Svenska Företagsläkarföreningen

1946 **50** 1996

år

Styrelsens arbete under åren 1986–1995
sammanställt av
Kaj Heijman

Svenska Företagsläkarföreningen 50 år

Verksamhetsåren 1986 – 1996

Föreningens tillkomst och utveckling under de första 40 verksamhetsåren beskrevs av Sven Forssman och Lars-Eric Lindberg inför årsmötet 1986. I slutorden tillönskades företagsläkarföreningen en lyckosam 40-årskris med väl tillvaratagna framtida utvecklingsmöjligheter.

Qou Vadis, Domine

Företagsläkarföreningens femte decennium dominerades inledningsvis av en lång rad statliga utredningar (företagshälsovård åt alla, företagshälsovård i omvandling etc) och en arbetsmiljökommission.

Staten, centrala myndigheter och arbetsmarknadens parter beskrev företagshälsovården i nutiden 1986. Företagshälsovård var en frivillig, partsobunden utredande och rådgivande expertresurs, skyddskommittén var huvudman i det enskilda företaget. Kost-

nadsansvarig var arbetsgivaren med en viss regelomgärdad ersättning från staten. Anställda i företag med företagshälsovård åtnjöt kostnadsfri hälso- och sjukvård med s k arbetsrelation.

Företagshälsovården växte fram på initiativ av arbetsmarknadens parter med en första överenskommelse 1967. Arbetsmiljöavtal slöts fortlöpande inom arbetsmarknadens samtliga sektorer och omfattade 1986 90% av alla arbetstagare. Parterna på arbetsmarknaden erbjöd tre miljoner, motsvarande 75% av alla, arbetstagare företagshälsovård.

Ett nytt decennium av professionell verksamhet gläntade på dörren. Stora förändringar förutsades inträffa på den svenska arbetsmarknaden.

Inom näringslivet började nya tankar göra sig gällande om arbetsorganisation och företagens funktionssätt samt om arbetskraftsfrågor. Arbete i små gruppenheter med självständigt produktions- och resultatansvar baserat på högteknologiska informationssystem medförde högre kompetens- och prestationskrav på arbetsgruppens samtliga medlemmar. Arbetsmarknadens utveckling pekade på behov av flexibilitet. Allt talade för en accelererande förändringstakt och snabbare omsättning av produkter, idéer och relationer.

Hur skulle kraven i det högteknologiska företaget och samhället påverka människan?

Företagsläkarföreningen hade en praktisk handbok som information till nytillträdande läkare med ett ABC om vardagsarbetet inom företagshälsovården.

Ett policyprogram, reviderat 1986 under livliga diskussioner, uttalade att begreppet företagshälsovård endast borde användas för verksamhet enligt intentionerna och riktlinjerna i de arbetsmiljöavtal som träffats mellan arbetsmarknadens parter. Policyprogrammet pläderade för en särskild specialitet för företagsläkare och angav att YI-nämnderna enligt förordningen om bidrag till företagshälsovård utövade kvalitetskontroll.

Företagshälsovårdens arbetsuppgifter angavs vara miljöinriktade förebyggande insatser, individ- och gruppinriktade åtgärder, behandlande och rehabiliterande verksamheter. Företagsläkarnas verksamhet byggde på arbetsmiljökännedom och kunskaper om

arbetssjukdomar samt fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljöfaktorers inverkan på arbetstagarnas hälsotillstånd.

Enligt policyprogrammet krävde arbetet som företagsläkare ett odelat professionellt engagemang. Företagsläkartjänst understigande 20 h i veckan borde ej inrättas. Vid en FHV-central borde per läkartjänst vara högst 2 000 anslutna arbetstagare. Företagsläkarens yrkesverksamhet var att bistå den enskilda arbetstagaren och företaget med råd och dåd för att motverka ohälsa i arbetslivet. Ett yrke att utöva i ett ofta mycket komplicerat samspel mellan människa, maskin och arbetsorganisation.

Hur definiera begreppet hälsa?

