostnader för hälso- och sjukvård skulle öka.

Arbetsgruppen har funnit flera faktorer som talar mot en sådan utveckling. Inriktningen mot ökad andel förebyggande verksamhet inom företagshälsovården torde kräva en rad medicinska insatser, t. ex. i samband med hälsokontroller och arbetsskadeutredningar. Dessutom kommer sannolikt inom flera avtalsområden även i fortsättningen betydande medicinska insatser från företagshälsovårdens sida att krävas, vilka inte strikt kan begränsas till arbetsrelaterad sjukvård. Vidare kommer viss sjukvårdande verksamhet, som i dag utförs inom samhällets primärvårdsorganisation, att i framtiden utföras av nyetablerade företagshälsovårdsenheter.

En utgångspunkt för arbetsgruppen har vidare varit att en ökad satsning

på förebyggande verksamhet på sikt torde medföra en minskad belastning på sjukvården. Detta synsätt ligger, som jag tidigare har belyst, i linje med de tankegångar som har presenterats inom ramen för socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberednings projekt Hälso- och sjukvård inför 90-talet – HS 90.

Mot denna bakgrund har arbetsgruppen funnit att det sett till de totala resurserna för samhällets hälso- och sjukvård inte finns anledning att reducera ersättningen till företagshälsovården i samband med omläggningen av ersättningssystemet.

Två huvudalternativ för finansiering av ersättningen diskuteras i betänkandet. Arbetsgruppen har övervägt dels en övergång till finansiering över statsbudgeten, vilket torde förutsätta en skattehöjning, dels en fortsatt finansiering genom socialavgifter. Gruppen har förordat det senare alternativet främst därför att finansieringen på detta sätt fördelas mer rättvist inom arbetsgivarkollektivet.

Även bland remissinstanserna råder det stor enighet om att ersättningen även i fortsättningen bör finansieras genom en socialavgift. RRV anser t. ex. att en sådan finansiering avspeglar ansvarsförhållandet mellan staten och företagshälsovårdens huvudmän.

Finansiering genom socialavgifter

Arbetsgruppen har också övervägt formerna för en fortsatt finansiering av ersättningen till företagshälsovården genom socialavgifterna. Ett alternativ är att införa en särskild företagshälsovårdsavgift. Arbetsgruppen anser emellertid att en sådan konstruktion bör undvikas, då den står i motsättning till regeringens strävan att förenkla och föra samman avgifter i de offentliga avgifts- och ersättningssystemen.

Arbetsgruppen har därutöver övervägt såväl en fortsatt finansiering genom sjukförsäkringsavgiften som en överföring av finansieringen till arbetarskyddsavgiften. Gruppen har funnit skäl som talar för båda finansieringsalternativen och tar inte ställning för något av dem.

Bland remissinstanserna råder delade meningar om vilken avgift som skall finansiera ersättningen i framtiden. Några, t. ex. TCO, Försäkringskasseförbundet och KFO förordar en finansiering genom sjukförsäkringsavgiften. Andra, t. ex. RFV, RRV, Statshälsan, LO, SACO/SR och Svenska företagsläkarföreningen förordar finansiering genom arbetarskyddsavgiften.

För egen del anser jag att finansieringen av samhällets ersättning till företagshälsovården bör föras över från sjukförsäkringen till arbetarskyddsavgiften. När det nuvarande ersättningssystemet infördes sågs företagshälsovårdens sjukvårdsresurser som ett komplement till samhällets då relativt begränsade resurser för hälso- och sjukvård. Samtidigt ansågs snabb tillgång till vård kunna leda till minskade kostnader för sjukförsäkringen. I dag har den offentliga hälso- och sjukvården emellertid helt andra

möjligheter att täcka behoven av sjukvård. Företagshälsovården har samtidigt, som jag har berört i det föregående, utvecklats till en integrerad och viktig del av det förebyggande arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. Det råder bred enighet om att företagshälsovårdens främsta uppgift är att vara en rådgivande, opartisk expertfunktion till den lokala arbetsmiljöorganisationen.

Mot denna bakgrund anser jag att de ursprungliga motiven för att finansiera ersättningen till företagshälsovården över sjukförsäkringen inte längre gäller. Enligt min uppfattning är det naturligt att finansieringen förs över från sjukförsäkringsavgiften till arbetarskyddsavgiften, vilken redan i dag finansierar olika bidrag till parternas arbetsmiljöarbete. Bl. a. lämnas bidrag till parternas kostnader för utbildning och information beträffande arbetsmiljö, medbestämmande i arbetslivet och arbetslivsfrågor i övrigt. Avgiften finansierar också bidrag till verksamheten med regionala skyddsombud och utbildning av styrelserepresentanter för de anställda. Genom arbetarskyddsavgiften finansieras slutligen delar av arbetarskyddsstyrelsens specialutbildning för företagshälsovårdens personal.

Det är, som jag tidigare har nämnt, regeringens målsättning att 75 % av de anställda skall kunna omfattas av ersättningsberättigad företagshälsovård vid 1990-talets början. Den procentandel som förs över från sjukförsäkringsavgiften till arbetarskyddsavgiften bör vara så stor att den medger fortsatt utbyggnad. Samtidigt får procentandelen inte vara så stor att orimliga överskott uppstår under de första åren efter det att det nya ersättningssystemet har trätt i kraft. Jag kommer därför, efter samråd med chefen för socialdepartementet, att föreslå att arbetarskyddsavgiften, som i dag utgör 0,155 % av avgiftsunderlaget, höjs med 0,195 procentenheter medan sjukförsäkringsavgiften sänks motsvarande. Om utbyggnadstakten följer parternas och regeringens målsättningar kan ett behov av att höja avgiften uppstå längre fram.

Ändringen medför behov av vissa ändringar av regeringens föreskrifter om bidrag från arbetarskyddsfonden för utbildning med anledning av lagen (1976: 580) om medbestämmande i arbetslivet och på lagen grundade avtal, samt bidrag för utbildning av styrelserepresentation för de anställda. Det ankommer på regeringen att besluta om dessa ändringar.

I dag utgår arbetarskyddsavgiften endast som en arbetsgivaravgift. Avgiften ingår således inte i de egenavgifter som betalas av egenföretagare. Med hänsyn till att det nya ersättningssystemet också skall omfatta egen- och ensamföretagare anser jag att den del av arbetarskyddsavgiften som i fortsättningen skall finansiera ersättningen till företagshälsovården även bör tas ut som egenavgift. Egenavgiften inom sjukförsäkringen bör då sänkas i motsvarande omfattning.

Styrelsen för arbetarskyddsfonden har i sitt remissvar pekat på att om ersättningen skall finansieras över arbetarskyddsavgiften måste detta konstrueras så att fondens medelsandel av avgiften inte minskas eller succes-

sivt urholkas för att täcka företagshälsovårdens bidragsbehov. Jag delar denna uppfattning. Den del av arbetarskyddsavgiften som skall finansiera ersättningen till företagshälsovården bör därför föras till ett särskilt konto hos riksgäldskontoret, avskilt från de delar av avgiften som går till arbetarskyddsfonden resp. statsverket.

Inledningsvis kommer sannolikt de avgifter som inbetalas till kontot att överstiga den sammanlagda ersättningen till företagshälsovården. Det överskott som därmed uppstår anser jag bör ackumuleras för att kunna förbrukas när utbyggnaden nått en högre nivå.

Principer för uppräkning av ersättningsbeloppen

Det nuvarande ersättningssystemet innehåller i princip inga restriktioner när det gäller omfattningen av ersättningen. Genom att ersättningens storlek begränsas av kostnaderna för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom företagshälsovården leder volymökningar till följd av t. ex. nyetableringar samt pris- och lönehöjningar automatiskt till ökade kostnader för samhället.

Den automatik i kompensationen för kostnadsstegringar som finns i nuvarande ersättningssystem kommer emellertid inte att finnas i det nya systemet där ersättningen utgår oberoende av företagshälsovårdens kostnader. Arbetsgruppen har därför diskuterat hur ersättningsbeloppen skall räknas upp med hänsyn till pris- och löneutvecklingen. Gruppen har dock avstått från att närmare försöka utforma ett system för värdesäkring av ersättning.

Flertalet remissinstanser understryker kravet på att ersättningen värdesäkras också i fortsättningen. En rad remissinstanser, bl. a. Kristianstads läns landsting, Örebro läns landsting, Landstingsförbundet och TCO, har förordat att ersättningsbeloppen skall justeras efter återkommande överläggningar mellan staten och arbetsmarknadens parter samt landstings- och kommunförbunden. Andra remissinstanser, t. ex. SFO, Södermanlands läns landsting och SHIO- Familjeföretagen anser att ersättningsbeloppen bör kopplas till någon form av index för automatisk värdesäkring.

För egen del vill jag framhålla att det är regeringens målsättning att begränsa indexering av utgifter och automatiska ökningar av statsutgifterna. Av denna anledning kan jag inte förorda en formell värdesäkring av ersättningen till företagshälsovården. Jag anser i stället att frågan om justering av ersättningsbeloppen skall prövas i samband med det årliga budgetarbetet i regeringskansliet. Innan beslut fattas av regeringen bör emellertid överläggningar ske med arbetsmarknadens parter.

Patientavgifter m. m.

Det finns i dag inga generella regler om patientavgifter inom företagshälsovården. Frågan om patientavgift skall tas ut eller inte avgörs av huvudmannen för resp. företagshälsovårdsenhet. År 1980 tog 359 av totalt 639

verksamma företagshälsovårdsenheterna ut patientavgifter. Avgifterna uppgick till sammanlagt drygt 13 milj. kr.

Reglerna i det nuvarande ersättningssystemet är så utformade att patientavgifter som betalas till företagshälsovården skall dras av från kostnaderna för den ersättningsberättigade verksamheten. Genom denna regel kan företagshälsovården tillgodogöra sig högst hälften av de patientavgifter som tas ut.

Till denna fråga hör också företagshälsovårdens tillämpning av det s. k. högkostnadsskyddet. I högkostnadsskyddet ingår läkarbesök och läkemedelsinköp samt sjukvårdande behandling och sjukgymnastik. Skyddet innebär att ingen behöver betala för mer än 15 besök eller inköp under en tolvmånadersperiod. Patienten ansvarar själv för registrering av vårdbesök och läkemedelsinköp. Detta sker genom stämpling i ett s. k. 15-kort varvid läkarbesök och läkemedelsinköp berättigar till hel stämpel och sjukvårdande behandling och sjukgymnastik till halv stämpel.

Den som under en 12-månadersperiod har erhållit 15 hela stämplingar på kortet får ett frikort för sjukvård och medicin för den tid som återstår av 12-månadersperioden. 15-kortet och frikortet gäller i dag även för den avgiftsbelagda företagshälsovården.

Arbetsgruppen har diskuterat för- och nackdelar med att patientavgifter tas ut av företagshälsovården i samband med sjukvårdande behandlingar. Ett argument för patientavgifter är, enligt arbetsgruppens mening, att det inte bör vara mer ekonomiskt förmånligt att vända sig till företagshälsovården än till den allmänna hälso- och sjukvården. Vidare torde verksamheten inom företagshälsovården kunna koncentreras mot mer förebyggande insatser om patientavgifter tas ut för sjukvårdande åtgärder. Avgiften kan dessutom ge ett visst bidrag till finansieringen av företagshälsovården.

Bland argumenten mot patientavgifter kan nämnas att i anställningsförmånerna för vissa anställda ingår i många fall en genom avtal reglerad fri sjukvård. Att sjukvårdshuvudmännen inte är ålagda att ta ut patientavgifter talar också mot att företagshälsovården skulle tvingas att ta ut sådana avgifter.

Arbetsgruppen anser att det bör ankomma på varje företagshälsovårdsenhet att besluta om patientavgift skall tas ut för reguljär sjukvård. Om företagshälsovården tar ut patientavgift bör denna motsvara vad som tillämpas inom landstingens hälso- och sjukvård i den aktuella regionen för att det s. k. högkostnadsskyddet skall kunna tillämpas. Företagshälsovårdens eventuella intäkter av patientavgifter bör, enligt arbetsgruppens mening, inte påverka ersättningen från samhället. Förslaget har tillstyrkts av flertalet remissinstanser.

Även jag ansluter mig till arbetsgruppens förslag angående patientavgifter. När det gäller det s. k. högkostnadsskyddet anser jag att samma regler bör gälla för den ersättningsberättigade företagshälsovården som för den övriga sjukvården. Det innebär att företagshälsovården, under förut-

sättning att patientavgiften motsvarar vad som tillämpas inom landstinget i den aktuella regionen, skall ge hel stämpel vid läkarbesök och halv stämpel vid sjukvårdande behandling. På motsvarande sätt skall patienter med frikort för sjukvård och medicin inte vara skyldiga att erlägga patientavgift till företagshälsovården.

Arbetsgruppen har inte diskuterat vilka regler för patientavgifter som bör gälla i de fall företagshälsovården remitterar patienter till den allmänna hälso- och sjukvården eller till privatpraktiker. Inte heller diskuterar arbetsgruppen frågan om reseersättning i samband med besök hos läkare och sjukgymnaster inom företagshälsovården.

Jag anser att samma regler för patientavgifter bör gälla för remisser från den ersättningsberättigade företagshälsovården som för övrig hälso- och sjukvård. Det innebär att patienter hos läkare i företagshälsovården i fortsättningen skall ha rätt till avgiftsfria besök efter remiss på samma villkor som patienter hos andra läkare. På motsvarande sätt anser jag att patienter hos sjukgymnaster inom ersättningsberättigad företagshälsovård skall ha samma rätt till reseersättning som gäller vid besök hos övrig hälso- och sjukvård. Frågorna angående ersättning för resor till företagshälsovården bör beaktas i samband med att sjukreseersättningens framtida utformning avgörs. En försöksverksamhet angående ändrat huvudmannaskap för sjukresor har nyligen påbörjats i några landstingskommuner.

Patientavgifter vid arbetsskada

Genom arbetsskadeförsäkringen ersätts kostnader för läkarvård, sjukhusvård och läkemedel om arbetsskadan består efter samordningstidens slut – 90 dagar. En förutsättning är emellertid att vården ges av den offentliga hälso- och sjukvården eller av privatpraktiker som är ansluten till sjukförsäkringen. Patientavgifter som betalas till företagshälsovården vid vård av arbetsskada ersätts sålunda endast om den enskilde vårdgivaren är ansluten till försäkringen. Socialförsäkringsutskottet har i sitt betänkande (SfU 1983/84: 25) om arbetsskadeförsäkringen uttalat att det är angeläget att frågan om ersättning från arbetsskadeförsäkringen när det gäller behandlingar inom företagshälsovården får en lösning.

Arbetsgruppen har i sitt betänkande anfört att företagshälsovården inte bör få ta ut patientavgifter för vård av arbetsskada. Sitt ställningstagande motiverar arbetsgruppen bl. a. med att Sverige år 1969 ratificerade Internationella arbetsorganisationens (ILO) konvention nr 121 som föreskriver att vård av arbetsskada i princip skall vara avgiftsfri. Arbetsgruppen är medveten om att en sådan regel kan medföra besvärliga gränsdragningar mellan arbetskada och icke arbetsskada. För att regeln inte skall bli alltför svårhanterlig menar arbetsgruppen att företagshälsovården skall vara generös vid sin bedömning och i tveksamma fall inte ta ut patientavgift för vården.

Remissinstanserna har i huvudsak tillstyrkt eller lämnat förslaget utan

erinran. Endast SACO/SR anser att patientavgift bör tas ut även för vård av arbetsskador. SACO/SR motiverar sitt ställningstagande med att dessa patientavgifter kompenseras genom arbetsskadeförsäkringen.

Jag delar arbetsgruppens uppfattning att företagshälsovården inte bör ta ut patientavgift för vård av arbetsskador. Om företagshälsovården tagit ut patientavgifter för vård av vad som senare bedöms vara arbetsskada skall avgiften återbetalas på samma villkor som gäller för vård hos offentliga huvudmän eller privatpraktiker som är ansluten till sjukförsäkringen. Vad jag nu har anfört föranleder ändring i lagen (1976: 380) om arbetsskadeförsäkring så att också behandling vid ersättningsberättigad företagshälsovård omfattas av arbetsskadeförsäkringens regler i detta avseende.

Jag har i denna fråga liksom i frågor rörande patientavgifter, reseersättning och högkostnadsskyddet samrått med chefen för socialdepartementet.

2.4.6 Genomförande

Jag anser att det är angeläget att ersättningssystemet snarast möjligt får en utformning som svarar mot de krav som har ställts upp av bl. a. företagshälsovårdsutredningen och arbetsmarknadens parter. Av denna anledning anser jag att det nya ersättningssystemet bör träda i kraft den 1 januari 1986.

Jag avser att föreslå regeringen att ge arbetarskyddsstyrelsen och RFV i uppdrag att snarast förbereda omläggningen.

Det förslag jag har redovisat om nytt ersättningssystem för företagshälsovården är inte avsett att påverka samhällets sammanlagda ersättning till Statshälsan. Huvuddelen av denna har formen av ett bidrag vars storlek är reglerad i kollektivavtal mellan parterna på den statliga sektorn. Jag förutsätter, efter samråd med chefen för civildepartementet, att parterna kommer att vidta anpassningar i det avtal som gäller, med verkan för tiden från och med det att reformen trätt i kraft.

Flera remissinstanser, bl. a. Svenska kommunförbundet, Försäkringskasseförbundet, Tidningarnas arbetsgivareförening och Malmöhus läns landsting, har pekat på att vissa företagshälsovårdsenheter kommer att få en lägre ersättning till följd av systemomläggningen. Det krävs därför, enligt remissinstansernas uppfattning, vissa övergångsregler som medger tid för anpassning av verksamheten.

För egen del anser jag att yrkesinspektionsnämndernas prövning av företagshälsovårdsenheternas rätt till ersättning bör vara generös under systemomläggningen. Om en företagshälsovårdsenhet inte uppfyller de fastställda statsbidragsvillkoren bör yrkesinspektionen ändå kunna godkänna att ersättning utgår, under förutsättning att enheten inom en bestämd tid kompletterar sin verksamhet. Därigenom bör övergången kunna ske smidigt för flertalet företagshälsovårdsenheter.

För att underlätta övergången kommer, som jag tidigare har nämnt, även vissa informations- och utbildningsinsatser att genomföras under våren 1985.

2.4.7 Den författningsmässiga regleringen av ersättningen till företagshälsovården

Det författningsmässiga stödet för ersättningen återfinns sedan år 1982 i 2 kap. 7 § första stycket lagen om allmän försäkring. Enligt dessa bestämmelser får allmän försäkringskassa träffa avtal med arbetsgivare om ersättning för kostnader som denne haft för läkarvård eller andra sjukvårdande åtgärder. De nya ersättningsreglerna kommer att innebära dels en principiell rätt till ersättning för den som anordnar företagshälsovård, dels att ersättningens koppling till företagshälsovårdens kostnader tas bort.

Det nya ersättningssystemet medför också behov av ändringar i lagen (1981: 61) om socialavgifter.

Jag skall i det följande kommentera de förslag till lagändringar som har upprättats inom arbetsmarknadsdepartementet.

Ändringarna i lagen (1962: 381) om allmän försäkring

Företagshälsovårdsersättningen med de olika beståndsdelar som jag har beskrivit i det föregående bör enligt mitt förslag finansieras genom arbetarskyddsavgiften. Den ersättning som f. n. utbetalas från sjukförsäkringen enligt 2 kap. 7 § första stycket lagen om allmän försäkring upphör således. Detta innebär att nämnda stycke upphör att gälla.

Vad jag nu har anfört föranleder ändring i 2 kap. 7 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring.

Ändringarna i lagen (1981: 691) om socialavgifter

Jag har tidigare under avsnitt 2.4.5 redogjort för hur den nya företagshälsovårdsersättningen bör finansieras. Förändringen innebär att den nuvarande ersättningen från sjukförsäkringen upphör. I stället föreslås finansieringen ske via en förhöjd arbetarskyddsavgift. Denna avgift bör enligt mitt förslag höjas med 0,195 %. Det innebär att arbetarskyddsavgiften kommer att uppgå till 0,35 % av avgiftsunderlaget. Eftersom sjukförsäkringen, i samband med att det nya ersättningssystemet införs, inte kommer att ha några utgifter för företagshälsovård bör sjukförsäkringsavgiften samtidigt sänkas med 0,20 % till 9,30 % av avgiftsunderlaget.

Ersättningen för företagshälsovård avses även omfatta egenföretagare och ensamföretagare. Dessa grupper betalar f. n. egenavgift till sjukförsäkringen men däremot ingen arbetarskyddsavgift. Det nya ersättningssystemet innebär att en egenavgift i form av arbetarskyddsavgift även kommer att tas ut av egenföretagare och ensamföretagare. Denna avgift bör uppgå till 0,20 % av avgiftsunderlaget. Samtidigt bör egenavgiften i form av sjukförsäkringsavgift sänkas till 9,30 % av avgiftsunderlaget.

Ändringen i 3 kap. 1 § innebär också att procentsatserna för avgiftsunderlaget anges i paragrafen.

Vad jag nu har anfört föranleder ändring i 2 kap. 1 §, 3 kap. 1 § och 4 kap. 8 § lagen (1981: 691) om socialavgifter.

3 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom arbetsmarknadsdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977: 1160)
2. lag om ändring i sekretesslagen (1980: 100)
3. lag om ändring i lagen (1981: 691) om socialavgifter
4. lag om ändring i lagen (1962: 381) om allmän försäkring
5. lag om ändring i lagen (1976: 380) om arbetsskadeförsäkring.

Det under 2 angivna förslaget har upprättats i samråd med chefen för justitiedepartementet och de under 3-5 i samråd med chefen för socialdepartementet.

Lagförslagen är av enkel beskaffenhet. Jag anser därför att en lagrådsgranskning inte är påkallad.

4 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen

dels

att antaga de upprättade lagförslagen,

dels att

godkänna vad jag har föreslagit om utvidgat skadeansvar för staten vid yrkesinriktad rehabilitering,

godkänna vad jag har anfört om företagshälsovårdens innehåll, utbyggnad samt personal- och utbildningsbehov,

godkänna vad jag har anfört om inriktningen av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten för arbetshandikappade anställda och arbetssökande,

godkänna förslaget om nytt ersättningssystem för företagshälsovården som jag har förordat att träda i kraft den 1 januari 1986,

bemyndiga regeringen att disponera högst 250 000 kr. ur fonden för arbetsmiljöförbättringar för information i samband med genomförandet av förslagen i propositionen.

5 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att antaga de förslag som föredraganden har lagt fram.

Bilaga 1

Sammanfattning av 1976 års företagshälsovårdsutrednings slutbetänkande (SOU 1983: 32) Företagshälsovård för alla

Bakgrund

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Överväganden och förslag

Företagshälsovårdens arbetsfält

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

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

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

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

Företagshälsovården får därmed skyddskommittén som sin närmaste uppdragsgivare och skall vara en rådgivande, opartisk expertfunktion till

den lokala arbetsmiljöorganisationen med skyddskommittén, skyddsombud, arbetsledare m. fl. som ingår i det lokalt organiserade skyddsarbetet. Företagshälsovården skall inrikta sina arbetsuppgifter och arbetsformer efter denna förutsättning. Det är därvid väsentligt att företagshälsovården har kontinuerliga kontakter med skyddskommittén. Det bör således vara rutin att någon representant från företagshälsovården är med på kommitténs sammanträden för att ge synpunkter på förhållanden som behandlas samt presentera utredningsresultat m. m. som kan belysa frågeställningar som tas upp. Idéer till utredningar, åtgärdsprogram m. m. kan givetvis också komma från företagshälsovårdens erfarenheter.

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

Utredningen anser sammanfattningsvis att följande kriterier bör gälla för företagshälsovård:

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

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

Företagshälsovårdens uppgifter kan schematiskt återges på följande sätt.

Miljöinriktade förebyggande insatser som

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

Individ- och gruppinriktade förebyggande insatser som

- nyanställningsundersökningar
- andra typer av hälsoundersökningar

- utredning av exponeringsförhållanden
- anpassning av arbete och arbetsplatser
- rådgivning om personlig skyddsutrustning
- uppföljning av riskgrupper

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

Utredning av arbetsskadefall

Information och utbildning

Utvecklingsarbete och forskning

Planering och samverkan.

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

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

I övrigt bör givetvis alla de resurser av medicinsk och sjukvårdsteknisk art som samhällets hälso- och sjukvård förfogar över bära den tunga delen

av sjukvården i samverkan mellan dessa två system. Företagshälsovårdens roll i denna samverkan blir speciellt påtaglig i början och slutet av ett sjukdomsförlopp. Den får i stor utsträckning ta på sig den förmedlande rollen i patientens väg mot rätt vårdinstans och rollen som förmedlare av relevanta miljödata i diagnos- och vårdplaneringsskedet.

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

Utredningen framhåller betydelsen av att företagshälsovården engagerar sig i *psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem*. Utredningen har valt att i en särskild expertbilaga, Psykologiska och sociala uppgifter för företagshälsovården, redovisa ett av underlagen för utredningens ställningstaganden.

Utredningen konstaterar att företagshälsovårdens arbete skall utgå från en helhetssyn på arbetsmiljön. Psykologiska och sociala frågor behöver ökad uppmärksamhet från företagshälsovården, vilket i en del fall innebär en breddning av det arbetsfält företagshälsovården hittills har haft.

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

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

Företagshälsovården har en viktig uppgift i *anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet* inom företagen. Enligt utredningens mening är det väsentligt att företagshälsovården kan förstärka sina insatser på området. De åtgärder som kan bli aktuella kan vara medicinska men i många fall tekniskt-ergonomiska, psykologiska och sociala och passar väl in i den

inriktning mot förebyggande verksamhet som företagshälsovården skall ha. Det är emellertid en speciell dimension som tillförs denna inriktning när det förebyggande arbetet skall gälla arbetsmiljö-, grupp- och individinriktade åtgärder av så krävande karaktär som det är fråga om när svåra psykiska, fysiska och sociala arbetshinder skall beaktas.

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

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

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

Företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling

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

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

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

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

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

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

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

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

på ett sådant sätt att det inte hindrar att alla arbetstagare erbjuds företagshälsovård inom rimlig tid.

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

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

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

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

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

Inom den privata sektorn är bilden inte så enhetlig och entydig. Man kan konstatera att ca 800 000 av de ca 1 200 000 arbetstagarna inom privat sektor som saknar företagshälsovård kan få sådan via arbetsmiljöavtalen. Av dessa kan upp till 450 000 beräknas vara anställda i företag som är medlem i arbetsgivarförening. Förutom SAF avses härmed SFO, KFO, BAO, TA m.fl. arbetsgivarföreningar. Därtill kommer upp till 260 000 arbetstagare som är anställda i företag med hängavtal. Dessa företag ingår således inte i de centrala parternas gemensamma områden men arbetsmiljöavtalet gäller också här. Vidare finns bland de 800 000 sådana anställda

som har viss service, t.ex. i form av personalläkare, vilket inte kan klassificeras som företagshälsovård.

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

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

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

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

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

Den kommande tioårsperioden behöver användas för att dels i vissa fall konsolidera den befintliga företagshälsovården, dels finna vägar att bereda de små företagen företagshälsovård. Att en så lång period kan behövas för att nå full täckning har också sin förklaring i att den fortsatta utbyggnaden

avser en mycket stor mängd företag som det kan ta viss tid att finna lämpliga lösningar för. Det är också av stor vikt att kvalitetsfrågorna för företagshälsovården i sin helhet får en framskjuten plats under utbyggnadsperioden.

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

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

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

nämnderna, som består av företrädare för arbetsmarknadens parter samt chefen för respektive yrkesinspektionsdistrikt.

– Företagshälsovårdsdelegationen, som är ett centralt samverkansorgan mellan arbetsmarknadens parter, arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen, fortsätter att vara forum för central samverkan när det gäller företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling.

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

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

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

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

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

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

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

Personal

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

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

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

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

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

Utredningen konstaterar, att företagshälsovårdens personal måste ha ökad beredskap att uppmärksamma, förebygga och i övrigt angripa psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem. De psykologiska och sociala frågornas tyngd och karaktär kan variera från arbetsplats till arbetsplats och därmed även behovet av kompetens för dessa uppgifter. Enligt utredningens uppfattning bör man så långt det är möjligt integrera de nya uppgifterna i den medicinska och tekniska personalens uppgifter. Som komplettering till medicinsk och teknisk personal med viss kompetens, t. ex. inhämtad genom efterutbildning, kan det i somliga företagshälsovårdsenheter bli aktuellt med personal som har sin yrkesprofil inom det beteendevetenskapliga området.

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

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

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

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

Utredningen drar slutsatsen att med nuvarande antal utbildningsplatser

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

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

Rekryteringssituationen för skyddsingenjörer bedöms också som god. Utredningen föreslår viss utökning av antalet utbildningsplatser för skyddsingenjörer för att därmed säkra att utbyggnaden kan genomföras med samma genomsnittliga antal skyddsingenjörer som i dagsläget, dvs. en skyddsingenjör per ca 2 000 anslutna.

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

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

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

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

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

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

Meriter som förvärvats exempelvis som företagsläkare i en privat företagshälsovårdsenhet kan enligt gällande lagstiftning inte automatiskt tillgodoräknas som tjänsteår i samband med tillsättning av offentligt reglerade läkartjänster. Hittills har framställningar från läkare som är verksamma

inom privat företagshälsovård och som hos socialstyrelsen begärt tjänsteårsrätt varit sparsamma. I de fall läkare begärt tjänsteårsrätt har de dock erhållit sådan.

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

Utbildning

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

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

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

Utredningens förslag innebär att s. k. FV-block för företagsläkare inrättas. Detta förutsätter att landstingen och arbetsgivarna är beredda att

inrätta utbildningstjänster och ställa upp med handledning inom respektive område. Utredningen räknar med att det vid fullt utbyggd specialistutbildning kommer att behövas ca 90 FV-block per år.

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

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

Den framtida företagssköterskeutbildningen bör enligt utredningens mening förbereda för ett vidgat arbetsfält för företagssköterskorna. Vidareutbildningen till företagssköterska bör därför på sikt utökas till att omfatta 40 poäng och bygga på den nya grundutbildningen för sjuksköterskor om 80 poäng, hälso- och sjukvårdslinjen i högskolan, samt minst två års arbete som sjuksköterska. Av den föreslagna vidareutbildningens 40 poäng bör ca 15 bestå av praktik i företagshälsovård och ca 25 av teoretisk utbildning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utbildning för skyddstekniker inom företagshälsovården föreslås omfatta åtta kursveckor.

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

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

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

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

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

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

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

Den företagshälsovårdsutbildning som anordnas av arbetarskyddsstyrelsen är i alla avseenden jämförbar med högskoleutbildning respektive NLV-utbildningens teoretiska del. Utredningen anser det viktigt att de

studerande oavsett var de genomgår företagshälsovårdsutbildning, gör det utifrån samma mål och krav för utbildningen samt får den likvärdigt bedömd både på arbetsmarknaden och vid tillträde till annan utbildning. Utredningen föreslår därför, att UHÄ verkar för att arbetarskyddsstyrelsens utbildningar för personal inom företagshälsovården med avseende på meritvärde m. m. jämställs med motsvarande utbildning i högskolan.

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

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

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

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

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

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

De personella och andra resurser som kommer att frigöras vid arbetarskyddsstyrelsen i takt med att vidareutbildningen i företagshälsovård i ökad utsträckning kommer att anordnas av högskolan bör, enligt utredningens uppfattning, användas för en utökning av arbetarskyddsstyrelsens efterutbildningsprogram i företagshälsovård eller andra ändamål inom ar-

betarskyddet. Utredningen pekar på behov av efterutbildning som olika utbildningsanordnare bör kunna medverka till.

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

Kostnads- och finansieringsfrågor

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

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

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

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

Utredningen konstaterar att företagshälsovården byggts upp på initiativ av parterna på arbetsmarknaden. Man har varit överens om dess utformning, innehåll och bemanning. Några ekonomiska hinder för utbyggnaden har hittills inte anförts utan företagshälsovården får i sin nuvarande utformning anses vara väl avpassad till de ekonomiska förutsättningarna.

Utredningens förslag innebär inga ökade kostnader för befintlig företagshälsovård utformad enligt avtalen. Tvärtom pekar utredningen på möjligheten till omprioriteringar vad gäller personalen, t. ex. vidgade uppgifter för företagssköterskor, vilket också kan ge kostnadsmässiga fördelar. Utredningen har även understrukit vikten av att i framtiden i större utsträckning differentiera företagshälsovården med hänsyn till skilda behov. Vidare räknar utredningen med att ett fördjupat samarbete mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård kan ge effektivitetsvinster.

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

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

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

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

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

Sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (SOU 1983: 32) Företagshälsovård för alla

1 Allmänt

Företagshälsovårdsutredningens förslag och överväganden har i sina huvuddrag tillstyrkts eller lämnats utan erinran av de flesta remissinstanserna.

2 Företagshälsovårdens arbetsfält, innehåll och arbetsuppgifter

Utredningens förslag rörande företagshälsovårdens arbetsfält, innehåll och arbetsuppgifter har tillstyrkts eller lämnats utan erinran av flertalet remissinstanser. Hit hör bl. a. *RFV*, *SHR*, *AMS*, *arbetarskyddsstyrelsen*, *arbetarskyddsfonden*, *statskontoret*, *RRV* m. fl.

Socialstyrelsen intar dock en kritisk hållning bl. a. till utredningens resonemang om förutsättningarna att inom den givna tidsramen uppnå målet om företagshälsovård för alla samt beträffande relationerna mellan företagshälsovård och annan sjukvård.

LO delar i princip utredningens beskrivning av företagshälsovårdens uppgifter och arbetsfält. Organisationen betonar dock att företagshälsovården skall vara en resurs för de lokala parterna. Utöver arbetsmiljölagens och arbetsmiljöavtalens krav förstärks ytterligare förväntningarna på företagshälsovården genom medbestämmandeavtal och utvecklingsavtal. Företagshälsovården måste också vara anpassningsbar till förändrade förhållanden i arbetslivet bl. a. till följd av ny teknik.

TCO delar utredningens uppfattning att företagshälsovården i betydligt större utsträckning än som nu är fallet bör gå in i företagens planering och medverka till att arbetsmiljöaspekterna finns med från idéstadiet till och med genomförandet av förändringen. *SAF* betonar att det givetvis blir parterna centralt och lokalt som även i framtiden inom ramen för träffade avtal måste bestämma företagshälsovårdens innehåll med utgångspunkt från de enskilda företagens faktiska behov. *Svenska Kommunförbundet* anför att företagshälsovården skall vara en neutral rådgivande resurs med uppgift att vara ett stöd för den kommunala verksamheten med dess linjeorganisation samt skyddskommittéerna. Utredningens detaljerade beskrivning av företagshälsovårdens arbetsfält betraktar Kommunförbundet endast som exempel på olika typer av arbetsuppgifter. I förbundets yttrande betonas också linjeorganisationens ansvar för arbetsmiljöfrågorna liksom att företagshälsovården måste ha större flexibilitet och bli mer behovsanpassad än vad som många gånger är fallet i dag.

Föreningen för personalkonsulenter anser att utredningen visat brist på framsynthet genom att inte bättre fullfölja arbetsmiljölagens intentioner om det utvidgade arbetsmiljöbegreppet. *Försäkringskasseförbundet* delar utredningens uppfattning i stort men anser att den har ägnat de psykosociala och sociala arbetsmiljöproblemen för lite uppmärksamhet. *SFO, Kooperationens Förhandlingsorganisaton (KFO)* och *Sveriges Kooperativa Allmännyttiga Bostadsföretags Förhandlingsorganisation (KAB)* framhåller i ett gemensamt yttrande att arbetsmiljön som en isolerad företeelse betyder allt mindre. Andra faktorer betyder allt mer och för dess utveckling krävs en mer funktionell syn på arbetsmiljöfrågorna och företagshälsovårdens arbete. Dessa remissinstanser anser att utredningen fastnat i ett helt traditionellt och allt mer otidsenligt betraktelsesätt för arbetsmiljöarbetets bedrivande.

3 Företagshälsovårdens engagemang i psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem

Utredningen anser att de psykologiska och sociala arbetsmiljöproblemen bör ägnas ökad uppmärksamhet inom företagshälsovården. Flertalet remissinstanser instämmer i denna bedömning. Ett stort antal instanser är emellertid kritiska till utredningens förslag att de psykologiska och sociala arbetsuppgifterna så långt möjligt bör integreras i den medicinska och tekniska personalens uppgifter.

LO anför att det finns skäl för viss kritik av utredningens behandling av de psykosociala arbetsmiljöproblemen. Det hade enligt LO varit önskvärt att utredningen mera djupgående utrett de framtida behoven av sådan verksamhet liksom behovet av särskild kompetens hos personalen. De psykiska och sociala problemen i form av bl.a. stress, monotoni och säkerhetsproblem kopplade till den komplicerade relationen människa-maskin innebär att problem av denna art kommer att öka.

TCO instämmer i utredningens allmänna bedömningar men anser att den inte fullföljt sitt resonemang genom att lägga fram förslag om att en särskild psykosocial funktion skall ingå i företagshälsovården. Liknande synpunkter framförs av *SACO/SR, Försäkringskasseförbundet, socialstyrelsen, landstingen i Stockholms och Uppsala län, Stockholms universitet, SHR* m.fl. Till de remissinstanser som i allt väsentligt delar utredningens uppfattning i dessa frågor hör bl.a. arbetarskyddsstyrelsen och AMS. RRV anser däremot att frågan är för ofullständigt utredd.

4 Sjukvårdens roll i företagshälsovården

Utredningens förslag rörande sjukvårdens roll i företagshälsovården har föranlett blandade kommentarer från remissinstanserna. Enligt utredningens uppfattning bör sjukvårdens andel i företagshälsovården begränsas.

Företagshälsovården skall således i huvudsak bara engagera sig i sådan sjukvård som är arbetsrelaterad.

Socialstyrelsen anser i likhet med utredningen att företagshälsovården skall ha en klart förebyggande inriktning. Huvudansvaret för individuell sjukvård förutsätts komma att åvila landstingen. *Spri* delar utredningens slutsatser om relationerna mellan allmän hälso- och sjukvård och företagshälsovården. Liknande synpunkter uttalas bl. a. av statskontoret, *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund*, *Kommunförbundet* och *Förbundet Sveriges arbetsterapeuter*. Också *Landstingsförbundet* instämmer i utredningens klara markering av att företagshälsovården skall arbeta förebyggande. Företagshälsovården skall enligt förbundet ha sin tyngdpunkt i tekniskt och medicinskt förebyggande verksamhet och vara en del av arbetarskyddet. Förbundet konstaterar att primärvården nu har byggts ut i landets samtliga kommuner. Sjukvårdsbehovet kan enligt förbundet tillgodoses inom denna vårdform. Resurser inom företagshälsovården kan då frigöras och föras över till insatser som är direkt arbetsplatsrelaterade. Därigenom minskar också riskerna för dubbelarbete. Även *vissa landsting*, bl. a. i *Östergötlands*, *Jönköpings* och *Uppsala län*, anser att sjukvårdens roll i företagshälsovården måste begränsas.

RRV betonar i sitt remissyttrande att den sjukvårdande behandlingen har olika funktioner i företagshälsovården. Den tjänar bl. a. till att upprätthålla den medicinska kompetensen hos personalen och kan bidra till en tidig upptäckt av medicinska problem i arbetsmiljön liksom att förankra företagshälsovård i produktionen och bland arbetstagarna. RRV betonar också att sjukvårdande verksamhet är en av de anställda mycket uppskattad service.

SAF anser att praktiska omständigheter måste tillmätas stor betydelse. Samhällets primärvård är inte något självklart alternativ till företagshälsovård ens när det gäller sjukvård. Primärvårdens kunskaper om arbetsrelaterade sjukdomar liksom dess kontakter med arbetsplatserna är ringa. Detta begränsar enligt SAF möjligheterna att bedöma arbetsmiljöns betydelse för patienternas besvär.

LO säger sig vara medveten om att det såväl inom arbetsgivar- som arbetstagarleden som hos företrädarna för företagshälsovården finns ett starkt och motiverat intresse för sjukvård som en del av företagshälsovårdens totala program. Med den arbetsrelaterade inriktning som denna sjukvård då bör ha kan det enligt LO vara rimligt att beräkna sjukvårdsandelen i verksamheten till ca 30 %.

Statshälsan uttalar att företagshälsovårdens sjukvårdande verksamhet utgör en del av primärvården och att företagshälsovårdens kunskaper om arbetsmiljöfrågorna är en väsentlig resurs. Statshälsan anser också att regeringen bör ta initiativ till att sjukvårdens roll inom företagshälsovården ytterligare preciseras i förhållande till annan sjukvård.

SHR tror att det kan vara olyckligt om företagshälsovårdens sjukvår-

dande verksamhet tonas ned allt för mycket. Även *Sveriges läkarförbund* anser att sjukvården är en omistlig del av företagshälsovården och måste ha en sådan omfattning att hälsoläget i företaget kan bedömas. Liknande synpunkter uttalas av *SACO/SR*.

5 Samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård

Företagshälsovårdens samband med den offentliga hälso- och sjukvården har betonats av utredningen och flera remissinstanser. *Socialstyrelsen* erinrar om det övergripande planeringsansvar för hälso- och sjukvården som enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) åvilar landstingen. En viktig aspekt i detta sammanhang är enligt styrelsen att de hälsorelaterade data som kommer fram i anslutning till företagshälsovårdens verksamhet tillförs landstingens hälsodatabaser samt även det nationella hälsostatistiksystemet. Tillgång till sådana uppgifter är nödvändiga för att landstingen skall kunna fullgöra sitt planeringsansvar och ge underlag för samhällsplanering inom andra sektorer. *Landstingsförbundet* och *Spri* liksom ett antal landsting uttalar liknande synpunkter. Samma uppfattning framförs av *Försäkringskasseförbundet* som dock även betonar att samarbetet mellan försäkringskassorna och företagshälsovården måste utvecklas och fördjupas främst vad gäller arbetsskade- och rehabiliteringsfrågorna.

Arbetarskyddsstyrelsen framhåller bl.a. att företagshälsovården på sätt och vis är en del av primärvården och att detta även berör sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar. Styrelsen framhåller vidare att samverkansmöjligheterna mellan företagshälsovård och primärvård nyligen har varit föremål för en utredning som redovisats i en Sprirapport (nr 143/1983). För att uppnå en heltäckande företagshälsovård kan det enligt styrelsen också förutses att landstingen kommer att behöva medverka inte bara med planeringsresurser utan även med konkreta medicinska tekniska och beteendevetenskapliga insatser.

LO menar att företagshälsovården inte skall konkurrera med samhällets primärvård utan fungera som ett miljöinriktat komplement till denna. Det blir därför nödvändigt att finna former för en funktionell samverkan mellan företagshälsovård och primärvård. Liknande synpunkter uttalas av *DIIR* samt *Göteborgs och Bohus läns vårdskoleförbund*.

Statshälsan anser att frågan om fördjupad samverkan mellan företagshälsovården och samhällets primärvård i praktiken har lämnats obehandlad av utredningen. *SACO/SR* anser också att utredningen ofullständigt har analyserat hur en fördjupad samverkan mellan primärvården och företagshälsovården skall kunna komma till stånd. *RRV* anser att utredningen utan närmare överväganden förordar en orientering mot landstingens primärsjukvård.

6 Företagshälsovårdens roll i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten

Anpassnings- och rehabiliteringsverksamhetens betydelse i företagshälsovårdens arbete har särskilt betonats av utredningen. Ett flertal remissinstanser har yttrat sig i denna del. *SHR* understryker vikten av att företagshälsovården i framtiden engageras i anpassning av arbetsmiljön till arbetshandikappade. Företagshälsovården borde enligt handikapprådet kunna spela en mycket aktivare roll i anpassningsgrupp och skyddskommitté än vad som f. n. sker.

DHR betonar företagshälsovårdens betydelse för den företagsinterna delen av den yrkesinriktade rehabiliteringen. Liknande synpunker framförs av *HCK*. *DHR* betonar vikten av att företagshälsovården engagerar sig i syfte att motverka förslitningskador m. m.

LO anser att företagshälsovården med hänsyn till sin specifika kompetens bör kunna medverka till att anpassningsverksamheten blir framgångsrik genom att föreslå, planera och följa upp önskvärda åtgärder. Liknande synpunkter uttalas av *AMS* som också betonar att rehabiliteringsåtgärder, tillsammans med den arbetsmässiga rehabilitering som kan planeras i ett tidigt stadium, är väl motiverade ur såväl statsfinansiell som samhällsekonomisk synvinkel.

I övrigt har flertalet remissinstanser som berört frågan ställt sig bakom utredningens överväganden.

7 Företagshälsovårdens utbyggnad

Inom utredningen har enighet rått om målet att alla anställda skall omfattas av företagshälsovård inom en tioårsperiod samt att även ensamföretagare skall ges möjlighet att ansluta sig till företagshälsovård. Också remissinstanserna ställer sig bakom målsättningen om allas rätt till företagshälsovård. Några remissinstanser anser dock att en utbyggnadsperiod på tio år är allt för kort för att nå detta mål. Så anser t. ex. *socialstyrelsen* att de förslag som utredningen presenterat är alltför vaga för att garantera att utbyggnadsmålet uppfylls inom den angivna tiden.

RRV tar i sitt remissyttrande upp svårigheterna med att nå de små företagen och konstaterar att utredningen behandlat detta problem på några få rader när det egentligen borde ha varit dess huvuduppgift. Även *arbetarskyddsfonden* betonar problemen med att nå de små arbetsplatserna.

8 Differentieringsfrågor

Behovet av att företagshälsovårdens insatser differentieras med hänsyn till olika företags behov framhålls bl. a. av *SFO*, *KFO* och *KAB* i ett

gemensamt yttrande. Där framhålls bl. a. att man delar utredningens uppfattning om att ett nytänkande måste till såväl när det gäller organisatoriska lösningar som beträffande lokal och regional samverkan mellan olika parter och organ.

Landstingsförbundet understryker angelägenheten av att befintlig och tillkommande företagshälsovård kan anpassas efter behoven på den enskilda arbetsplatsen och efter den utveckling som sker på arbetsmarknaden. Med hänsyn till det samhällsekonomiska läget är det nödvändigt att resurserna genom samverkan och kompletterande insatser utnyttjas effektivt.

SHIO-Familjeföretagen framhåller bl. a. att företagshälsovården f. n. brister avsevärt när det gäller flexibilitet och anpassning till olika företag och att det mot denna bakgrund är naturligt att flertalet småföretag försöker undvika anslutning till företagshälsovård. För att lösa problemen bör man i första hand stimulera, alternativt tvinga företagshälsovården att anpassa sig till småföretagens behov och samtidigt öka småföretagens faktiska möjligheter att påverka företagshälsovården när de är anslutna till denna.

Svensk yrkeshygienisk förening framhåller att behovet av företagshälsovård kommer att vara skiftande mellan olika branscher och arbetsplatser. Företagshälsovården måste i långt större utsträckning differentieras för att tillgodose de varierande behoven. Det är viktigt att företagshälsovården är flexibel beträffande organisation, arbetsuppgifter och personalsammansättning.

Även *arbetarskyddsstyrelsen* framhåller att det finns anledning att pröva differentierade former av företagshälsovård för att täcka de små företagens behov. *SAF*, *Kommunförbundet* och *LO* framhåller liknande synpunkter. Några yrkesinspektionsdistrikt bl. a. *yrkesinspektionen i Örebro* har i sin underremiss till arbetarskyddsstyrelsen också fört fram liknande synpunkter.

9 Lagstiftning

När det gäller vägarna att uppnå en heltäckande företagshälsovård har utredningen inte varit enig. Utredningens majoritet förordar att utbyggnaden skall ske genom frivilliga åtaganden baserade på arbetsmiljöavtal och överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter. En minoritet inom utredningen förordar i en reservation en lagstadgad skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård. Enligt reservanterna bör en lagstiftning införas fr. o. m. den 1 januari 1988. De skilda uppfattningarna som framförs i utredningen återspeglas även bland remissinstanserna.

Flertalet av de remissinstanser som särskilt har behandlat denna fråga ansluter sig till utredningsmajoritetens förslag. Det gäller bl. a. *RFV*, *arbetarskyddsfonden*, *statskontoret*, *RRV*, *SAV*, *SFO*, *SACO/SR*, *Föreningen teknisk företagshälsovård*, *Lantbrukshälsan AB*, *SAF*, *TCO* och *SHIO-Familjeföretagen* samt *flertalet landsting*.

RRV understryker i sitt yttrande att yrkesinspektionen f. n. inte synes ha resurser för att meningsfullt övervaka en lagstiftad skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård. RRV anser också att det föreligger en risk för att parternas engagemang kan uttunnas vid en lagstiftning och att känslan av ansvar hos parterna försvinner. RRV vill dessutom ifrågasätta om inte en obligatorisk skyldighet för företagen att anordna företagshälsovård måste medföra motsvarande lagstiftad skyldighet för landstingen eller annan att organisera och ställa resurser till förfogande för verksamheten.

SFO anser att en lagstiftning dels skulle inverka menligt på företagshälsovårdens kvalitativa utveckling och dels komma att minska parternas engagemang och intresse.

SACO/SR anser att det inte är rimligt att nu besluta om en lag, som skall träda i kraft i slutet av 1980-talet, men att lagstiftning på nytt kan aktualiseras om det senare skulle visa sig, att företagshälsovården inte blivit utbyggd i förväntad takt.

Malmöhus läns landsting anser att övervägande skäl talar för att man inte redan nu skall lagstifta för att tvinga företagen att anordna företagshälsovård. Det främsta skälet är svårigheten att ange innehåll och omfattning av den företagshälsovård som skall tillhandahållas de anställda.

Enligt *Värmlands läns landsting* visar erfarenheterna från det företagshälsovårdsprojekt som sedan något år bedrivs i Värmland att ökad anslutning till företagshälsovård kan nås på frivillig väg genom väl utformade och genomarbetade informationskampanjer.

SAF anför att erfarenheterna från länder där lagstiftning reglerar företagshälsovården inte är uppmuntrande. Stelheten och byråkratin i myndigheternas agerande hämmar initiativ och den flexibilitet som är nödvändig för att utveckla en väl behovsanpassad företagshälsovård. Enligt SAF kan en lagstadgad obligatorisk skyldighet att anlita företagshälsovård inte tillgripas så länge obligatoriets innebörd är odefinierad. En lag kan inte utfärdas förrän staten förvissat sig om att resurser kommer att ställas till förfogande för dem som åläggs skyldigheten att ordna företagshälsovård.

SHIO-Familjeföretagen avstyrker med bestämdhet förslaget om lagstiftning. Om en lagstadgad skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård skulle införas torde, enligt SHIO-Familjeföretagen, finnas stor risk att anpassningen av företagshälsovården till de mindre företagens behov kommer att utebli eller inte bli så långtgående som skulle vara motiverat.

TCO anser att en lagstiftning kan verka hämmande på parternas engagemang och intresse om ansvaret helt skulle överlåtas på myndigheter och landsting. Nackdelarna med lagstiftning skulle vara betydligt fler än fördelarna. TCO anser också att inflytande på verksamheten är en central fråga i detta sammanhang. Enligt TCO kommer personalen i företagshälsovården troligen att få svårt att göra meningsfulla insatser i företag där varken anställda eller arbetsgivare är organiserade. Företagshälsovården kan i dessa fall också komma att uppfattas som en kontrollinstans.

Bland de remissinstanser som stöder en lagstiftad rätt till företagshälsovård kan nämnas *socialstyrelsen*, *arbetarskyddsstyrelsen*, *LO*, *Landstingsförbundet* samt en *minoritet av landstingen*.

Socialstyrelsen anser det knappast troligt att, utan en lagfäst rätt till företagshälsovård, alla arbetstagare inom överskådlig tid kan komma i åtnjutande härav.

Enligt *arbetarskyddsstyrelsen* är lagstiftning den stödform som bör komma till användning för att uppnå målet företagshälsovård åt alla. Enligt styrelsen talar erfarenheter från övriga nordiska länder som samtliga har lagstiftning på detta område, för att lagstiftning knappast medför några icke önskvärda biverkningar i form av t.ex. ovilja att genomföra avtalen eller lagstiftningens intentioner. Samtliga de åtta yrkesinspektionsdistrikt som styrelsen har bifogat yttranden från stöder utredningsmajoritetens förslag i denna fråga.

LO riktar uppmärksamheten på att lagstiftningsfrågan berör frågan om tillsynsmyndighetens uppgifter och befogenheter i fråga om företagshälsovårdens fortsatta utbyggnad och kvalitet. Det framstår enligt LO som väsentligt att tillsynsmyndighetens ansvar och uppgifter och de uppgifter som fullgörs av arbetsmarknadens parter beskrivs så att oklarhet eller kompetenstvist undviks. Enligt LO har tillsynsmyndigheten att se till att en lagstiftning om rätten till företagshälsovård efterlevs. I de ofrånkomliga kvalitetsbedömningar som tillsynsmyndigheten därvid måste göra skall gälla de kriterier som fastläggs av arbetsmarknadens parter. LO erinrar även om att sådana bedömningar utgör ett nödvändigt underlag i ställningstaganden till frågor om ekonomiskt stöd av offentliga medel till företagshälsovården.

Landstingsförbundet ser för sin del knappast några möjligheter att gå vidare med utbyggnad av företagshälsovården på enbart frivillighetens väg. Förbundet sluter därför upp på en skärpning riktad mot arbetsgivare som väljer att inte ansluta sig till företagshälsovård eller som vägrar att teckna arbetsmiljöavtal. En lagfäst skyldighet att anordna företagshälsovård synes enligt Landstingsförbundet då vara den enda framkomliga vägen. Förbundet anser vidare att det bör övervägas om en sådan lagreglering inte bör träda i kraft redan före år 1988.

Östergötlands läns landsting bedömer att rätten till företagshälsovård måste lagfästas. En lagfäst rätt bör enligt landstinget ge intressenterna en trygg grund att stå på i ett uppbyggnadsskede och påskynda uppbyggnaden.

Enligt *Örebro läns landsting* är det en grundläggande rättighet för varje anställd att omfattas av företagshälsovård. Det är då inte tillfredsställande att vissa arbetstagare skall vara hänvisade till arbetsgivarens goda vilja för att få tillgång till sådan. Rätten till företagshälsovård bör därför vara lagfäst.

Västmanlands läns landsting anser att även om mycket talar för att

effektiv "marknadsföring" av företagshälsovård kan ge goda resultat synes det dock nödvändigt med någon form av skyldighet för de arbetsgivare som, efter särskild information och förhandlingar, vägrar att ansluta företaget till någon form av organiserad företagshälsovård. Enligt landstinget är det därför sannolikt att en lagreglering är den enda framkomliga vägen för att få en heltäckande företagshälsovård för samtliga yrkesverksamma.

10 Regional och central samverkan

Enligt utredningen krävs en ökad regional och central samverkan mellan inblandade parter för att samordna strävandena att på längre sikt bygga ut företagshälsovården till heltäckning och främja dess utveckling. Utredningen föreslår att yrkesinspektionsnämnderna får till uppgift att svara för regional samverkan när det gäller utbyggnaden av företagshälsovården liksom uppgiften att i övrigt verka för företagshälsovårdens utveckling inom regionen. Det är vidare utredningens uppfattning att den till arbetarskyddsstyrelsen knutna företagshälsovårdsdelegationen, med i huvudsak den sammansättning den har i dag, bör vara ett forum för central samverkan när det gäller företagshälsovårdens utbyggnad och utveckling.

När det gäller förutsättningar för regional samverkan betonar *arbetarskyddsstyrelsen* att yrkesinspektionsnämnderna har en viktig uppgift att fylla i planerings-, samverkans- och utvecklingsarbetet för att uppnå heltäckande företagshälsovård. I nämnderna finns såväl arbetsmarknadens parter som företrädare för hälso- och sjukvården. Enligt styrelsen bör nämnderna också kunna utgöra ett forum för nytänkande t.ex. i fråga om differentierade företagshälsovårdsinsatser m.m. Förutom tillgång till personal, register m.m. kommer nämnderna i framtiden att ha tillgång till ett datoriserat arbetsställeregister vilket förutses ge bättre och mer aktuella bilder av läget inom företagshälsovården.

Landstingsförbundet delar utredningens bedömning av behovet av regional samverkan. Förbundet betonar vikten av att yrkesinspektionsnämndernas sammansättning svarar mot de vidgade uppgifterna. Det är därför närmast en självklarhet att landstinget med sitt ansvar inom hälso- och sjukvården skall ingå med ordinarie representation i yrkesinspektionsnämnden. Förbundet avvisar därför utredningens förslag att företrädarna för kommuner och landsting också i fortsättningen skall dela på representationen. Liknande synpunkter anförs av *Kommunförbundet*.

Frågan om yrkesinspektionsnämndernas sammansättning och särskilt kravet på egen representation för landstingen har också berörts i ett flertal yttranden från enskilda landsting, bl.a. *landstingen i Uppsala, Östergötlands* och *Skaraborgs län*.

Statskontoret är kritiskt till utredningens förslag rörande regional samverkan och anser att den utredningsman som f.n. har i uppgift att se över yrkesinspektionen och den kommunala tillsynen bör se närmare på denna fråga.

LO, *Statshälsan* m. fl. remissinstanser ansluter sig till utredningens förslag rörande yrkesinspektionsnämnderna och yrkesinspektionens roll i den regionala samverkan utan närmare motiveringar.

När det gäller behovet av central samverkan ansluter sig *arbetarskyddsstyrelsen* i huvudsak till utredningens förslag rörande företagshälsovårdsdelegationens ställning. Styrelsen pekar dock på att de vidgade arbetsuppgifter som föreslås för delegationen nödvändiggör ett personellt resurstillskott vid styrelsen. *LO* för fram liknande synpunkter.

Kommunförbundet tillstyrker utan närmare motivering utredningens förslag.

Landstingsförbundet pekar på behovet att i framtiden ta upp delegationens utformning och organisatoriska anknytning till förnyad prövning utifrån den utveckling som kan ske.

11 Personal- och utbildningsfrågor, allmänt

Utredningen har utarbetat detaljerade förslag angående den framtida utbildningen av företagshälsovårdens olika personalkategorier. De ändringar som föreslås utgår från bl. a. följande principer:

- En anpassning skall eftersträvas till högskolans system för grund- och vidareutbildning.
- Utbildningen skall vara generell med hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden.
- Branschinriktad utbildning bör anordnas endast på efterutbildningsnivå.
- Praktik eller handledd praktiktjänstgöring skall utgöra ett väsentligt inslag i den framtida utbildningen.
- Utbildningsverksamheten skall utformas och dimensioneras så att den pågående utbyggnaden av företagshälsovården inte stannar upp utan kan fortsätta i minst nuvarande takt.
- Personalen skall vara utbildad för arbetet i företagshälsovården före anställning.

UHÄ framhåller i sitt remissyttrande att utbildning för företagshälsovården är av så brett samhälleligt intresse att det är motiverat att utbildningarna inrättas som påbyggnadsutbildningar i högskolan. Förutsättningarna för att högskolan skall kunna ge en kvalificerad utbildning för företagshälsovården är goda på många orter i landet. UHÄ belyser också att arbetsvetenskapen numera har en stark ställning i högskolan. Den högskoleanknutna forskningen utgör en god grund för att ge företagshälsovårdsutbildning den tvärvetenskapliga karaktär som kommittén har skisserat. UHÄ framhåller emellertid att arbetarskyddsstyrelsen har både specialinriktad kompetens och erfarenhet inom området. Det finns därför skäl att tillvarata såväl högskolans som arbetarskyddsstyrelsens kompetenser och resurser. UHÄ framhåller också att ämbetet är berett att ansvara för planering av de företagshälsovårdsutbildningar som kan rubriceras som högsko-

leutbildning när det gäller dimensionering och lokalisering och därmed sammanhängande uppgifter.

Högskolan i Jönköping anser att särskilda utbildningscentra bör inrättas där flera kategorier befattningshavare inom företagshälsovården kan utbildas. Härigenom anser högskolan att en tillräckligt bred bas av lärare, forskare, studenter, laboratorer etc. kan erhållas. Detta bör också främja utbildningssamverkan inom företagshälsovården. Högskolan framhåller att UHÄ bör vara den instans i landet som fattar beslut om utbildningarna.

Även *Lunds* och *Stockholms universitet* förespråkar att utbildning av företagshälsovårdens olika personalkategorier i ökad utsträckning förläggs till högskolan.

Svensk yrkeshygienisk förening framhåller att utbildningsresurserna inte bör spridas ut för mycket i landet utan i stället koncentreras till några få platser.

SAF ser en fara i att ansvaret för utbildningen splittras upp mellan olika myndigheter, nämligen arbetarskyddsstyrelsen, socialstyrelsen och högskoleorganisationen. Samordningsfrågorna bör därför utredas under ledning av UHÄ. Enligt SAF finns mycket som talar för att högskoleorganisationen på sikt bör göras ansvarig för all utbildning på området.

En rad remissinstanser, däribland *arbetarskyddsstyrelsen*, *LO*, *TCO*, *SACO/SR*, *Svensk yrkesmedicinsk förening*, *Kommunförbundet*, *Föreningen Sveriges arbetsterapeuter* m. fl. tillstyrker med olika motiveringar utredningens förslag i de allmänna utbildningsdelarna.

11.1 Utbildning till företagsläkare

Utredningens förslag rörande utbildning av företagsläkare biträds i princip av flertalet remissinstanser, som således tillstyrker förslaget att göra företagshälsovård till en medicinsk specialitet.

Socialstyrelsen framhåller emellertid att införande av företagshälsovård som specialitet inte står i överensstämmelse med de allmänna strävandena att begränsa specialistuppdelningen i vidareutbildningssystemet för läkare. I dag finns 44 specialiteter och dessutom 16 s. k. behörighetsämnen. Ur utbildningssynpunkt innebär en sådan uppdelning enligt styrelsens mening att vissa specialiteter och sjukhuskliniker orimligt belastas av tjänstgöringen. Enligt socialstyrelsens uppfattning bör därför frågan om företagshälsovård som specialitet samt dess inriktning, omfattning och ev. samordning med näraliggande specialiteter, prövas i samband med en total översyn av vidareutbildningen av läkare. *Landstingsförbundet* liksom bl. a. *landstingen i Uppsala*, *Göteborgs och Bohus*, *Blekinge* och *Hallands län* framhåller liknande synpunkter och är tveksamma till möjligheterna att i tillräcklig omfattning anordna utbildningsplatser och tillhandahålla handledning.

Svensk företagsläkarförening, *SFO*, *KFO* och *KAB* är också tveksamma till möjligheterna att anordna praktik och ställa handledningsresurser till

förfogande i erforderlig omfattning. *Svensk yrkesmedicinsk förening* föreslår att frågan om inrättande av FV-block i företagshälsovård respektive frågan om kostnadstäckning utreds ytterligare. *SAF* och *arbetarskyddsstyrelsen* anser att det kan vara svårt att skapa möjlighet till tjänstgöring under handledd utbildning i företagshälsovård.

11.2 Utbildning för företagssköterskor

Den framtida sjuksköterskeutbildningen bör enligt utredningens uppfattning förbereda företagssköterskorna för ett vidgat arbetsfält. Utredningen föreslår att vidareutbildningen utökas till att omfatta 40 poäng och bygga på den nya grundutbildningen för sjuksköterskor som omfattar 80 poäng inom hälso- och sjukvårdslinjen i högskolan. Utredningen föreslår att UHÄ i samråd med arbetarskyddsstyrelsen och Landstingsförbundet utreder de närmare förutsättningarna att anordna företagssköterskeutbildning som reguljär högskoleutbildning vid landstingens vårdskolor. Flertalet remissinstanser som behandlat denna fråga, bl. a. *Landstingsförbundet* samt *landstingen i Östergötlands, Jönköpings, Kristianstads, Malmöhus* och *Örebro län*, pekar på att den föreslagna vidareutbildningen i flera avseenden sammanfaller med nuvarande vidareutbildning i öppen hälso- och sjukvård. *Arbetarskyddsstyrelsen* instämmer i utredningens förslag till förändring av uppläggningen av företagssköterskeutbildningen, men betonar vikten av att den praktiska tjänstgöringen får motsvarande innehåll och betydelse som den f. n. har. Den planerade dimensioneringen av utbildningen bör därför enligt styrelsens mening ses i förhållande till tillgången på lämpliga praktikplatser.

Socialstyrelsen ställer sig tveksam till att en påbyggnadslinje i företagshälsovård specifikt för sjuksköterskor inrättas. Skälet anges vara att verksamhetsområdet i stor utsträckning är detsamma som det påbyggnadslinjen i öppen hälso- och sjukvård förbereder sjuksköterskorna för. Styrelsen framhåller också att verksamhetsområdet inte är större än att högst 5 % av antalet sjuksköterskor beräknas vara verksamma inom det. Enligt socialstyrelsens mening kan en alltför snäv inriktning och specialisering försvåra rekryteringen till hälso- och sjukvårdens olika delar. Därigenom kan sjuksköterskornas möjligheter att på ett flexibelt sätt verka inom olika delar av hälso- och sjukvården försämras. Socialstyrelsen anser vidare att den nuvarande vidareutbildningen inom öppen hälso- och sjukvård bör ligga till grund för tjänstgöring som företagssköterska. De speciella utbildningsinsatser som krävs för företagshälsovård bör generellt kunna genomföras som efterutbildning. Det kan t. ex. gälla enstaka kurser inom den kommunala högskoleutbildningens ram.

UHÄ ifrågasätter om landstingen skall ges utbildningsansvar för annat än det egna ansvarsområdet, nämligen hälso- och sjukvården. Ämbetet föreslår att man som huvudalternativ till den nuvarande utbildningshuvud-

mannen bör pröva att låta den statliga högskolan svara för verksamheten. Enligt UHÄ:s bedömning förefaller ett poängtak kring 20 att vara rimligt, om utbildning skall bedrivas som en av riksdagen inrättad påbyggnadslinje.

SAF är kritisk till de förslag som förts fram angående utbildningsvägen för företagssköterskor. Ett genomförande skulle kunna starkt begränsa antalet sjuksköterskor som kan söka tjänst inom företagshälsovården i framtiden.

TCO biträder utan närmare motivering utredningens förslag.

11.3 Utbildning för företagssjukgymnaster

Flera remissinstanser bedömer det som mycket angeläget att utbildningskapaciteten för företagssjukgymnaster snarast ökar. Enligt *UHÄ:s* uppfattning är det samlade behovet av grundläggande utbildning och påbyggnadsutbildning för sjukgymnnaster under överblickbar tid väsentligt större än vad högskolan av olika skäl förmår tillgodose. Tillsammans med de personella och andra resurser som arbetarskyddsstyrelsen förfogar över bör dock enligt ämbetets mening utbildningskapaciteten kunna öka. UHÄ anför att ämbetet inom kort kommer att ta ställning till det samlade behovet av påbyggnadsutbildning för sjukgymnaster men är redan nu berett att tillstyrka vidareutbildning med inriktning mot företagshälsovården.

Legitimerade sjukgymnasters riksförbund anser att en påbyggnadsutbildning om 20 poäng för sjukgymnaster i företagshälsovård bör ha samma huvudinnehåll som den nuvarande företagssjukgymnastutbildningen. Inriktningen bör vara en fördjupning av de ämnen som i dag ingår.

Föreningen teknisk företagshälsovård bedömer det som angeläget att resurser tillskapas så att utbildningskapaciteten för företagssjukgymnasterna snarast ökas till att motsvara marknadens behov.

Landstingsförbundet understryker behovet av en utökad utbildningskapacitet för sjukgymnaster både i grundutbildning och för företagshälsovården. Enligt *Älvsborgs läns landsting* utgör vakanserna bland sjukgymnasterna inom landstinget det snart sagt enda bemanningsproblemet inom företagshälsovården. Med beaktande av att nära 80% av arbetsrelaterade sjukdomar avser rörelseapparaten är bemanningen av ergonomifunktionen av utomordentlig betydelse enligt landstinget. *LO* understryker utredningens förslag att låta företagshälsovårdsdelegationen undersöka vilka särskilda åtgärder som kan vidtas för att få ett ökat antal utbildningsplatser.

11.4 Utbildning för skyddsingenjörer

När det gäller utbildning av skyddsingenjörer har flera remissinstanser betonat vikten av att företagshälsovårdens tekniska personal ges en kvalificerad utbildning på högskolenivå. Förslaget att anordna skyddsingenjörsutbildning som en vidareutbildning efter civilingenjörsutbildningen eller

motsvarande teknisk grundutbildning tillstyrks av flertalet remissinstanser, däribland *UHÄ*, *SFO*, *KFO*, *KAB*, *SACO/SR*, *Föreningen teknisk företagshälsovård*, *Svensk yrkeshygienisk förening*, *SAF*, *TCO*, *LO* och *arbetarskyddsstyrelsen*.

Remissinstanerna avvisar genomgående tanken på att skyddsingenjörsutbildningen skall anordnas som en specialinriktning inom civilingenjörsutbildningen. Som motivering anförs bl.a. arbetsmarknads-, rekryterings- och schematekniska skäl.

Föreningen teknisk företagshälsovård anser att förändringen av utbildningen måste präglas av skyddsingenjörens behov av kunskap rörande teknikutveckling, produktionsteknik och administration. Denna kunskap finns enligt föreningen i dag vid högskolorna, medan arbetarskyddsstyrelsen naturligen saknar förutsättningar för en sådan utveckling av skyddsingenjörsutbildningen. Föreningen teknisk företagshälsovård anser vidare att arbetarskyddsstyrelsen inte skall svara för utbildning till skyddsingenjör. Den skall inordnas i högskolan som en ettårig vidareutbildning med i huvudsak arbetsvetenskaplig inriktning. Arbetarskyddsstyrelsens nuvarande egna lärarinsatser i skyddsingenjörsutbildningen bör även fortsättningsvis utnyttjas i en högskolebedriven utbildning av skyddsingenjörer anser föreningen. Föreningen anser slutligen att det är synnerligen angeläget att planeringen för en högskoleutbildning till skyddsingenjör omedelbart kommer till stånd.

Västerbottens läns landsting anser att arbetarskyddsstyrelsen bör anordna utbildningen som bör bygga på en ettårig vidareutbildning av personal med minst fyraårig teknisk gymnasieutbildning och relevant yrkeserfarenhet.

11.5 Utbildning för beteendevetare

Utredningen konstaterar att det är svårt att nu ange vilken grundläggande utbildning eller vilken vidareutbildning som bäst lämpar sig för beteendevetare. Mot denna bakgrund föreslås att UHÄ får i uppdrag att i samråd med arbetarskyddsstyrelsen utreda behovet av och förutsättningarna för att anordna utbildning med beteendevetenskaplig inriktning för arbete inom företagshälsovården. Därvid bör man utreda om vissa grundutbildningar bör profileras mot företagshälsovård eller på annat sätt förstärkas med inslag som rör företagshälsovård. Utredningen föreslår också att UHÄ och arbetarskyddsstyrelsen i det sammanhanget även uppmärksammar behovet av utbildning för beteendevetare som redan arbetar inom företagshälsovården utan särskild vidareutbildning.

UHÄ ser det som ett rimligt önskemål att företagshälsovårdens behov av utbildad personal för att hantera psykologiska och sociala arbetsmiljöproblem bör beaktas i den fortsatta utbildningsplaneringen. Enligt UHÄ:s uppfattning är emellertid inte de kvalitativa och kvantitativa behoven av

sådan personal särledes väl preciserade i betänkandet. Genom tillskapandet av linjer för personal- och arbetslivsfrågor ges t. ex. möjligheter till grundutbildning med relevans för företagshälsovården. Kurser inom denna linje skulle sannolikt också kunna komma i fråga som vidareutbildning för beteendevetare inom företagshälsovården. Ett direkt uppdrag till ämbetet anses därför inte motiverat f. n.

Socialstyrelsen anser att företagshälsovården står inför uppgifter som man hittills ägnat sig åt i mycket begränsad omfattning. Dessa uppgifter kräver större insatser av beteendevetenskaplig/ samhällsvetenskaplig expertis. Vidare anser socialstyrelsen i princip att utbildningen för beteendevetare liksom för annan personal inom företagshälsovården bör specialinriktas först efter grundutbildningen, dvs. som vidareutbildning/efterutbildning och arbetsplatsintroduktion. Vissa moment av mer generell art rörande företagshälsovården bör dock tillföras grundutbildningarna. Styrelsen vill också understryka vikten av att beteendevetarnas kunskaper och arbetsområden på allvar introduceras i företagshälsovården och där blir ett viktigt komplement till den traditionella företagshälsovården.

RRV anser att de psykologiska och sociala arbetsmiljöfrågorna måste hanteras av specialiserade och välutbildade befattningshavare.

SACO/SR anser att arbetet med de psykosociala frågorna förutsätter djupgående kunskaper i beteendevetenskaplig metodik, vilket kräver särskild kompetens. Vidare framhåller SACO/SR att det skall krävas en beteendevetenskaplig utbildning på akademisk grundnivå (psykologutbildning, socionomutbildning, examen på beteendevetenskapliga linjen eller motsvarande) samt därefter en med övriga specialister likvärdig företagshälsovårdsutbildning.

Uppsala läns landsting framhåller att företagshälsovården skall bedrivas utifrån en helhetssyn på människan vilket kräver heltäckande kompetens inom resp. arbetsfält, vilket svårligen kan åstadkommas utan beteendevetare i personalstyrkan.

Malmöhus läns landsting anser att de psykosociala problemen på arbetsplatserna måste ägnas ökad uppmärksamhet och för detta krävs i många fall särskilt utbildad personal. *Statshälsan* framhåller att det finns all anledning att förutsätta att en utbyggnad av företagshälsovårdens kompetens inom området behövs och att flertalet företagshälsovårdsenheter i framtiden bör ha en psykosocial funktion med särskilt utbildad personal. Statshälsan föreslår att en utbildning för beteendevetare inom företagshälsovården som motsvarar den utbildning som ges andra yrkesgrupper snarast utformas.

Enligt *Beteendevetarna i företagshälsovården* blir de psykosociala frågorna allt mer accentuerade i dagens arbetsliv. Det finns därför enligt föreningen all anledning att förutsätta en utbyggnad av företagshälsovårdens kompetens inom detta område med särskilt utbildade funktionärer. Liknande synpunkter framförs av *Forum för psykosociala arbetsmiljöfrågor*.

LO anser det angeläget att utbildning anordnas för befattningshavare inom den psykosociala delen av företagshälsovården.

SAF anser att ökad uppmärksamhet på problemen från företagshälsovårdens sida sannolikt är befogad liksom att dess personal utbildas bättre i dessa frågor.

Arbetarskyddsstyrelsen understryker behovet av beteendevetenskaplig kompetens inom företagshälsovården. En försökskurs för beteendevetare pågår inom styrelsen.

12 Efterutbildning

Enligt remissinstansernas bedömning finns det ett stort behov av efterutbildning för samtliga personalkategorier inom företagshälsovården.

SACO/SR anser att samtliga specialistfunktioner inom företagshälsovården behöver vidareutbildning i hur de egna specialistkunskaperna skall kunna utnyttjas i arbetsmiljöarbetet. I denna vidareutbildning bör inkorporeras en del allmänna kunskaper om andra funktioners arbetsfält. I inget fall kan dock enligt SACO/SR en sådan utbildning ersätta någon annan specialistfunktions kompetens.

SAN anser att det finns ett antal yrkeskategorier med nyckeluppgifter ur administrativ arbetsmiljösynpunkt, t.ex. inköpare, konstruktörer, byggnadsprojektörer, personaladministratörer etc. Det är enligt SAN angeläget att åtgärder vidtas så att man bättre når dessa grupper med arbetsmiljöutbildning och information om företagshälsovårdens och skyddsorganisationens förebyggande miljöarbete. Det kan t.ex. ske genom att öka inslaget av arbetsmiljöutbildning i den grundläggande högskoleutbildningen samt genom särskilda fortbildningskurser för redan yrkesverksamma.

RRV framhåller att efterutbildningsbehovet kommer att vara stort eftersom en stor del av personalen i företagshälsovården för lång tid framöver kommer att vara utbildade enligt rådande former.

Svensk företagsläkarförening anser det värdefullt om ett organ motsvarande företagshälsovårdsdelegationen blir ansvarig för personalens efterutbildning och att denna blir både kvalitativt och kvantitativt av tillräcklig omfattning.

Föreningen teknisk företagshälsovård anser det principiellt riktigt att företagshälsovårdsdelegationen får ett samlat ansvar för efterutbildningen av företagshälsovårdens personal.

Enligt *TCO* ställs det höga krav på företagshälsovårdens personal varför det är angeläget att möjligheter till fortbildning ges för samtliga personalkategorier.

Arbetarskyddsstyrelsen delar utredningens bedömning att behovet av efterutbildning av personal inom företagshälsovården är stort och stöder utredningens förslag till vidgade efterutbildningsmöjligheter för företagshälsovårdens personal.

Bilaga 3

Sammanfattning av samverkanskommitténs betänkande (Ds A 1984: 2) Arbetsanpassning

Bakgrund

Samverkanskommitténs uppdrag avser en översyn av ansvarsfördelningen mellan den lokala skyddsverksamhetens och anpassningsgruppernas verksamhet. Enligt direktiven skall kommittén finna en sådan organisatorisk modell för arbetsfördelningen dem emellan så att arbetsförmedlingens insatser i största möjliga utsträckning kan inriktas på inplacering av äldre och arbetshandikappade. Frågor som gäller anpassningsåtgärder för redan anställda bör enligt direktiven i huvudsak vara en angelägenhet för arbetsgivare och fackliga företrädare bl. a. inom ramen för skyddsverksamheten.

Kommittén slår fast att förhållandena i arbetsmiljön kan ge upphov till arbetsskador och arbetssjukdomar inte minst genom olycksfall och förslitning. Detta kan i många fall leda till en utslagning från arbetsmarknaden.

Förhållanden i arbetslivet är dock inte alltid orsaken till olika arbetshandikapp. Medfödda handikapp, handikapp som uppstår under uppväxtåren eller till följd av trafikskador samt icke arbetsrelaterade sjukdomar är exempel på detta. Belastnings- och förslitningsskador, bullerskador eller skador av kemiska ämnen eller produkter, eksem o. d., kan dock oftast relateras till förhållanden i arbetslivet.

Genom informationssystemet om arbetsskador (ISA) tas ett omfattande statistikunderlag fram i syfte att ge underlag för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. ISA innehåller uppgifter om arbetsolyckor, arbetssjukdomar samt färdolycksfall som arbetsgivaren anmält till försäkringskassan.

Under år 1982 har preliminärt 134 753 arbetsskador anmälts. Dessa fördelar sig enligt följande:

* Antal arbetsolycksfall	104 658
* Antal arbetssjukdomar	15 881
* Antal färdolycksfall	14 214
Summa	134 753

Av antalet anmälda ej utredda arbetsolycksfall samt utredda och godkända arbetssjukdomar medför ca 60% en sjukskrivning på mer än sju dagar. 49% av arbetssjukdomarna utgörs av belastningsskador.

Kommittén konstaterar vidare att förtidspensioneringen har fortsatt att öka. Antalet tillkommande förtidspensionärer var år 1983 ca 20 000. Av dessa pensionerades ca 4 000 på arbetsmarknadsmässiga grunder.

Samverkanskommittén har studerat vilka partsorgan och andra grupper på arbetsställena som kommer i kontakt med arbetsmiljö- och arbetsan-

passningsfrågor. En del av dessa organ och verksamheter är lagstadgade, andra regleras såväl i lag som avtal. Slutligen finns organ som enbart tillkommit genom avtal mellan arbetsmarknadens parter centralt och/eller lokalt.

De som på arbetsstället arbetar med frågor om arbetsmiljö – arbetsanpassning, är förutom linjeorganisationen dels de i den lokala skyddsverksamheten verksamma (skyddsombud, skyddskommitté), dels företagshälsovården och dels anpassningsgruppen. Vidare kan det, med stöd av lag och avtal på medbestämmandeområdet finnas personalpolitiska grupper, rekryteringsgrupper, utbildningsgrupper, samrådsgrupper etc.

Arbetsmarknadspolitiska stöd till arbetshandikappade

Arbetsmarknadspolitiken och arbetsförmedlingens verksamhet syftar bl. a. till att förbättra arbetshandikappades möjligheter på arbetsmarknaden.

Arbetsmarknadsinstitutens verksamhet är inriktad på rehabilitering och vägledning för enskilda sökande. De skall arbeta såväl med den arbetssökande som med deras arbetssituation. En individuell probleminventering och planering skall ligga till grund för vägleddnings- och rehabiliteringsarbetet. En av de angelägnaste uppgifterna är att ge deltagarna möjlighet att pröva sig fram genom en väl planerad prövning/träning och yrkesorientering. Detta sker i stor utsträckning på arbetsplatser på den reguljära arbetsmarknaden, genom s. k. pryo i reell miljö.

Arbetsmarknadsutbildning kan främst beviljas den som är arbetslös eller löper allvarlig risk att bli det.

Till kostnader för inköp och installation av *särskilda anordningar på arbetsplatsen* kan bidrag beviljas arbetsgivare, som anställer handikappad, eller om särskilda skäl föreligger också om det gäller en anställd som blivit handikappad.

Den som har nedsatt arbetsförmåga kan behöva ha tillgång till *arbetstekniska hjälpmedel* för att kunna utföra ett arbete.

När en arbetsgivare måste tillhandahålla mer personlig assistans än vad som kan anses normalt för arbetsuppgifterna för en synskadad eller annan svårt handikappad arbetstagare kan bidrag lämnas för *arbetsbiträde*.

En arbetsgivare kan också få *lönebidrag* om han anställer arbetshandikappade som inte kan få anställning på den reguljära arbetsmarknaden. Lönebidraget lämnas med viss andel av kostnaderna för lön och lönebikostnader.

Lokalt arbetsmiljöarbete, företagshälsovård och anpassningsverksamhet

Inom flertalet avtalsområden bedrivs det lokala skyddsarbetet på arbetsstället av arbetsgivare, skyddsombud, huvudskyddsombud, skyddskommitté samt i förekommande fall regionala skyddsombud och företagshälsovårdens representanter. Ramarna för den lokala skyddsverksamhe-

ten anges i arbetsmiljölagen (1977: 1160) (AML) och arbetsmiljöförordningen (1977: 1166). Därutöver berör till viss del lagen (1976: 580) om medbestämmande i arbetslivet (MBL) och förtroendemannalagen (1974: 358) förhållanden i den lokala skyddsverksamheten.

I avtal mellan arbetsmarknadens parter finns också regler som kompletterar lagstiftningen.

Arbetsmiljölagen föreskriver, i 3 kap. 1 §, att arbetsgivare och arbetstagare skall samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö och att de har ett gemensamt ansvar för att en skyddsverksamhet organiseras.

Skyddsombud skall utses på alla arbetsställen med minst fem anställda (6 kap. 2 § AML), men kan även utses på annat arbetsställe om det påkallas av arbetsförhållandena. Enligt arbetsmiljölagen är skyddsombudet representant för arbetstagarna vid arbetsstället. Han eller hon är således en facklig förtroendeman för de anställda i arbetsmiljöfrågor. Skyddsombudet skall delta i planering av nya och ändrade arbetslokaler, anordningar, arbetsprocesser och arbetsmetoder. Detsamma gäller när man planerar att använda ämnen som kan föranleda ohälsa och olycksfall. I det dagliga arbetsmiljöarbetet är dock huvuduppgiften att verka för att tillfredsställande skyddsförhållanden uppnås på arbetsstället. År 1983 fanns det ca 97 000 skyddsombud.

Finns det mer än ett skyddsombud på arbetsstället skall ett av dessa utses till *huvudskyddsombud*. Huvudskyddsombudet har till uppgift att samordna skyddsombudens verksamhet och att företräda dem exempelvis i sådana frågor som berör mer än ett skyddsområde. År 1983 fanns det ca 11 000 huvudskyddsombud.

Regionalt skyddsombud kan utses av facklig organisation efter tillstånd av yrkesinspektionen. Regionalt skyddsombud kan endast tillsättas om det saknas skyddskommitté på arbetsstället och om förhållandena är sådana att det av yrkesinspektionen bedöms som påkallat att regionalt skyddsombud utses. Det regionala skyddsombudet har samma uppgifter och ställning gentemot arbetsgivaren som övriga skyddsombud. År 1983 fanns ca 1 400 regionala skyddsombud.

Vid arbetsställe där minst 50 arbetstagare sysselsätts skall det finnas *skyddskommitté*. Denna skall vara sammansatt av företrädare för arbetsgivare och arbetstagare. I arbetsmiljölagen anges dock att skyddskommitté också kan inrättas vid arbetsställe som har färre än 50 anställda. Detta kan ske när parterna är ense om detta eller om arbetstagarna begär det. Detta stadgande ger arbetstagarparten en möjlighet att även på de mindre arbetsställena få en sådan lagreglerad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, som samverkanskommittén föreslår.

År 1983 var skyddskommitté inrättad vid ca 18 500 arbetsställen.

Skyddskommittén skall planera och övervaka skyddsarbetet på arbetsstället (6 kap. 9 § AML). Den skall vidare följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande

skyddsförhållanden. Vidare skall skyddskommittén behandla planering och inriktning av företagshälsovården. Vid planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser och arbetsmetoder skall skyddskommittén medverka liksom vid planering av användning av ämnen som kan förorsaka ohälsa eller olycksfall.

Företagshälsovården är en del av den lokala skyddsverksamheten. Enligt samverkanskommitténs undersökningar torde en betydande del av landets arbetstagare ha tillgång till någon form av företagshälsovård.

Företagshälsovården är i huvudsak en rådgivande expertfunktion till den lokala skyddsverksamheten. Företagshälsovården har traditionellt indelats i en medicinsk och en teknisk del. På senare år har inom företagshälsovården ytterligare uppmärksamhet ägnats åt dess psykiska och sociala delar. Företagshälsovårdens verksamhet kan också delas in i förebyggande verksamhet och sjukvårdande verksamhet. Företagshälsovården skall främst vara inriktad på förebyggande åtgärder t. ex. i samband med planering av nya verksamheter arbetsmetoder, lokaler etc. Vidare skall företagshälsovården kartlägga och spåra samband mellan arbetsmiljö och ohälsa. I det löpande skyddsarbetet på arbetsställena skall bl. a. ingå rådgivning i arbetsmiljö- och skyddsfrågor, utbildnings- och informationsverksamhet, utredningar om arbetsskador och tillbud m. m. Företagshälsovården kan också medverka vid arbetsanpassning och rehabilitering.

För att underlätta inplacering av äldre och arbetshandikappade samt stödja redan anställda som drabbats av handikapp bildades i början av 1970-talet s. k. *anpassningsgrupper*. Verksamheten behandlades i förarbeten till lagen (1974: 13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder.

Anpassningsgruppernas verksamhet bygger på ett samarbete mellan arbetsförmedlingen, de fackliga organisationerna på arbetsstället och arbetsgivaren. Bildandet av anpassningsgrupp är ett uttryck för samtliga parters uppfattning att främjandelagens intentioner bäst kan förverkligas genom ett organiserat samarbete för att stödja de handikappades och äldres ställning på arbetsmarknaden.

Anpassningsgruppernas huvuduppgift är att främja nyanställning av handikappade och äldre. En annan viktig uppgift för grupperna är attitydpåverkan genom information. Anpassningsgrupperna skall försöka skapa en positiv inställning till arbetshandikappade och äldre.

Lagstiftning m. m.

De lagar som berörs i detta kapitel är arbetsmiljölagen, lagen om allmän försäkring (som bl. a. reglerar stödet till företagshälsovården), lagen om anställningsskydd, lagen om vissa anställningsfrämjande åtgärder (främjandelagen), förtroendemannalagen samt medbestämmandelagen.

Arbetsmiljölagen (1977: 1160) avser skydd mot ohälsa och olycksfall i arbetet. Detta är i förhållande till tidigare arbetarskyddslagstiftning en vidgning av arbetsmiljöbegreppet till att omfatta alla slags hälsorisker.

Detta kommer bl. a. till uttryck i *lagens 2 kap.* som handlar om arbetsmiljöns beskaffenhet. I *kapitlets 1 §* sägs bl. a. "Arbetsmiljön skall vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetsförhållandena skall anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende."

Lagen (1962:381) om allmän försäkring reglerar bl. a. samhällets stöd till företagshälsovården. Allmän försäkringskassa kan träffa överenskommelse med arbetsgivare om ersättning, om denne anordnar läkarvård eller vidtar andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsersättning kan antas minska.

Lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) syftar till att ge de anställda ökad anställningstrygghet. Den är med några undantag tillämplig på alla arbetstagare i privat eller allmän tjänst oavsett arbetstid. Lagen är dispositiv och kan på vissa punkter ersättas av kollektivavtal som träffas mellan parterna på arbetsmarknaden. Avtal kan t. ex. träffas om förutsättning för tidsbegränsad anställning, uppsägningstid, lön och andra förmåner under permittering, turordning vid uppsägning och permittering, företrädesrätt till återanställning samt former för varsel och förhandlingar med arbetstagarorganisation inför anställning av någon som inte har företrädesrätt.

Anställningsskyddslagen ger ett särskilt skydd åt äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga samt arbetstagare med lång anställningstid.

Lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder (främjandelagen) syftar till att underlätta för äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga (arbetshandikappade) att behålla ett arbete eller erhålla ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Lagen är ett stöd för arbetsmarknadsverkets verksamhet. I lagen finns bestämmelser om arbetsgivares skyldighet att varsla länsarbetsnämnden vid uppsägning eller permittering. Lagen utgör bl. a. den grund på vilken anpassningsverksamheten har byggts upp, även om anpassningsgrupperna inte nämns i lagen. Enligt lagen är arbetsgivare skyldiga att överlägga med länsarbetsnämnderna om åtgärder för att främja anställning av äldre och handikappade.

Förtroendemannalagen (1974:358) har tillämpning på arbetstagare som av lokal arbetstagarorganisation utses att företräda de anställda i deras förhållande till arbetsgivaren. Syftet med lagen är att tillförsäkra den som har uppdrag som facklig förtroendeman samma anställningsvillkor som om han ej haft det fackliga uppdraget. Lagen är tillämplig på den fackliga organisationens företrädare i såväl skyddskommitté som anpassningsgrupp.

Vissa regler i *lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet (MBL)* kan till en del beröra skyddskommittéernas och anpassningsgruppernas verksamhet. Lagen är en dispositiv ramlag. Den skall tillämpas på alla frågor som rör förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare och lagen gäller för alla arbetsställen oavsett antalet anställda.

Avtal om arbetsmiljö och medbestämmande samt dess anknytning till anpassningsfrågor

Ett komplement till de samverkansregler som anges i 6 kap. arbetsmiljölagen utgör de *arbetsmiljöavtal* som träffats mellan arbetsmarknadens parter. Sådana avtal finns inom de flesta avtalsområden på arbetsmarknaden. Förutom kompletterande regler för den lokala skyddsverksamheten behandlar många avtal även mål, uppgifter och innehåll för företagshälsovårdens arbete. I vissa fall regleras dock företagshälsovården genom separata avtal.

Arbetsmiljöavtal kan träffas såväl på central nivå (mellan huvudorganisationer på ömse sidor) som på lokal nivå (mellan arbetsgivaren och arbetstagarnas lokala organisationer). Även branschavtal kan träffas. Det finns numera centrala arbetsmiljöavtal mellan parterna både inom enskild och offentlig sektor.

Parterna har på samma sätt genom *medbestämmandeavtal* även kompletterat reglerna i medbestämmandelagen.

Forskning – utveckling

Det finns ett flertal samhällsanknutna forskningsorgan som bedriver forskning knuten till arbetsmiljö- och arbetsmarknadsområdet. En betydande del av forskningen är inriktad mot att förbättra arbetsmiljö- och arbetsförhållanden.

Därutöver har arbetsmarknadens parter inom ett flertal branschområden gått samman i särskilda samarbetsorgan – branschkommittéer – inom arbetsmiljöområdet. Dessa organ har till huvuduppgift att på olika sätt främja arbetarskydds- och arbetsmiljöfrågorna inom verksamhetsområdet.

Utbildning

Kunskaper om arbetsmiljön och dess risker är av stor betydelse för arbetstagarna men också för dem som ännu inte inträtt i arbetslivet. Sådana kunskaper behövs om man inte skall utsätta sig eller sina arbetskamrater för onödiga risker. Det kan erinras om att arbetsmiljölagen i vissa delar också gäller för studerande fr. o. m. grundskolans årskurs 7.

De i arbetslivet verksamma utgör en stor och viktig målgrupp vad gäller utbildning i arbetsmiljöfrågor. Sådan utbildning är väsentlig för envar arbetstagare oavsett yrke, befattning, roll etc. man har i arbetslivet. Arbetsgivare och arbetstagare skall samverka för att skapa en bra arbetsmiljö. Vidare skall arbetsgivaren förvissa sig om att arbetstagaren har den utbildning som behövs för att undgå risker i arbetet. För skyddsombudsutbildning har arbetsgivare och arbetstagare ett gemensamt ansvar. I arbetsmiljöavtalen har parterna närmare reglerat hur sådan utbildning skall utformas och genomföras.

Kostnader och kostnadsansvar

I betänkandet redovisas kostnaderna för olika arbetsmarknadspolitiska stöd, arbetsskador, pensionskostnader m. m. samt arbetsgivarnas kostnader inom arbetsmiljö- och arbetsanpassningsområdet.

Samverkan arbetsmiljö och arbetsanpassning

En grundläggande föreskrift i arbetsmiljölagen finns i dess 2 kap. 1 §. Där stadgas att arbetsförhållandena skall anpassas till människans förutsättningar i såväl fysiskt som psykiskt avseende. Avsikten med bestämmelsen är att underlätta strävandena att uppnå en arbetsmarknad med stor variation på arbetsuppgifter där var och en kan erbjudas sysselsättning efter sina fysiska och psykiska förutsättningar. Detta kommer även till uttryck i arbetsmiljölagens 3 kap. 3 §. Där anges en inriktning som får anses ha betydelse vad gäller främjandet av sysselsättning för människor med arbetshandikapp. "Det åligger arbetsgivare att taga hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika".

Således innebär detta att arbetsförhållanden i så stor utsträckning som möjligt skall planeras så att alla människor som önskar förvärvsarbeta skall ha en rimlig förutsättning att få en anställning på den reguljära arbetsmarknaden.

Samverkanskommittén har också konstaterat att arbetsmarknadens parter i olika uttalanden och programskrifter värnar om möjligheten för äldre och arbetshandikappade att få eller behålla ett arbete.

Arbetsanpassning och rehabilitering i några andra länder

Under denna rubrik beskrivs främst det system som finns i Norge med s. k. bedriftsintern attføring dvs. yrkesinriktad rehabilitering på arbetsstället. Liknande verksamhet förekommer i viss mån även i Finland.

Överväganden och förslag

Samverkanskommittén fastslår att ansvaret för att anpassningsåtgärder vidtas för de anställda åvilar arbetsgivaren. Det praktiska arbetet med detta utförs vanligen inom linjeorganisationen.

När behovet av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsinsatser är mer omfattande behövs därför, enligt kommitténs mening, ett partssammansatt stödorgan för linjeorganisationen, som samordnar dessa insatser. Ibland får detta organ också direkt rehabiliterande uppgifter.

När samverkanskommittén har övervägt olika möjligheter att knyta an anpassningsarbetet till existerande samverkansgrupper på arbetsställena har kommittén funnit att skyddskommittéerna, på de arbetsställen där de finns, har en väl etablerad ställning och att dess verksamhet vanligtvis präglas av en betydande samförståndsanda mellan parterna.

Samverkanskommittén föreslår därför att skyddskommittén ges i uppgift att verka för att en i lämplig form organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet kommer till stånd på arbetsstället.

Denna uppgift bör finnas uttryckt i arbetsmiljölagen. I lagens 6 kap. 9 § föreslås därför följande tillägg: "*skyddskommitté skall vidare verka för att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället*".

Att skyddskommittén ges i uppgift att verka för att en i lämplig form organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället behöver dock inte innebära att kommittén själv svarar för det praktiska arbetet. Detta kan ske genom ett särskilt organ. Ett sådant organ kan enligt samverkanskommittén benämnas anpassningsgrupp. Kommittén framhåller särskilt de fackliga organens rätt att begära att skyddskommitté inrättas även vid små arbetsställen.

För mindre arbetsställen, som ändå kommer att sakna skyddskommitté men som är knutna till en företagshälsovårdscentral, bör centralens företagshälsovårdskommitté, på motsvarande sätt som skyddskommittén i större företag, kunna verka för att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet kommer till stånd. Detta förutsätter dock att parterna reglerar frågan i sina avtal om arbetsmiljö och företagshälsovård.

De regionala skyddsombuden bör i ökad utsträckning kunna fungera som länkar mellan de små arbetsställena och företagshälsovårdscentralernas arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Kommittén förordar ett utökat samarbete mellan samhällets primärvård och företagshälsovården i ärenden som gäller rehabilitering av anställda.

Vidare pekar kommittén på möjligheten av att parterna avtalsvägen söker reglera den enskildes anställningsskydd vid omplaceringar mellan olika arbetsställen som t. ex. är knutna till samma företagshälsovårdscentral.

Vid överläggningar i anpassningsgruppen rörande en enskild arbetstagare skall han/hon alltid beredas möjlighet att delta i överläggningar och ge medgivande till åtgärder som gäller honom/henne själv.

Anpassningsgruppen skall inte enbart arbeta med arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågor som gäller redan anställda. Samverkanskommitténs förslag innebär att de partssammansatta anpassningsgrupperna när så behövs också skall medverka i samband med att arbetshandikappade nyanställs vid arbetsstället.

Anpassningsgrupperna bör samarbeta med arbetsförmedlingen, försäkringskassan, företagshälsovården och andra organ, i rehabiliteringsärenden.

Tystnadsplikten som den är reglerad i 16 § främjandelagen bör kompletteras genom ändring *dels i arbetsmiljölagen, 7 kap. 13 § dels i sekretesslagen, 14 kap. 7 §.*

Förslaget innebär vidare att arbetsförmedlingen och i vissa fall försäkringskassan när så är nödvändigt skall delta i möten med den partssammansatta gruppen.

I samband med att förslaget om reformering av anpassningsverksamheten genomförs bör utbildning anordnas. I likhet med vad som gäller för utbildning av skyddsombud bör ansvaret för sådan utbildning åvila arbetsmarknadens parter. Utbildningens innehåll och omfattning bör vara en fråga för parterna att gemensamt diskutera och besluta om.

När det gäller utbildningens innehåll betonar kommittén särskilt vikten av att innebörden av sekretess och tystnadsplikt tas upp.

Kommittén vill förorda att avsnitt om arbetsanpassning tas in i den utbildning som ges för de i skyddsarbetet verksamma t. ex. i kursmaterialet "Bättre arbetsmiljö – BAM".

Utbildningen bör delvis kunna finansieras genom arbetarskyddsfonden, enligt samma regler som gäller för utbildning av skyddsombud.

Utbildningen, som bör genomföras successivt, bör i inledningsskedet i första hand gälla ledamöter i anpassningsgrupperna, men också andra berörda grupper, t. ex. inom linjeorganisationen, företagshälsovården, yrkesinspektionen, arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

Kommitténs uppfattning är att om anpassningsgrupp eller motsvarande organ finns på den enskildes arbetsställe, bör *denna grupp vid behov kunna kopplas in som remissinstans vid försäkringskassans rehabiliteringsutredning* främst i s. k. 90-dagarsfall, dvs. långa sjukskrivningar. Kommittén föreslår att detta regleras exempelvis i RFV:s kungörelse (RFFS 1979: 1) om rehabiliteringsgrupper m. m. eller på annat lämpligt sätt.

Samverkanskommittén föreslår att arbetstagare som efter en längre tidssjukskrivning önskar rehabilitering skall *kunna behålla sin sjukpenning om han/hon behöver rehabilitering och anpassningsåtgärder på arbetsstället. Sjukpenningen bör kunna utgå under högst ett år.* Arbetsgivaren bör ansvara för att en rehabiliteringsplan läggs upp. Planen bör ha utarbetats av och/eller förordats av företagshälsovården i samverkan med den anställde och anpassningsgruppen (motsvarande). Företagshälsovård och personalpolitiska organ skall spela en aktiv roll för att vederbörande skall kunna gå tillbaka till reguljärt arbete så snart som möjligt.

För att sjukpenning i ökad omfattning skall kunna lämnas i samband med rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen föreslår kommittén att RFV:s tillämpningsföreskrifter ändras, så att rehabilitering i dessa fall jämställs med rehabilitering i reell miljö genom arbetsmarknadsinstituten.

Kommittén anser, att det vore fördelaktigt om landstingens engagemang i hjälpmedelsförsörjning ytterligare utvidgades till att även omfatta arbetshjälpmedel, men bedömer att detta måste utredas ytterligare. Samverkanskommittén förordar därför att frågan om en bättre samordning av hjälpmedelshanteringen blir föremål för fortsatt beredning.

Bilaga 4

Sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (Ds A 1984: 2) Arbetsanpassning

Allmänt

Samverkanskommitténs förslag har i huvudsak tillstyrkts eller lämnats utan erinran av remissinstanserna, bl. a. av *AD*. *RFV* delar kommitténs grundsyn att ansvaret för att anpassningsåtgärder vidtas för de anställda bör åvila arbetsgivaren och att parterna har en viktig roll i rehabiliteringsarbetet. Det är, enligt RFV, viktigt att parterna tillsammans försöker lösa frågor om anpassning och omplacering av t. ex. långtidssjukskrivna. *AMS* anser att kommitténs förslag ligger i linje med styrelsens policy i frågor som rör åtgärder för redan anställda. *HCK* uttrycker sin tillfredsställelse över flera av grunddragen i samverkanskommitténs betänkande.

Stiftelsen Samhällsföretag noterar det personliga och samhällsekonomiska värdet av att en rehabilitering på arbetsstället kan ge tillfälle till tidigt insatta åtgärder. *LO* anser att det i dag finns vissa brister i anpassningsarbetet och att en åtgärd mot dessa kan vara att lägga ansvaret för arbetsanpassning och rehabilitering på skyddskommittén. Detta kan leda till mer förebyggande åtgärder och att attityder i anpassningsfrågor för ett vidare innehåll hos anställda och företagsledning.

SAV tillstyrker att anpassningsverksamheten anknyts till skyddskommittéerna och att detta kommer till uttryck i arbetsmiljölagen (1977: 1160). I övrigt anser SAV att förslagen gäller frågor av partskaraktär, som kan bli föremål för förhandling och avstår av den anledningen från att kommentera dem. *RRV* anser att förslagen har klara förtjänster, men anser sig av principiella skäl inte kunna tillstyrka dem, då de kostnadsmässiga och finansiella aspekterna inte belysts tillräckligt.

Anpassningsverksamhetens förändrade organisation

Samverkanskommittén föreslår att skyddskommittéerna skall ges i uppgift att verka för att en i lämplig form organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet kommer till stånd på arbetsstället. Skyddskommittéerna behöver dock inte själva svara för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten. Samverkanskommittén föreslår att detta kan ske genom ett särskilt organ som förslagsvis kallas anpassningsgrupp. Gruppen, som bör vara partssammansatt, skall vara ett stöd för linjeorganisationen, samordna och organisera anpassningsåtgärderna på arbetsstället.

Flertalet remissinstanser tillstyrker förslaget eller har ingen erinran mot det.

RRV menar att organisationsförändringen bör kunna leda till att risken för utslagning minskar och att möjligheten till anställning för äldre och handikappade ökar. *Arbetarskyddsstyrelsen* finner ett närmare samarbete

mellan skyddskommittéer och anpassningsgrupper eftersträvansvärt och har ingen erinran mot den organisatoriska form som föreslås i betänkandet. *Arbetarskyddsfonden* delar kommitténs uppfattning att rehabiliterings- och anpassningsverksamheten med fördel bör kunna knytas närmare an till det lokala arbetsmiljöarbetet. *Svenska Kommunförbundet* menar att problemen skall angripas på den organisationsnivå där de finns och att skyddskommittéerna främst skall arbeta med de övergripande målen. I likhet med *TCO*, anser Kommunförbundet vidare att enbart organisationsförändringar inte löser problemen. *SACO/SR* framhåller att utredningen är bristfällig vad beträffar behandlingen av psykologiska och sociala arbetsmiljöfaktorer. *KFO* anser att förslaget kan leda till att den nu väl fungerande verksamheten i skyddskommittéerna försämras. Vidare föreslår KFO att benämningen skyddskommitté ersätts av Hälso- och Miljövårdskommitté.

AMS understryker särskilt att anpassningsåtgärder för redan anställda inte får medföra försämringar för de handikappade och äldre som står utanför arbetsmarknaden att få arbete. Även TCO, som i princip är positiv till den föreslagna organisationen med skyddskommitté och anpassningsgrupp, ser en risk för att arbetet för ökad nyrekrytering av äldre och arbetshandikappade minskar. Vidare anser TCO att en omorganisation av anpassningsverksamheten måste ske varligt, så att man tar reda på lokalt fungerande former i anpassningsarbetet.

Arbetsgivarens ansvar

Samverkanskommittén fastslår att ansvaret för att anpassningsåtgärder vidtas för de anställda åvilar arbetsgivaren samt att det praktiska arbetet med detta vanligen utförs i linjeorganisationen.

Flertalet remissinstanser instämmer i detta, bl. a. TCO som också framhåller att arbetsförmedlingens insatser inte får utformas så att arbetsgivarens ansvar urholkas. TCO anser vidare, att det är konsekvent att arbetarskyddsstyrelsen utövar tillsyn över anpassningsarbetet för redan anställda och att styrelsen bör utarbeta föreskrifter om anpassningsarbetet och arbetsgivarens skyldigheter.

SHR, LO och dess underremissinstanser *Statsanställdas Förbund*, *Försäkringsanställdas förbund* och *LO-förbundens Rättsskydd AB* samt *Försäkringskasseförbundet* förordar att arbetsgivarens ansvar för att anpassningsåtgärder kommer till stånd bör komma till uttryck i arbetsmiljölagen. SHR anser att det bör kunna ske genom ett tillägg i lagens avsnitt om allmänna skyldigheter. LO hänvisar till LO-förbundens Rättsskydd AB:s yttrande, som relaterar en AD-dom gällande frågan om en arbetsgivare hade förmått en lastvagnsmekaniker med nedsatt arbetsförmåga att sluta sin anställning, därför att arbetsgivaren hade underlåtit att bereda honom lämpliga arbetsuppgifter. Enligt LO- förbundens Rättsskydd AB visar domen i detta fall att det knappast finns rättsliga möjligheter att framtvinga åtgärder från arbetsgivarens sida, t. ex. att anskaffa tekniska hjälpmedel, annat än i utomordentligt flagranta fall.

Ändring i arbetsmiljölagen

Samverkanskommittén föreslår att skyddskommittéernas ansvar bör komma till uttryck genom tillägg i arbetsmiljölagens 6 kap. 9 §. Tillägget föreslås få följande lydelse:

"Skyddskommitté skall vidare verka för att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället".

Förslaget tillstyrks eller lämnas utan erinran av remissinstanserna, bl. a. RFV, AD, AMS, arbetarskyddsstyrelsen, *SAMN*, SAV, Försäkringskasseförbundet, Samhällsföretag, *Tidningarnas Arbetsgivareförening*, HCK, Kommunförbundet, *Landstingsförbundet* och *SAF*. Kommunförbundet anser dock att lagförslaget bör utformas så att det ger utrymme att inom vida ramar utforma verksamheten. SACO/SR menar att uttrycket "verka för" är en alltför svag anvisning. *DHR* och HCK menar att skyddskommittéerna även bör ansvara för nyrekrytering av handikappade. HCK anser att även ansvaret för rekryteringsfrågorna bör markeras i arbetsmiljölagen. Enligt HCK förutsätter en effektiv tillämpning av främjandelagen att anpassnings- och nyrekryteringsfrågorna behandlas i ett sammanhang. HCK anser vidare att en grundläggande förutsättning för att skyddskommittéerna skall kunna fullgöra dessa uppgifter är att arbetsförmedlingen också fortsättningsvis har en central roll i anpassningsverksamheten.

De mindre arbetsställena

Samverkanskommitténs förslag innebär att skyddskommittéerna skall verka för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs. Enligt arbetsmiljölagen skall skyddskommitté finnas vid arbetsställe, där minst 50 arbetstagare regelbundet sysselsätts. Samverkanskommittén betonar dock att skyddskommitté enligt arbetsmiljölagen också kan inrättas på arbetsställen med färre än 50 anställda, om arbetstagarna begär det.

Flera av remissinstanserna vill dock gå längre än samverkanskommittén. LO och HCK anser att det lagreglerade ansvaret för rehabilitering och arbetsanpassning bör utsträckas även till arbetsställen med färre än 50 anställda. SHR vill ge anpassningsfrågorna en egen paragraf i arbetsmiljölagen, där arbetsgivarens ansvar speciellt betonas och dennes skyldighet att se till att verksamhet kommer i gång, medel anslås m. m. LO föreslår ett ytterligare tillägg i lagen om arbetsgivarens ansvar för att tillse att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet sker i samverkan med arbetstagarna i de fall skyddskommitté inte finns. *Handikappinstitutet* bedömer att en stor del av de svenska arbetsställena sannolikt kommer att lämnas utanför den önskade upprustningen av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten trots de föreslagna kompletteringarna i arbetsmiljölagen. Liknande

synpunkter förs fram av Stiftelsen Samhällsföretag, TCO och SACO/SR som förordar att en ytterligare bearbetning görs av konsekvenserna för de mindre företagen, som saknar skyddskommitté.

Företagshälsovården

Samverkanskommittén föreslår beträffande de mindre arbetsställena, som saknar skyddskommitté, men är knutna till en företagshälsovårdscentral att den partssammansatta företagshälsovårdskommittén skall verka för att samverkan i anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet kommer till stånd inom och mellan de i centralen ingående arbetsställena.

Förslaget tillstyrks av SAF och *SHIO-Familjeföretagen* och lämnas utan erinran av övriga remissinstanser.

RFV poängterar företagshälsovårdens betydelse för rehabilitering, eftersom den har speciella förutsättningar att tidigt i sjukdomsförloppet fånga upp de individer som behöver arbetsrehabilitering. SAF erinrar om att riktlinjer för företagshälsovårdens inriktning och organisation finns i den enskilda sektorns arbetsmiljöavtal. Till företagshälsovårdens uppgifter hör att medverka till anpassning av arbete och arbetsplatser och till analys av enskilda individers arbetsförutsättningar. SAF tillstyrker därför förslaget att företagshälsovårdskommittéerna får ikläda sig skyddskommitténs roll i anpassningsfrågor, men anser också att frågan om ersättning för arbete med anpassningsåtgärder m. m. för dem som arbetsförmedlingen föreslår för anställning skall beaktas, när statens ersättning till företagshälsovården reformeras. TCO anser att anpassningsarbetet vid de små arbetsställena inte har uppmärksammats tillräckligt. Ett aktivt stöd till ett lokalt uppbyggt anpassningsarbete måste utvecklas, eftersom företagshälsovårdens möjligheter till insatser torde vara begränsade om inte aktiviteter och beredskap finns för anpassningsarbete på respektive arbetsställe. SHR anser att de förebyggande uppgifterna för företagshälsovården är viktiga men att de inte får övervärderas, så att anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten kommer på undantag. Inte heller får företagshälsovården bli ett gallringsinstrument vid nyanställningar. SACO/SR konstaterar att många små företag f. n. inte omfattas av företagshälsovård och därför blir utan anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Samverkanskommittén förutsätter vidare att parterna reglerar frågan om företagshälsovårdens medverkan i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten i sina avtal om arbetsmiljö och företagshälsovård.

Detta stöds av LO, övriga remissinstanser har ingen erinran. Med hänvisning till de riktlinjer för företagshälsovården som finns inom enskilda sektorns arbetsmiljöavtal anser dock SAF att en övergripande kompletterande avtalsreglering inte är nödvändig.

Samverkanskommittén föreslår också att företagshälsovårdscentralen bör kunna pröva förutsättningarna för en omplacering till annat arbetsställe som är anslutet till centralen, om en anställd som behöver ompla-

ceras inte kan placeras om på det egna arbetsstället. Enligt kommittén bör parterna avtalsvägen kunna reglera den enskildes anställningstrygghet vid sådana omplaceringar mellan arbetsställen.

SAF anser att företagshälsovårdskommittén kan behöva arbeta fram praktiserbara former för arbetsprövning och omplacering, som beaktar turordningsregler m. m. enligt lagen om anställningsskydd. Detta bör kunna ske trots att kommittén inte kan träffa anställningsbeslut vid de anslutna företagen. TCO finner förslaget om omplacering mellan olika juridiska huvudmän intressant, men behäftat med olika svagheter. Det måste, enligt TCO, vara en grannlaga uppgift att finna former för omplaceringar som är acceptabla, inte motverkar anställningstryggheten och inte heller försvårar för äldre och handikappade att få arbete.

Försäkringskasseförbundet påpekar att de förutsättningar som finns för lokala avtalslösningar i lagen (1982: 80) om anställningsskydd (LAS) måste utnyttjas mer. Tidningarnas arbetsgivareförening framhåller att företagshälsovården inte förfogar över anställningsbeslut och att turordningsreglerna enligt LAS alltid måste beaktas. Med dessa påpekanden kan Tidningarnas arbetsgivareförening tillstyrka förslaget. Däremot anser föreningen inte att kompletterande avtalsreglering är nödvändig. LO kräver ändrad lagstiftning för att säkerställa den rehabiliterades anställningstrygghet vid rehabilitering hos annan arbetsgivare, så att arbetstagaren vid omplacering till annat företag har rätt till ledighet från sin tidigare anställning.

Enligt samverkanskommittén bör de regionala skyddsombuden i ökad utsträckning kunna fungera som länkar mellan de små arbetsställena och företagshälsovårdscentralernas arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Synpunkten stöds av LO medan övriga remissinstanser inte särskilt har kommenterat den.

Samverkanskommittén anser vidare att samarbetet mellan företagshälsovården och primärvården bör utökas.

Denna uppfattning delas bl. a. av SHR, Handikappinstitutet, SACO/SR och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Handikappinstitutet anser att ett ökat samarbete skulle höja kvaliteten på arbetsrehabiliteringen, men institutet saknar idéer i utredningen om hur detta skulle kunna förverkligas. SAMN anser att Statshälsan skall ges tillfälle att lämna synpunkter på den föreslagna ordningen. SACO/SR anser det viktigt att de anställda får tillgång till den kompetens finns inom såväl primärvård och företagshälsovård, eftersom det ofta konstateras att anpassnings- och rehabiliteringsarbetet inte ger önskat resultat, vilket kan förklaras av att sambanden mellan olika faktorer har förbisetts. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter framhåller att rehabiliteringsklinikerna inom hälso- och sjukvård även bör omfattas av det utökade samarbetet. Försäkringsanställdas förbund understryker att sådan samverkan även bör ske med försäkringskassan.

Anpassningsgrupp – organisation och uppgifter

Samverkanskommittén anser att arbetsmarknadens parter skall träffa avtal om anpassningsgruppernas verksamhet.

Förslaget tillstyrks bl.a. av AMS, Svenska kommunförbundet, SACO/SR och LO. AMS framhåller behovet av att det av sådana avtal klart framgår att parterna också aktivt skall verka för nyrekrytering av handikappade och äldre. Arbetarskyddsstyrelsen noterar att förslagen innebär att skyddsorganisationen får ett ökat ansvar för individuella anställdas arbetsanpassning. Vidare tillkommer en uppgift att medverka till ökad rekrytering av handikappade och äldre. Samhällsföretag anser att avtal skall kunna träffas lokalt om viss hantering av anpassningsärenden integrerad i linjeorganisationen. Detta avser sådana företag där medbestämmandeavtal träffats och integrerad förhandling tillämpas. Avtal av detta slag skall, enligt Samhällsföretag dock inte kunna "skriva bort" skyddskommitténs ansvar att verka för en på lämpligt sätt utformad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. SAF anser att, genom att partsorganet ges i uppgift att finna de lämpligaste formerna för anpassningsarbetet ökar möjligheterna att skapa en verksamhet som passar strukturen på varje arbetsställe och tar till vara erfarenheterna från det interna anpassningsarbetet. Enligt SAF ökar därmed också möjligheterna att finna arbetsuppgifter och vidta anpassningsåtgärder även för dem, som är svårplacerade och utan arbete.

Samverkanskommittén påpekar också att anpassningsgruppens sammansättning bör vara sådan att den får en stark ställning på arbetsstället. Arbetsgivaren bör vara företrädd av någon i ansvarig och beslutsfattande ställning. Arbetstagarorganisationen bör företrädas av ledamöter av den lokala fackliga styrelsen. Denna uppfattning delas av SAMN, SACO/SR och LO. SAMN framhåller dock särskilt vikten av att den nödvändiga anknytningen till linjeorganisationen uppehålls.

Samverkanskommittén föreslår vidare att anpassningsgruppen bör anlita experter från linjeorganisationen, personalavdelningen, företagshälsovården, yrkesinspektionen, arbetsförmedlingen, försäkringskassans utredare samt kommunens socialtjänst.

Förslaget tillstyrks av RFV, Försäkringskasseförbundet och HCK. Den sistnämnda remissinstansen understryker särskilt medverkan av företagshälsovården och behovet av samverkan med socialtjänsten.

Samverkanskommittén betonar att den enskilde alltid skall ges möjlighet att delta i anpassningsgruppens överläggningar som berör hans/hennes fall. Bl.a. DHR och HCK understryker kommitténs uppfattning att den berörde alltid skall beredas tillfälle att närvara. Enligt HCK finns i dag exempel på att parterna träffar överenskommelser över huvudet på de berörda, vilket ofta fått till följd att de slagits ut från arbetsplatsen.

Samverkanskommittén ger i betänkandet vissa exempel på uppgifter för anpassningsgrupperna.

- Medverka till arbetsanpassning, rehabilitering, eventuell omplacering av redan anställda. Tillsammans med arbetsförmedlingen medverka till att äldre och personer med arbetshandikapp anställs.
- Attitydpåverkan för att skapa positivare inställning till handikappade och äldre på arbetsstället.
- Inventera arbetsställen, för att få kännedom om lämpliga arbeten för omplacering eller för nyrekrytering av äldre och handikappade.
- Vid vakanser undersöka om arbetsförmedlingen har önskemål om inplacering.
- Avge årlig verksamhetsberättelse till skyddskommittén.

Enligt samverkanskommittén bör arbetsförmedlingen, yrkesinspektionen och eventuellt kommunens socialtjänst kunna fungera som expertorgan i anpassningsgrupperna.

Arbetarskyddsstyrelsen vill markera att myndighetsansvaret för rekrytering av äldre och handikappade ligger kvar hos arbetsmarknadsverket. Yrkesinspektionens förstahandsuppgift måste gälla miljöerna, inte individerna. Inspektionens uppgift är i första hand att tillse att arbetstagarna inte blir handikappade på grund av arbetsförhållandena. Den verksamheten är självklart betydelsefull också för de handikappade som är ute i arbetslivet.

AMS anser att insatser av arbetsmarknadsverket för arbetssökande med olika slag av handikapp även i fortsättningen bör behandlas i anpassningsgruppen. LO stöder de riktlinjer som arbetsmarknadsverket har fastställt för anpassningsgrupperna i samråd med arbetsmarknadens parter. *Svenska kommunalarbetareförbundet* framhåller att anpassningsgrupperna bör ges egen budget för att kunna fullfölja sina åligganden. Arbetsgivaren bör dessutom budgetera medel för att redan anställda skall kunna omplaceras, samt att anpassningsgrupperna även bör samarbeta med eventuella rekryteringsgrupper. Uppgifterna att förbättra arbetsförhållandena för äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga, trygga deras fortsatta anställning och främja nyanställning av sådana arbetstagare ingår, enligt Tidningarnas arbetsgivareförening, i de arbetsledande uppgifterna vid dessa företag. Dessa frågor ingår därför i det löpande arbetsmiljöarbete, som bedrivs i dessa företags skyddskommittéer.

Arbetsförmedlingens roll

Samverkanskommittén föreslår att arbetsförmedlingen alltid skall erhålla kallelse till anpassningsgruppens sammanträden och ha möjlighet att delta i möten med anpassningsgruppen. Förmedlingen skall kunna diskutera inplaceringsärenden som gäller arbetshandikappade sökande hos arbetsförmedlingen eller medverkan av arbetsförmedlingen i ärenden som rör en redan anställd.

Arbetsförmedlingen skall bistå linjeorganisationen och anpassningsgrup-

pen i anpassningsarbetet. Anpassningsgruppen skall tillsammans med linjeorganisationen stödja arbetsförmedlingen genom att vidta anpassningsåtgärder för att underlätta inplacering av äldre och arbetshandikappade. Vidare innebär samverkanskommitténs förslag att arbetsförmedlingens överläggningar med arbetsgivaren enligt främjandelagen sker inom anpassningsgruppen.

Flera av remissinstanserna understryker arbetsförmedlingens betydelse i anpassningsarbetet. AMS, arbetarskyddsfonden, RRV, SAMN, SHR, Försäkringskasseförbundet, DHR och HCK menar att det är viktigt att arbetsförmedlingen kontinuerligt deltar i anpassningsarbetet. SAF bedömer att utredningens förslag innebär en ändring av den formella rollen för arbetsmarknadsverkets funktionärer i anpassningsgrupperna. Enligt SAF torde deras kontaktyta ändock öka och därmed deras möjligheter att finna tänkbara arbetsplaceringar. Tidningarnas arbetsgivareförening anser att den ändrade rollen till mer konsultativ verksamhet ger arbetsförmedlingen bättre möjligheter att medverka i anpassningsarbetet. Handikappinstitutet anser att arbetsförmedlingarnas platsförmedlande roll skulle behöva accentueras, men påpekar särskilt att arbetsförmedlingen i komplicerade fall måste medverka i rehabilitering av redan anställda också i fortsättningen. Arbetarskyddsfonden anser att utredningen på ett ofullständigt sätt belyst arbetsförmedlingens roll. HCK och SAMN framhåller vikten av arbetsförmedlingens medverkan för att nyrekrytering av äldre och handikappade skall kunna ske. SHR anser att arbetsförmedlingen behöver utveckla både rollen som platsförmedlare och rollen i det interna anpassningsarbetet. SACO/SR framhåller att även arbetsmarknadsinstituten bör få större möjlighet att arbeta med rehabiliterande åtgärder på arbetsställena och inte som nu komma in som sista resurs. DHR anser att om anpassningsgruppen inte har lyckats lösa ett ärende skall detta alltid redovisas vid ett sammanträde då representant för arbetsförmedlingen deltar. Försäkringskasseförbundet hänvisar till överenskommelser som träffats om ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsförmedling om arbetsmarknadsmässig rehabilitering av långvarigt sjukskrivna och som bygger på att anpassningsåtgärder för redan anställda främst är en fråga för arbetsgivaren att försöka lösa i samråd med arbetstagarorganisationen. Förbundet anser dock att det vore till men för rehabiliteringsverksamheten som ansvarsgränserna hårdras så att arbetsförmedlingen helt kopplas bort från anpassningsåtgärderna för redan anställda, speciellt i de fall då omplacering till annat företag vore önskvärd. RRV och LO bedömer att behovet av arbetsförmedlare i framtiden kommer att öka eftersom anpassningsgrupperna kommer att bli fler. LO kräver också ökade förmedlingsinsatser av den anledningen att de framgent räknar med nya växande grupper av arbetshandikappade på arbetsmarknaden.

Kamratstödjande verksamhet

Samverkanskommittén framhåller vikten av den kamratstödjande verksamheten, samt menar att dess utformning bör parterna på arbetsstället komma överens om. Remissinstanserna har inga erinringar mot detta.

Tystnadsplikt – sekretess

För att sekretess och tystnadsplikt skall gälla i anpassningsgrupperna föreslår samverkanskommittén vissa tillägg i arbetsmiljölagen och sekretesslagen (1980: 100).

Förslagen tillstyrks eller lämnas utan erinran av arbetarskyddsstyrelsen, Samhällsföretag, Svenska Kommunförbundet, SAF, SHIO-Familjeföretagen, TCO, SACO/SR, Tidningarnas arbetsgivareförening och KFO. SHIO-Familjeföretagen påpekar dock att arbetsgivaren bör ges rätt till information från försäkringskassan om en anställd är sjukskriven samt orsaken till sjukskrivningen. För att säkerställa detta behövs enligt SHIO-Familjeföretagen en ändring i sekretesslagen 7 kap. 7 § eller i lagen om allmän försäkring. Kommunförbundet anser att kommitténs förslag bör leda till ett tillfredsställande sekretesskydd för de berörda personerna, men betonar att sekretessbestämmelserna bör utformas så att de inte hindrar ett rationellt arbete med anpassningsfrågorna.

Utbildning

Samverkanskommittén föreslår att utbildning anordnas i samband med att förslaget om en reformering av anpassningsverksamheten genomförs. Flertalet remissinstanser stöder förslaget. Endast RRV avstyrker med hänvisning till att finansieringen är oklar.

Utbildningens innehåll och omfattning bör vara en fråga för parterna att gemensamt diskutera och besluta om, enligt samverkanskommittén.

LO anser att arbetsmarknadsverket bör ha ansvar för en regional trepartsutbildning kring främjandelagen och övriga arbetsmarknadspolitiska medel. Försäkringskasseförbundet menar att även försäkringskassan på det lokala planet bör ges möjlighet att påverka utbildningsmaterialet.

Samverkanskommittén anser att utbildningen delvis bör kunna finansieras genom arbetarskyddsfonden, enligt samma regler som gäller för utbildning av skyddsombud. Arbetarskyddsfonden framhåller att de f. n. inte kan avgöra huruvida kostnaderna kan inrymmas inom fondens nuvarande ekonomiska ramar, utan att andra verksamheter drabbas av nedskärningar. Kompletterande utbildning av skyddskommitteledamöter i anpassningsfrågor i anslutning till redan etablerad utbildning av typ "Bättre arbetsmiljö – BAM" torde inte behöva innebära några större problem från kostnadssynpunkt. Särskild utbildning för samtliga deltagare i anpassningsgrupper och andra berörda personalgrupper leder naturligtvis till helt andra kostnader och kan knappast ske inom ramen för tillgängliga medel.

Arbetarskyddsfonden vill därför återkomma med mera detaljerade synpunkter då utbildningens omfattning kan anges. SACO/SR förutsätter att utbildningen helt skall finansieras via arbetarskyddsfonden, medan TCO anser att utbildningen i stället bör finansieras av särskilt avsatta medel. Samhällsföretag och TCO menar vidare att det är en brist i utredningen att inga beräkningar av utbildningskostnaderna har gjorts.

Samverkanskommittén föreslår att utbildningen genomförs successivt. I inledningsskedet bör i första hand ledamöter i anpassningsgrupperna omfattas av utbildningen, men också andra berörda grupper t. ex. inom linjeorganisationen, företagshälsovården, yrkesinspektionen, arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

LO stöder kommitténs förslag om utbildning och finner det nödvändigt att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågorna vävs in i skyddsombudsutbildning och övrig personalutbildning och efter hand breddas till alla grupper på arbetsstället. Samtidigt betonar LO arbetsmarknadsverkets ansvar för att kunskaper om främjandelagen och övriga arbetsmarknadspolitiska instrument förs ut.

Landstingsförbundet framhåller att utbildningsinsatserna enbart bör omfatta nya ledamöter i anpassningsgrupperna, eftersom det inom landstinget redan pågår en kontinuerlig utbildning för ledamöter. SAF erinrar om att parterna inom enskilda sektorn i sitt gemensamma organ Arbetarskyddsnämnden redan har beslutat att sådant kunskapsstoff skall integreras i grundutbildningen i arbetsmiljö.

SACO/SR framhåller att även ledamöterna i skyddskommittéerna bör få utbildning och de som genomgår grundläggande företagshälsovårdsutbildning. SHR och Samhällsföretag menar att utbildningsinsatser bör ges till alla anställda som ett led i att förbättra arbetsmiljön och skapa beredskap för att bedriva rehabilitering på arbetsstället. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter vill att också arbetsterapeuter skall omfattas av de kommande utbildningsinsatserna.

Försäkringskassans roll

Samverkanskommittén understryker vikten av att försäkringskassans utredare – efter samråd med den berörde – tar kontakt med dennes arbetsställe i rehabiliteringsärenden. Vidare föreslår kommittén att anpassningsgruppen vid behov skall kunna kopplas in som remissinstans vid försäkringskassans rehabiliteringsutredningar. Detta bör regleras exempelvis i RFV:s kungörelse (RFFS 1979: 1) om rehabiliteringsgrupper m. m.

RFV framhåller att försäkringskassornas erfarenheter av rehabiliteringsarbetet tämligen tydligt visar att förutsättningarna för ett positivt resultat är störst, om den arbetshandikappade kan fortsätta att arbeta hos den arbetsgivare hos vilken han är anställd. Försäkringskasseförbundet finner kommitténs tankegångar vara helt i linje med kassornas strävanden att knyta kontakter med arbetsgivarparten i syfte att återföra den försäkrade i

arbete på i första hand den egna arbetsplatsen. Förbundet anser dock att anpassningsgruppens skyldighet att i rimlig tid svara kassan och ge synpunkter på möjligheterna till omplacering etc. bör regleras.

Försäkringsanställdas Förbund tillstyrker att anpassningsgrupperna kopplas in som remissinstanser i rehabiliteringsärenden.

Samverkanskommittén anser vidare att försäkringskassan bör kunna kallas till möte med anpassningsgruppen, när en anställd behöver anpassningsåtgärder efter sjukskrivning.

Ingen av remissinstanserna har något att invända mot detta. DHR anser att en representant för försäkringskassan alltid skall närvara då anpassningsgruppen redovisar ett ärende som de inte har lyckats lösa.

Samverkanskommittén föreslår att alla anmälningar om arbetsskador som bedöms kunna innebära ett kommande rehabiliteringsbehov bör i kopia ges till anpassningsgruppen för kännedom. Anpassningsgruppen och linjeorganisationen bör sedan bevaka den anställdes situation.

Försäkringskasseförbundet anser att ett sådant överlämnande är relativt enkelt att administrera och att det bör prövas. Förslaget tillstyrks också av bl. a. Försäkringsanställdas Förbund.

Sjukpenning vid rehabilitering

Samverkanskommittén föreslår att RFV:s tillämpningsbestämmelser ändras så att rehabilitering på det egna arbetsstället jämställs med rehabilitering i reell miljö genom arbetsmarknadsinstitut. En arbetstagare som varit sjukskriven en längre period bör kunna få rehabilitering på det egna arbetsstället med ersättning från försäkringskassan. Ersättningen bör kunna utgå under högst ett år.

Förslaget tillstyrks av AMS, SHR, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, SAF, SHIO-Familjeföretagen, Tidningarnas arbetsgivareförening, TCO, LO, HCK och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. RRV förordar att en försöksverksamhet bör föregå ett slutligt ställningstagande. RFV konstaterar att förslaget är intressant, men bör bli föremål för ytterligare överväganden, eftersom förslagets ekonomiska konsekvenser inte har utretts. Vidare konstaterar RFV att försäkringsskyddet vid träning i reell miljö f. n. i olika avseenden är otillräckligt. Det gäller dels personskadeskyddet vid arbetsresor, dels arbetsgivarens försäkringsskydd avseende maskinskada m. m. Motsvarande luckor i försäkringsskyddet finns inte om träningen sker genom ett arbetsmarknadsinstitut. Försäkringskasseförbundet framhåller att sjukpenning enligt 3 kap. 8 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring numera tillämpas i allt större omfattning vid träning i reell miljö på arbetsplatsen och med goda resultat. Kommitténs förslag innebär således inget nytt. Vidare anser förbundet att tiden för sjukpenning vid rehabilitering i reell miljö inte bör begränsas till ett år. Frågan om sjukpenningrätt vid rehabilitering bör enligt Försäkringskasseförbundet ses i ett vidare perspektiv, där man också överväger bl. a. frågor om rehabiliteringsarbe-

tets målsättning, möjligheterna till successiv nedtrappning av sjukpenningen, möjligheterna för kassorna att också utge stöd till arbetsplatsanpassning m. m. LO anser att stödet även skall gälla om rehabiliteringen sker utanför det egna arbetsstället inom ramen för företagssamverkan som är sanktionerad av parterna. För att bevara den rehabiliterades anställningstrygghet vid sådan rehabilitering hos en annan arbetsgivare bör lagstiftningen kompletteras med en regel som ger rätt till ledighet från den tidigare anställningen vid omplacering till annat företag i samband med rehabilitering. KFO menar att rehabilitering på arbetsplatsen även bör kunna ske utan att vederbörande är sjukskriven. SHR poängterar att det under rehabiliteringsperioden hela tiden måste finnas ett samarbete mellan arbetsstället, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. DHR förordnar att rehabiliteringslön utgår vid rehabilitering på arbetsstället. Samhällsföretag har inga invändningar i sak, men beklagar att samverkanskommittén och handikappkommittén inte kunnat samordna sina förslag om sjukpenning resp. introduktionsstöd.

Arbetstekniska hjäpmedel

Samverkanskommittén förordar att landstingens engagemang i hjälpmedelsförsörjningen ytterligare utvidgas till att även omfatta arbetshjälpmedel, men att frågan först bör bli föremål för fortsatt beredning.

Förslaget om fortsatt utredning tillstyrks av AMS, arbetarskyddsfonden, Handikappinstitutet, Samhällsföretag, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, TCO, HCK, KFO och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter medan övriga remissinstanser lämnar det utan erinran. Försäkringskasseförbundet anser att ersättning för kostnader i samband med handikapp bör inordnas inom den allmänna försäkringen inom ett samordnat handikappstöd. De framhåller vidare att det är angeläget att knyta huvudmannaskapet för arbetstekniska hjälpmedel så nära rehabiliteringen och arbetsanpassningen som möjligt. Vidare anser Försäkringskasseförbundet att kassorna redan nu bör ges möjlighet att använda socialförsäkringsmedel till arbetshjälpmedel och arbetsanpassning i samband med att sjukpenning ges vid rehabilitering på den egna arbetsplatsen. TCO menar att en utredning bör innefatta handikappkommitténs arbete samt förslag som framförs i dataeffektutredningen om arbetstekniska hjälpmedel. SHR och Handikappinstitutet anser att bidragsgränserna för arbetstekniska hjälpmedel och särskilda anordningar bör slopas. Arbetarskyddsfonden påpekar att det organ som finansierar arbetshjälpmedel bör medverka till informationsspridning om anpassningsfrågorna. Kommunförbundet anser att anskaffningstiden för arbetstekniska hjälpmedel behöver förkortas. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter påtalar att det f. n. finns ett samarbete mellan de flesta landsting och länsarbetsnämnder beträffande expertmedverkan och inköp av hjälpmedel till arbetsställen. Vidare utgör primärvårdens personal, främst distriktsarbetsterapeuten en viktig resurs. Inköp av

arbetshjälpmedel bör inte ske efter företagshälsovårdens rekommendationer, eftersom dessa oftast saknar erforderliga kunskaper. I stället bör den kunskap som finns inom landstingens hjälpmedelscentraler tas till vara, framhåller förbundet.

Bilaga 5

Sammanfattning av betänkandet (Ds A 1984: 1) Nytt ersättningssystem för företagshälsovården

Bakgrund

När reglerna för ersättningen till företagshälsovården ursprungligen lades fast var samhällets resurser för hälso- och sjukvård relativt begränsade. Den sjukvård som arbetsgivarna kunde erbjuda sina anställda betraktades därför som ett komplement till samhällets sjukvård. Ersättningsreglerna utformades med hänsyn till detta.

Under de nära 30 år som gått sedan ersättningssystemet infördes har emellertid samhällets resurser för hälso- och sjukvård byggts ut avsevärt. Utbyggnaden innebär att det i dag finns helt andra möjligheter att täcka behoven av sjukvård än det fanns när ersättningssystemet infördes.

Över tiden har också företagshälsovården byggts ut och verksamhetsfältet har breddats. Det är främst de förebyggande delarna av företagshälsovårdens verksamhet som har utvecklats. Sjukvården intar emellertid fortfarande i många fall en dominerande ställning inom företagshälsovården. Detta kan delvis förklaras av att reglerna för ersättningen i stort sett behållits oförändrade sedan ersättningssystemet infördes.

Nuvarande regler

De nuvarande reglerna för ersättningen innebär att förtagshälsovården kan få högst hälften av nettokostnaderna för läkarvård eller annan sjukvård ersatta från sjukförsäkringen.

Vidtar företagshälsovården också åtgärder som är av hälsovårdande natur ersätts högst hälften av de sammanlagda nettokostnaderna för sjuk- och hälsovård, förutsatt att minst hälften av kostnaderna är att hänföra till sjukvårdande åtgärder.

Någon ersättning för tekniskt förebyggande åtgärder lämnas inte.

Överväganden och förslag

En allmän utgångspunkt för utformningen av ett nytt ersättningssystem är att förebyggande arbetsmiljöåtgärder bidrar till att minska antalet arbetsskador. Därigenom avlastas samhället framtida kostnader för sjukvård, förtidspensioneringar etc.

Ersättningssystemet bör därför syfta till att stimulera de förebyggande insatserna inom företagshälsovården. Detta skulle sannolikt bli följden om ersättningens koppling till kostnader för sjukvårdande åtgärder bryts och ersättningen i stället beräknas efter antalet personer som omfattas av företagshälsovården.

I dag har fler än hälften av landets sysselsatta tillgång till företagshälsovård. Täckningsgraden varierar dock med storleken på företagen. Framför

allt är det sysselsatta i mindre företag som saknar företagshälsovård. Arbetsgruppen har därför utgått från att ett nytt ersättningssystem bör stimulera anslutningen av små företag till företagshälsovården.

Nya regler

Arbetsgruppen har funnit att om reglerna i ett nytt ersättningssystem utformas kring tre komponenter: grundersättning, småföretagstillägg och nyanslutningstillägg bör såväl den förebyggande verksamheten som anslutningen av småföretag kunna stimuleras.

Principen bör vara att ersättningen alltid utgår till den som anordnar företagshälsovården. Det innebär att ersättningen utgår till företaget vid inbyggd företagshälsovård och till företagshälsovårdscentralen (motsv.) vid annan typ av företagshälsovård. Ersättningsbeloppen bör grundas på det genomsnittliga antalet sysselsatta under ett år.

Arbetsgruppen föreslår att den nu gällande begränsningen att endast anställda får utgöra underlag för beräkning av ersättningen bör slopas. Detta innebär att också egen- och ensamföretagare m. fl. föreslås omfattas av det nya ersättningssystemet. För att en person skall få ingå i underlaget för beräkning av ersättningens storlek har arbetsgruppen föreslagit krav på dels en genomsnittlig minimiarbetstid om 15 timmar per vecka, dels att samma årsavgift skall ha erlagts för honom som för heltidsanställda. När det gäller företag med inbyggd företagshälsovård kan det senare kravet inte gälla. Arbetsgruppen föreslår därför att de nämnda kraven skall kompletteras med ett krav på att personen skall ha sin huvudsakliga sysselsättning antingen i det företag som erlägger årsavgiften till företagshälsovården eller i det företag där den inbyggda företagshälsovårdsenheten finns.

Grundersättningen skall utgöra basen för ersättningssystemet. Den skall utgå för samtliga som omfattas av företagshälsovården och som uppfyller de angivna kraven om en viss minimiarbetstid (15 tim.) per vecka m. m. Med hänsyn till att grundersättningen är den enda ersättning som kommer att utgå för samtliga personer i beräkningsunderlaget anser arbetsgruppen att grundersättningsbeloppet bör sättas relativt högt.

Småföretagstillägget bör, enligt arbetsgruppens förslag, utgå för upp till 50 arbetstagare i varje företag oberoende av företagets storlek. Stimulansen för de mindre företagen uppnås genom att dessa relativt sett gynnas mer än större företag. Småföretagstillägget bör utgå även för företag som redan är anslutna till företagshälsovården. Det belopp som skall utgå bör vara hälften så stort som grundersättningsbeloppet.

Arbetsgruppen menar att småföretagstillägget skall beräknas med utgångspunkt i det antal personer som ett företag ansluter till en företagshälsovårdsenhet. Detta oavsett om företagets verksamhet är uppdelad på flera arbetsställen eller inte. Har däremot ett företag anslutit sina arbetsställen till olika företagshälsovårdsenheter, vilket kan vara fallet t. ex. när ett företag har verksamhet på flera orter, beräknas småföretagstillägget

med utgångspunkt i det antal personer som är anslutna till resp. företagshälsovårdsenhet.

För offentliga organ bör samma princip tillämpas. Stat, kommun och landsting bör således var och en betraktas som ett företag vid anslutning av personal från olika förvaltningar till en viss företagshälsovårdsenhet.

Med hänsyn till Bygghälsans speciella organisation föreslår arbetsgruppen att småföretagstillägget till hälsan begränsas.

Nyanslutningstillägget bör, enligt arbetsgruppen, utgå för samtliga företag eller arbetsställen som för första gången ansluts till företagshälsovården. Tillägget föreslås utgöra ett belopp som motsvarar hälften av summan av grundersättning och småföretagstillägg för det nytillträdande företaget. Arbetsgruppen anser det skäligt att tillägget får utgå under de två första åren ett företag är anslutet till företagshälsovården. Vid personalförändringar, som medför ökning av beräkningsunderlaget efter denna tid, utgår endast grundersättning och eventuellt småföretagstillägg.

Nyanslutningstillägget skall utgöra ett bidrag till företagshälsovården för de extra kostnader som initialt uppkommer i samband med att en fungerande företagshälsovård byggs upp vid en arbetsplats. När ett företag som är anslutet till företagshälsovården ombildas, byter juridisk form eller ägare menar arbetsgruppen att detta i de flesta fall inte medför några kostnadskrävande konsekvenser för företagshälsovårdens löpande verksamhet. Arbetsgruppen föreslår därför att nyanslutningstillägg endast bör utgå vid det tillfälle ett företag för första gången ansluts till företagshälsovården.

Anslutningen till Bygghälsan förutsätter inget särskilt initiativ från arbetsgivarna. Hos Bygghälsans enheter uppkommer inte heller några direkta nyanslutningskostnader. Bygghälsan bör därför, enligt arbetsgruppens mening, undantas från nyanslutningstillägget.

Kompensation för framtida kostnadsökningar

Arbetsgruppen har tolkat sina direktiv så att vid en tillämpning av det nya ersättningssystemet får samhällets kostnader inte bli högre än de skulle ha blivit om ingen systemförändring genomförts.

Förslaget utgår från att samhällets totala ersättning till företagshälsovården i reala termer skall förbli oförändrad i samband med omläggningen av ersättningssystemet.

Arbetsgruppen utgår vidare från att ett eventuellt initialt ökat behov av reguljär sjukvård från primärvårdens sida på sikt mer än väl uppvägs av bl.a. det totalt sett minskade sjukvårdsbehovet som följer av de ökade förebyggande insatserna inom företagshälsovården. Vissa gränsdragningsfrågor mellan företagshälsovårdens sjukvård och den offentliga hälso- och sjukvården har diskuterats.

Villkor för ersättningen

De villkor som skall uppfyllas av de företagshälsovårdsenheter som skall erhålla ersättning från samhället bör härledas ur de kriterier som parterna på arbetsmarknaden i 1976 års företagshälsovårdsutredning har framhållit bör gälla för den framtida företagshälsovården. Bland kriterierna kan nämnas att företagshälsovården huvudsakligen skall verka förebyggande, att den skall utgöra en opartisk rådgivande expertfunktion samt att den skall bygga på partssamverkan.

Även vissa mer specifika krav bör uppfyllas av företagshälsovården. Den närmare utformningen av kraven bör överlåtas till arbetarskyddsstyrelsen i samråd med arbetsmarknadens parter.

Prövning av att företagshälsovården uppfyller statsbidragskraven bör utföras av de partssammansatta regionala yrkesinspektionsnämnderna. Sådan bedömning bör göras vart tredje år.

Administrativa förenklingar

Det föreslagna ersättningssystemet gör det möjligt att väsentligt förenkla administrationen. Företagshälsovårdsenheterna kommer inte längre att behöva lämna någon ekonomisk redovisning vare sig för medicinsk eller annan verksamhet. I stället skall enheterna årligen redovisa uppgifter om antalet sysselsatta som de betjänar. Minst vart tredje år skall enheterna också för kvalitetsgodkännande lämna en redogörelse över sin verksamhet och sina resurser.

Försäkringskassornas uppgifter kommer att inskränkas till granskning av de uppgifter och beräkningar företagshälsovårdsenheterna lämnat i samband med ansökan om ersättning. Kassorna bör också i fortsättningen ha uppgiften att betala ut ersättningen.

Finansiering

Som alternativ till sjukförsäkringen som finansieringskälla för ersättningen har arbetsgruppen övervägt såväl ökad finansiering över statsbudgeten som en finansiering genom arbetarskyddsavgiften. Arbetsgruppen tar inte ställning i finansieringsfrågan. Några hinder mot en fortsatt finansiering från sjukförsäkringen har arbetsgruppen emellertid inte funnit.

Patientavgifter

Det bör ankomma på varje företagshälsovårdsenhet att besluta om patientavgifter skall tas ut eller inte. När det gäller vård av arbetsskador anser arbetsgruppen emellertid att patientavgifter inte bör tas ut. Influtna patientavgifter bör inte påverka storleken på ersättningen från samhället.

Genomförande

Det är angeläget att modernare regler för ersättningen kan börja gälla så snart det är möjligt. Tidigast möjliga tidpunkt för ikraftträdande bedöms vara den 1 januari 1986.

För att undvika en uppbromsning av utbyggnaden i avvaktan på nya ersättningsregler föreslås att nyanslutningstillägget får beräknas redan fr. o. m. 1 juli 1984.

Bilaga 6

Sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (Ds A 1984: 1) Nytt ersättningssystem för företagshälsovården

1 Allmänt

Arbetsgruppens förslag har i allt väsentligt tillstyrkts av remissinstanserna. Fler av dem, t. ex. *socialstyrelsen*, *arbetarskyddsstyrelsen*, *Stiftelsen Statshälsan*, *Svenska kommunförbundet* samt sju landsting menar att förslaget medför en större flexibilitet för verksamheten och en klar förbättring av möjligheterna att prioritera resurserna i önskad riktning – dvs. främst mot mer förebyggande insatser. Många remissinstanser, bl. a. *arbetarskyddsstyrelsen* och flera av landstingen pekar också på de administrativa fördelar arbetsgruppens förslag kommer att medföra jämfört med nuvarande ersättningssystem.

Av remissinstanserna är det endast *statskontoret* som anser att ersättningssystemet skulle kunna konstrueras på ett sätt som helt avviker från arbetsgruppens förslag. Statskontoret anser att vid full utbyggnad kommer företagen att betala in och erhålla bidrag i ungefär samma storleksordning. Ett alternativt "ersättningssystem" skulle därför kunna konstrueras genom att företagen i stället för att betala in en del av socialavgifterna betalar hela kostnaden för företagshälsovården direkt. Under en uppbyggnadsperiod skulle således socialavgifterna differentieras mellan arbetsgivare som har anslutit företaget till företagshälsovård och de som inte har gjort det.

De fördelar statskontoret ser med ett sådant system är att det skulle vara neutralt i förhållande till företagshälsovårdens verksamhet. Vidare skulle ingen minimiarbetstid behöva fastställas eftersom socialavgifterna utgår på lönesumman. Slutligen anser statskontoret att den kontroll som behövs kan inriktas på vilken företagshälsovård som finns och vilka företag som betjänas. Sådana uppgifter kommer, enligt företagshälsovårdsutredningen, att finnas hos yrkesinspektionen varför de inte skulle innebära någon meruppgift.

2 Ersättningsmodellen

Flertalet remissinstanser tillstyrker eller lämnar utan erinran arbetsgruppens förslag att ersättningen skall beräknas utifrån komponenterna grundersättning, småföretagsersättning och nyanslutningstillägg. *RFV* framhåller att förslaget bör kunna stimulera till ökad förebyggande verksamhet och nyanslutning. Liknande synpunkter framförs bl. a. av *AMS*, *SHIO-Familjeföretagen*, *SAF* och fem landsting.

Några remissinstanser ställer sig tveksamma till arbetsgruppens förslag. *Statskontoret* ifrågasätter om stödet har fått en sådan utformning att det

stimulerar till en snabb utbyggnad. Man anser att en större andel av stödet borde utgå som ett riktat bidrag till dem som i dag saknar företagshälsovård. Även *Gävleborgs läns landsting* menar att förslaget i alltför hög grad tillgodoser dem som redan i dag har företagshälsovård. Det vore, enligt landstinget, önskvärt om systemet tog hänsyn till både branschtillhörighet och om företagshälsovården bedrivs i tätort eller glesbygd.

Stiftelsen Samhällsföretag finner förslaget genomtänkt för den reguljära arbetsmarknaden. Bruttokostnaden för Samhällsföretagsgruppens företagshälsovård är emellertid ca dubbelt så stor per anställd och år som inom jämförbara branscher. Samhällsföretag anser därför att företagsgruppen bör få en förhöjd ersättning, t. ex. genom att en särskild branschersättning för Samhällsföretag införs eller att grundersättningen dubbleras för företagsgruppen. Även *SFO* framhåller att Stiftelsen Samhällsföretag innehar en sådan särställning vad gäller krav på företagshälsovårdsservice att dess yrkande på särbehandling allvarligt bör prövas.

2.1 Grundersättning

Samtliga remissinstanser tillstyrker eller lämnar utan erinran arbetsgruppens förslag beträffande grundersättningen. *Svenska Kommunförbundet* betonar därvid att en av förutsättningarna för en stabil och långsiktig utveckling är att grundersättningen utgör den helt dominerande delen av ersättningssystemet.

2.2 Småföretagstillägg

Ingen remissinstans motsätter sig arbetsgruppens förslag att låta ett småföretagstillägg ingå som en komponent i ersättningssystemet. *Statshälsan* delar arbetsgruppens uppfattning att ett sådant stöd från samhällets sida behövs för att framför allt de små företagen skall ansluta sig. Även *arbetarskyddsfonden* anser att det nya ersättningssystemet kan förväntas motivera småföretagen att ansluta sig till företagshälsovården. Vissa remissinstanser, bl. a. *socialstyrelsen*, *statskontoret* och tre landsting, bedömer emellertid att det behövs ett mer kraftfullt stöd för att ersättningssystemet skall kunna bidra till en ökad anslutning av små företag.

Några remissinstanser, däribland *socialstyrelsen* och *Statshälsan* menar att småföretagstillägget endast bör utgå för företag med färre än 50 anställda. En sådan konstruktion skulle medge ett kraftigare stöd till de små företagen. Socialstyrelsen anser att olägenheten med den s. k. tröskeleffekten – dvs. att företag vid en ökning från 50 till 51 anställda skulle förlora småföretagstillägget – får vägas mot fördelarna av att de små företagen kan ges en högre ersättning. Även *arbetarskyddsfonden* framhåller att det hade varit önskvärt att småföretagstillägget hade koncentre-

rats till företag med ett begränsat antal anställda, men inser de svårigheter som det hade inneburit att konstruera ett sådant system.

I fråga om de regler som arbetsgruppen har föreslagit bör gälla för beräkningen av småföretagstillägget har två remissinstanser redovisat delvis andra uppfattningar. *Bygghälsan* motsätter sig att småföretagstillägget inte skall gälla för Bygghälsans verksamhet. *KFO* anser att förslaget om att småföretagstillägget beräknas och utgår per företag medför orättvisa med hänsyn till att företag och företagsgrupper inom en och samma bransch organiserat sig ur associationsrättslig synpunkt på olika sätt. Inom konsumentkooperationen täcker företaget – konsumentföreningen – således ofta stora geografiska områden med ett flertal enheter av olika storlek. Mot denna bakgrund menar KFO att bidragen skall utgå med utgångspunkt från varje ansluten driftsenhet.

2.3 Nyanslutningstillägg

En övervägande majoritet bland remissinstanserna har inte haft något att invända mot arbetsgruppens förslag. *Gävleborgs läns landsting* anser dock att nyanslutningstillägget är alltför lågt för att stimulera ökad anslutning. Enligt landstinget bör en större andel av den totala ersättningen fördelas i form av nyanslutnings- och/eller småföretagstillägg. Även *Östergötlands läns landsting* uttalar tveksamhet beträffande arbetsgruppens förslag. Eftersom landstinget anser att rätten till företagshälsovård bör lagfästas menar man att nyanslutningstillägget inte behövs. I stället bör resurserna satsas på en högre ersättning till särskilt utsatta branscher.

Bygghälsan framhåller beträffande arbetsgruppens förslag att undanta hälsan från nyanslutningstillägget att man förutom de som ansluts automatiskt även ansluter andra grupper genom särskilda kontrakt. För dessa – bl.a. tjänstemän, ensamföretagare och konsulter, har Bygghälsan nyanslutningskostnader och bör således erhålla nyanslutningstillägget. Enligt Bygghälsan skulle detta stimulera anslutningen av nya företag samt underlätta samarbetet med annan företagshälsovård.

2.4 Högre ersättning till särskilt utsatta branscher

Flertalet remissinstanser instämmer i arbetsgruppens uppfattning att det i dag inte går att finna rättvisa kriterier för fördelning av ersättning till branscher som är särskilt utsatta ut arbetsmiljösynpunkt. *Svenska Kommunförbundet* anser t.ex. att ett branschtillägg skulle premiera sämre arbetsmiljöer och fysiska och kemiska miljöfaktorer framför psykiska och sociala. Ett sådant system motsvarar inte heller en eftersträvad helhetssyn på arbetsmiljön. Liknande synpunkter framförs av *Malmö kommun*.

Vissa remissinstanser menar att det vore önskvärt att ett nytt ersättningssystem innehöll regler som medger högre ersättning för särskilt utsat-

ta branscher, men delar samtidigt arbetsgruppens uppfattning om de svårigheter som finns när det gäller att konstruera ett sådant. *Försäkringskasseförbundet* och *statskontoret* anser att man vid vidareutvecklingen av informationssystemet om arbetsskador (ISA) bör pröva att komplettera detta så att det ger underlag för en differentierad bidragsgivning. Även *socialstyrelsen* hoppas att de administrativa svårigheter som arbetsgruppen anger kan undanröjas och att ersättningssystemet framledes kan kompletteras på ett önskvärt sätt. *SAF* beklagar att arbetsgruppen inte lyckats med uppgiften att anpassa ersättningen till de arbetsmiljöproblem som vissa branscher har. Det föreslagna ersättningssystemet innebär att branscher med små arbetsmiljöproblem gynnas på bekostnad av de med stora problem.

Endast *Bygghälsan* och *Östergötlands läns landsting* förordar det av arbetsgruppen diskuterade branschtillägget. Även *SACO/SR* anser att arbetsgruppen alltför lättvindigt avvisat idén med ett branschtillägg. Man menar att de orättvisor som kan uppstå inte är större än de som uppstår i och med att arbetstidsgränsen för ersättning föreslås till 15 timmar per vecka. *LO* anser att ett högre grundbelopp bör erhållas för de grupper som har störst behov ur arbetsskadesynpunkt och menar att man som fördelningsprincip skall utgå från kollektivavtalens uppdelning på den privata arbetsmarknaden. På den offentliga sektorn måste motsvarande grupper prioriteras.

3 Personer som skall omfattas av ersättningen

Samtliga remissinstanser tillstyrker eller lämnar utan erinran arbetsgruppens förslag att egen- och ensamföretagare skall omfattas av det nya ersättningssystemet.

Flertalet remissinstanser har också tillstyrkt arbetsgruppens förslag om att en minimiarbetstid om i genomsnitt 15 veckoarbetstimmar bör krävas för att en person skall omfattas av ersättningssystemet. *TCO* accepterar den föreslagna beräkningsgrunden men betonar samtidigt att detta inte innebär att man frångått uppfattningen att alla arbetstagare bör ha tillgång till företagshälsovård. *LO* framför liknande synpunkter.

Svenska Kommunförbundet och *Malmö kommun* accepterar den föreslagna tidsgränsen men anser att den kan behöva justeras i anslutning till ev. framtida arbetstidsförkortningar. I stället skulle gränsen kunna uttryckas i procent av motsvarande heltid, t.ex. 40% som är vanligt inom den kommunala sektorn.

Arbetarskyddsstyrelsen och *HCK* menar att ersättningsbeloppet i stället bör grundas på antalet arbetade timmar i de anslutna företagen. HCK framhåller att arbetsgruppens förslag ytterligare försvårar för handikappade att inträda på arbetsmarknaden. Det är viktigt att, så långt som möjligt, lika regler gäller för samtliga anställda. HCK anför vidare att inskränkning-

ar alltid drabbar de svagare och att om företagshälsovården i framtiden skall medverka vid individuell arbetsanpassning är det fel att föreslå inskränkningar i ersättningssystemet.

Tre remissinstanser, *socialstyrelsen*, *Kalmar läns landsting* och *Göteborgs och Bohus läns landsting* motsätter sig helt förslaget och anser att ersättning bör utgå för samtliga oavsett arbetstid. Socialstyrelsen menar t. ex. att förslaget kan uppfattas som orättvist i vissa branscher och på vissa arbetsplatser där de anställdas arbetstider avviker från det vanliga mönstret och där t. ex. säsongarbete är vanligt.

4 Villkor för ersättning

Arbetsgruppens uppfattning att ett centralt villkor för ersättning är att förebyggande insatser skall vara en viktig del av företagshälsovårdens verksamhet delas av remissinstanserna. *Föreningen Teknisk Företagshälsovård* och *SAV* är positiva till att de förebyggande insatserna stimuleras av ersättningssystemet. Flera landsting uttrycker också sin tillfredsställelse över att företagshälsovårdens verksamhet i framtiden i ökad utsträckning skall inriktas mot förebyggande verksamhet.

Några remissinstanser, t. ex. *SHR*, *SACO/SR*, *Försäkringskasseförbundet* och *Svenska Företagsläkareföreningen* delar arbetsgruppens uppfattning i denna fråga men betonar samtidigt att också sjukvården är en nödvändig del av företagshälsovården. De framhåller att sjukvården är en viktig informationskälla när det gäller att spåra arbetsmiljöproblem och att den även kan ha en betydande roll vid rehabiliteringsarbetet på arbetsplatserna.

En övervägande majoritet av remissinstanserna tillstyrker att ersättning endast bör utgå till företagshälsovårdsenheter som uppfyller vissa fastställda krav. Många understryker emellertid att de villkor som fastställs måste vara allmänna och får inte inskränka parternas möjlighet att utforma företagshälsovårdens och anpassa verksamheten till förändrade krav och behov. *Arbetarskyddsstyrelsen* anser att kriterierna måste utgå från de normer som anges i olika avtal om företagshälsovård som träffats mellan arbetsmarknadens parter. Kriterierna får inte bli stelbenta utan tvärtom stimulera till en önskvärd utveckling mot en mer behovsanpassad företagshälsovårdsservice. Även *arbetarskyddsfonden* anser att arbetsmiljöavtalen skall vara utgångspunkt vid utformningen av kvalitetskraven. De får inte utformas eller tillämpas så att de motverkar företagshälsovårdens utveckling och anpassning till förändrade krav och behov. *Statskontoret* anser att de centrala föreskrifterna endast får utgöra ramvillkor för att medge företagsanpassningar och flexibel företagshälsovård. Det skall även i fortsättningen vara parterna som har ett avgörande inflytande på företagshälsovårdens utformning. *Statshälsan* anser att det finns en risk att arbetsmarknadsparternas intresse och engagemang avtar om man inför en alltför

omfattande myndighetskontroll. Den bör därför enbart ta fasta på om parterna har inflytande på verksamheten samt att den drivs enligt något arbetsmiljöavtal. *Landstingsförbundet* förstår behovet av kontroll men understryker att det är angeläget att rutinerna blir enkla och anpassade till sitt syfte. *LO* delar uppfattningen att man bör fastställa villkor för erhållande av ersättningen och att dessa bör hållas allmänna och anpassas till de förutsättningar som slås fast i parternas arbetsmiljöavtal och i 1976 års företagshälsovårdsutredning. *SFO* stöder helt de villkor som föreslås av arbetsgruppen. Samtidigt anser SFO att prövningen är viktig, men att den inte får inskränka parternas handlingsfrihet att utifrån de speciella förutsättningar som råder inom varje särskild bransch anordna bästa möjliga företagshälsovård.

Gotlands kommun och *Norrbottens läns landsting* framhåller att villkoren bör vara flexibla för att inte försvåra nyetablering av företagshälsovårdsenheter. Om dessa inte uppfyller villkoren bör ersättning kunna beviljas ändå under förutsättning att enheten successivt utvecklar verksamheten så att bristerna avhjälps.

Några remissinstanser ansluter sig till arbetsgruppens förslag och lämnar samtidigt synpunkter på ytterligare villkor som bör vara uppfyllda för att ersättning skall utgå. *Socialstyrelsen* förordar att villkoren bör kompletteras med krav på att företagshälsovården skall samverka med sjukvårdshuvudmännens primärvård vid planeringen av verksamheten. Styrelsen menar att en effektiv samverkan är av stor betydelse för att åstadkomma ett optimalt resursutnyttjande och rationella former för arbetsfördelning mellan den av landstingen bedrivna hälso- och sjukvården och företagshälsovården. Enligt *Kopparbergs läns landsting* bör ett ersättningsvillkor kunna vara att samtliga anställda skall omfattas av företagshälsovården – även om ersättning endast utgår för de med en genomsnittlig veckoarbetstid som överstiger 15 timmar. Enligt *TCO:s* uppfattning bör ersättning inte utgå till s. k. företagshälsovård som inte ägs av medlemsföretagen utan av andra intressenter och där vinstintresse eller avkastningskrav finns. Det bör inte heller vara möjligt att få statliga bidrag där vårdens utövare har ägarintressen i verksamheten.

SAV, *Malmö kommun*, *SAF* och *Tidningarnas arbetsgivareförening* motsätter sig arbetsgruppens förslag till ersättningsvillkor. SAV anser att de allmänna villkoren som utgår från arbetsmiljöavtalen är tillräckliga och att det inte behövs ytterligare regler. Villkoret att verksamheten skall bedrivas med för ändamålet utbildad personal anser SAV garanteras av den partssamverkan som förutsätts. Malmö kommun anser att detaljerade kvalitetskrav kan medföra en oönskad likriktning och byråkratisering av företagshälsovården. Parternas gemensamma avtal utgår tillräckliga kvalitetsvillkor för verksamheten och kvalitetsbevakningen för de avtalsbundna områdena skulle därför kunna överlåtas till parterna. Även SAF anser att företagshälsovårdens innehåll är en partsangelägenhet. SAF avvisar att

myndighetsföreskrifter skall styra företagshälsovårdens reella innehåll. Ett sådant system skulle, enligt SAF, motverka den flexibilitet som behövs för att anpassa företagshälsovården till olika företags och branschers behov. Liknande synpunkter framförs av Tidningarnas arbetsgivareförening.

4.1 Oönskade effekter av systemomläggningen

De synpunkter som remissinstanserna lämnat på arbetsgruppens förslag i dessa delar berör främst uthyrningen av företagshälsovårdens lokaler. *SACO/SR*, *SAF*, *KFO* och *Lantbrukshälsan* framhåller att ett förbud mot lokaluthyrning förhindrar rationellt resursutnyttjande och kan försvåra utbyggnaden på mindre orter.

Beträffande möjligheterna till dubbeldebitering – dvs. att verksamhet som enligt avtal skall utföras av företagshälsovården i stället sköts av privatpraktiserande vårdpersonal och debiteras sjukförsäkringen – anser *Statshälsan* att arbetsgruppens förslag inte är en tillräcklig garanti för att dubbelutnyttjande inte skall ske. Frågan bör, enligt hälsan, prövas i den fortsatta beredningen. *SAF* anser emellertid att den s. k. Dagmaröverenskommelsen gör att farhågorna för dubbelutnyttjande är omotiverade. Enligt SAF kommer landstingen att ha de största möjligheterna att dubbelutnyttja systemen genom att sjukvården kan föras över från företagshälsovården till öppenvårdsmottagningarna.

Stockholms läns landsting, *Malmö kommun* och *Göteborgs kommun* betonar att det finns särskild anledning att uppmärksamma om kostnader för sjukvård förs över till den offentliga sjukvården. Om så sker förutsätter man att detta skall kompenseras via statens ersättning till de offentliga sjukvårdshuvudmännen.

4.2 Yrkesinspektionsnämndernas prövning

Flertalet remissinstanser tillstyrker eller lämnar utan erinran arbetsgruppens förslag att yrkesinspektionsnämnerna skall pröva om företagshälsovårdsenheten uppfyller de fastställda ersättningsvillkoren. Flera framför synpunkter på hur yrkesinspektionsnämnderna bör förstärkas i och med att de får nya arbetsuppgifter. *SACO/SR*, *Lantbrukshälsan* och *Svenska Företagsläkareföreningen* menar att nämnderna bör förstärkas med representanter från företagshälsovårdens olika personalkategorier. *Försäkringskasseförbundet* anser att försäkringskassorna måste få delta i prövningen så att deras erfarenheter tas till vara. *KFO* framhåller att den konsumentkooperativa sektorn bör erhålla representation i det organ som skall pröva om ersättning skall utgå.

RRV och *SAV* ifrågasätter om prövningen bör vara så formaliserad som arbetsgruppen föreslår. RRV anser att den riskerar att bli resurskrävande utan att kunna garantera kvaliteten på företagshälsovårdens verksamhet.

RRV föreslår att företagshälsovårdsenheterna årligen tillställer yrkesinspektionsnämnderna en verksamhetsbeskrivning som innehåller de uppgifter arbetarskyddsstyrelsen föreskriver.

En sådan rapportering kan, enligt RRV, utgöra en viktig informationskälla i yrkesinspektionsnämndernas verksamhet. Vissa fördjupade punktinsatser från yrkesinspektionen kan därutöver behövas. RRV menar emellertid att dessa är en del av yrkesinspektionens tillsynsansvar och behöver därför inte formaliseras. En försäkran från de berörda parterna bör, enligt SAV, vara tillräckligt för att ersättning skall utgå. Yrkesinspektionen behöver endast i undantagsfall granska ersättningsansökningar.

Några remissinstanser motsätter sig bestämt arbetsgruppens förslag att låta yrkesinspektionsnämnderna svara för prövningen. *Kommunförbundet* anser att en kvalitetskontroll med utgångspunkt i allmänna riktlinjer från arbetarskyddsstyrelsen blir svag och medför en onödig byråkratisering. En alltför detaljstyrd prövning är också olycklig eftersom det finns uppenbara risker att den likriktar och konserverar företagshälsovårdens verksamhet. Det föreslagna kontrollsystemet är därför inte acceptabelt enligt Kommunförbundet. Man anser att kontrollen av företagshälsovårdens kvalitet även i fortsättningen bör skötas enligt det samverkanssystem som finns etablerat mellan arbetsmarknadens parter. *SHIO-Familjeföretagen* anser att parterna bör svara för kontrollen och vid ansökan försäkra att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande kollektivavtal. En sådan uppbyggnad anser man bör fungera eftersom parterna har ett gemensamt intresse av en bra företagshälsovård. SHIO anser att en statlig kontroll kan byggas upp för att möjliggöra experiment och nya arbetsformer. Detta skall kunna bevilja bidrag i de fall parterna inte är överens samtidigt som seriösa skäl ligger bakom en annorlunda uppläggning av företagshälsovården. *SAF* och *Tidningarnas arbetsgivareförening* motsätter sig den föreskrivna myndighetskontrollen. Det bör vara tillräckligt att skyddskommittén eller företagskommittén tillstyrker ansökan. SAF anser att om försäkringskassan tvivlar på kvaliteten hos en viss verksamhet kan kassan vända sig till huvudmännen med begäran om utlåtande. Lämpliga skiljeorgan har redan inrättats av parterna. Man är beredda att ställa dessa till förfogande för tvistefrågor även inom sektorer utanför SAF/LO/PTK-området. Även *Landstingsförbundet* uttrycker tveksamhet om den föreslagna kontrollen är den mest lämpliga. Förbundet anser att kontrollen i sin helhet bör överlämnas till arbetsmarknadens avtalsslutande parter enligt den förhandlingsordning som tillämpas.

4.3 Utbetalning av ersättningen

RFV ifrågasätter om kassornas utbetalningsfunktion motiverar att handläggningen fördelas på två myndigheter. Frånvaron av kamerala resurser kan i och för sig motivera att försäkringskassorna sköter utbetalningen av

ersättningen. Å andra sidan borde det, enligt RFV, vara en fördel att de instanser som har att bevaka kvaliteten inom företagshälsovården får den kontinuerliga kontakt med enheterna som ansökningsförfarandet innebär.

Övriga remissinstanser tillstyrker eller lämnar förslaget utan erinran. Några, t. ex. *Landstingsförbundet* och *SAF* betonar att det är angeläget att de administrativa rutinerna blir så enkla som möjligt. Bygghälsan och Lantbrukshälsan anser att administrationen kan underlättas genom att ansökningar och utbetalningar av ersättningen till dessa hälsor sker på central nivå.

5 Finansiering

Remissopinionen är delad mellan de olika finansieringsalternativ som arbetsgruppen diskuterat. En övervägande majoritet anser att finansieringen bör ske genom socialavgifter. Av dessa motiverar t. ex. *RRV* sitt ställningstagande med att en sådan finansering avspeglar ansvarsförhållandet mellan staten och företagshälsovårdens huvudmän. Några remissinstanser, bl. a. *Försäkringskasseförbundet*, *Kommunförbundet*, *TCO* och *KFO* förordar en fortsatt finansiering över sjukförsäkringen. Andra, t. ex. *Statshälsan*, *RFV*, *LO*, *SACO/SR* och *SFO* förordar finansiering över arbetarskyddsavgiften.

5.1 Uppräkning av ersättningen

Ett stort antal remissinstanser framhåller att det är viktigt att ett system skapas för att uppräkna ersättningsbeloppen i takt med pris- och löneökningarna. Vissa, t. ex. *arbetarskyddsfonden*, *Kommunförbundet*, *LO*, *SACO/SR* och *Lantbrukshälsan*, betonar nödvändigheten av uppräkningar men tar själva inte ställning till hur detta skall ske. Uppräkning av ersättningen i takt med någon form av index förordas av *SFO* och *SHIO-Familjeföretagen*. *Landstingsförbundet*, *TCO*, *Kristianstads läns landsting* och *Örebro läns landsting* anser att en anpassning bör ske årligen och efter överläggningar mellan regeringen och arbetsmarknadens parter.

Några remissinstanser, däribland *arbetarskyddsfonden*, *LO* och *TCO* betonar att det utöver en uppräkning av ersättningsbeloppen är nödvändigt att den totala ersättningsvolymen anpassas i takt med utbyggnaden.

6 Patientavgifter

Flertalet remissinstanser har lämnat frågan om patientavgifter utan erinran. *Landstingsförbundet*, *Hallands läns landsting* och *KFO* delar arbetsgruppens uppfattning att företagshälsovårdsenheterna själva skall få avgöra om patientavgift skall tas ut eller inte och att dessa inte skall påverka ersättningens storlek. TCO understryker att patientavgifter inte bör tas ut

eftersom den sjukdom som förekommer inom företagshälsovården skall vara arbetsrelaterad.

När det gäller förslaget om att patientavgifter inte skall tas ut för vård av arbetsskador betonar *SACO/SR* och *Svenska Företagsläkareföreningen* de gränsdragningssvårigheter som finns. SACO/SR anser att patientavgifter bör tas ut eftersom dessa skall kompenseras via arbetsskadeförsäkringen.

7 Genomförande

En majoritet av remissinstanserna framhåller önskemål om att det nya ersättningssystemet bör genomföras snarast möjligt. Några, bl. a. *Kommunförbundet*, *Försäkringskasseförbundet* och *Tidningarnas arbetsgivareförening*, anser emellertid att vissa övergångsbestämmelser kommer att erfordras för att underlätta övergången för de enheter som kommer att få en väsentligt lägre ersättning till följd av det nya ersättningssystemet.

Innehåll

Sid.
Propositionen ... 1
Propositionens huvudsakliga innehåll ... 1
Propositionens lagförslag ... 3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde 1984-11-15 ... 10
1 Inledning ... 10
2 Föredragandens överväganden ... 13
2.1 Allmänna överväganden ... 13
2.2 Företagshälsovårdens innehåll, utbyggnad samt personal- och utbildningsbehov ... 18
2.2.1 Företagshälsovårdens arbetsfält ... 18
2.2.2 Företagshälsovårdens utbyggnad ... 24
2.2.3 Personal- och utbildningsfrågor ... 37
2.3 Arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet ... 52
2.3.1 Arbetsanpassning och rehabilitering för anställda ... 52
2.3.2 Former och uppgifter för anpassningsverksamheten ... 55
2.3.3 Skyddskommitténs ansvar bör regleras i arbetsmiljölagen ... 57
2.3.4 Företagshälsovårdens betydelse för anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten ... 59
2.3.5 Företagshälsovårdskommittéerna och anpassningsverksamheten ... 62
2.3.6 Arbetsförmedlingens roll i anpassningsverksamheten 63
2.3.7 Försäkringskassans medverkan ... 67
2.3.8 Omplacering mellan olika arbetsgivare ... 70
2.3.9 Sjukpenning vid rehabilitering på arbetsplatsen ... 71
2.3.10 Försäkringsskydd vid arbetsprövning/träning i reell miljö ... 73
2.3.11 Sekretess och tystnadsplikt ... 75
2.3.12 Utbildning ... 78
2.3.13 Arbetshjälpmedel åt handikappade ... 79
2.4 Nytt ersättningssystem för företagshälsovården ... 81
2.4.1 Inledning ... 81
2.4.2 Beräkning av ersättningen ... 83
2.4.3 Villkor för ersättningen134 ... 92
2.4.4 Administrativa rutiner m. m. ... 97
2.4.5 Finansiering ... 102
2.4.6 Genomförande ... 108
2.4.7 Den författningsmässiga regleringen av ersättningen till företagshälsovården ... 109
3 Upprättade lagförslag ... 110
4 Hemställan ... 110
5 Beslut ... 110

Bilaga 1 Sammanfattning av företagshälsovårdsutredningens betänkande (SOU 1983: 32) Företagshälsovård för alla .. 111
Bilaga 2 Sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (SOU 1983: 32) Företagshälsovård för alla ... 132
Bilaga 3 Sammanfattning av samverkanskommitténs betänkande (Ds A 1984: 2) Arbetsanpassning ... 148
Bilaga 4 Sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (Ds A 1984: 2) Arbetsanpassning ... 157

Bilaga 5 Sammanfattning av betänkandet (Ds A 1984: 1) Nytt ersättningssystem för företagshälsovården 170
Bilaga 6 Sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (Ds A 1984: 1) Nytt ersättningssystem för företagshälsovården 175

Norstedts Tryckeri, Stockholm 1984