Enligt WHO ett tillstånd av högsta fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och ej bara avsaknad av sjukdom. Mer realistisk kunde en norsk tolkning vara – att hälsa hos den enskilde är ett överskott av resurser i förhållande till vardagens krav, trots sjukdom.

Visionen uppstod (C G Sandberg) att i princip tillämpa samma biologiska grundsyn på enskilda individer, grupper av människor, på organisationer och företag. Organisationsmedicinen utvecklades som en biologisk samsyn på ledarskap och företag. Företagsledarens uppgift beskrevs vara att vårda företagets historia, odla och utveckla företagets nutid. Dess framtid måste formuleras i både ekonomiska termer och i de anställdas framtida utvecklingsmöjligheter inom företaget. Medicin och management i en positiv samverkan för företagens hälsosamma futurum.

Avtals- och bidragstider

Arbetsmiljöavtalen på den svenska arbetsmarknaden uppställde ramregler som kunde tolkas med många frihetsgrader.

Inom svensk företagshälsovård rådde vid ingången till 1990-talet stora skillnader i arbetsförutsättningar p g a olika idéer och tolkningar av begreppet företagshälsovård. Skillnader rådde i företagshälsovårdens organisationsform, för stad kontra glesbygd, i företagens storlek och produktion. En klar diskrepans förelåg

mellan centrala och lokala åsikter och önskemål om verksamhetsinnehåll.

En FHV-enhet som arbetade efter centrala avtal i sin lokala krassa verklighet fick allt svårare att framstå som en efterfrågad samarbetspartner.

De lokala fackliga organisationerna och enskilda arbetstagarna krävde vardagssjukvård.

Den statliga förordningen om bidrag till företagshälsovård krävde att preciserade villkor uppfylldes för att bidraget skulle utgå.

Från 1977 med verksamhetskontroll och prövning via Fk med huvudkravet om minst 50% sjukvårdstid per företagsläkartjänst. En period följde från 1986 där YI utövade kontrollen med en lång rad villkor, bl a mellan 30 och 40% sjukvårdstid per företagsläkare för arbetsrelaterad sjukvård. 1992 trädde nya bidragsbestämmelser i kraft med lydelsen att man inom företagshälsovården enbart fick bedriva sjukvård undantagsvis.

Much ado about nothing?

Dussintalet utredningar med mer eller mindre tendensiösa utredningsdirektiv stötte och blötte företagshälsovårdens innehåll och verksamhetsformer. Utredningstiderna löpte över sju år eller under åtta månader. Möjligheterna att utforma företagshälsovården till en kompetent extern resurs åt företagen blev alltmer ifrågasatt.

Företagshälsovården hade förvisso ej varit fri att själv utveckla sin verksamhet eller sitt förhållande till den lokala omvärlden.

Frågan uppstod inom SFLF om de ingångna avtalen och de centralt beslutade reglerna hjälpte eller stjälpte företagshälsovården.

Kunde något framgångsrikt kunskapsföretag uppstå ur, eller blomstra med, ett växelvis villkorat statligt bidragssystem?

Ett bidrag initialt avsett som ett igångsättningsstöd. Automatiskt permanentat med villkorade och bestraffande verksamhetskrav med hot om indragning.

I de utredningar företagshälsovården genomlevde utfärdades inte bara diffusa verksamhetsmål. En rad frågor idisslades, exempelvis lagstiftad eller frivillig företagshälsovård, med eller utan sjukvård i verksamheten, krav på innehållslik företagshälsovård åt alla oavsett

företagsverksamhet, ekonomiskt stöd till småföretagare.

Utredningsförslagen gav en pendeleffekt mellan tes och antites.

Turbulensens tid

Flera faktorer bidrog till den stagnation och de utvecklingssvårigheter som drabbade svensk företagshälsovård under början av företagsläkarföreningens femte decennium.

Centrala överenskommelser blev lokalt presenterade på ett för företag och arbetstagare helt obegripligt språk. Företagshälsovårdens lokala styrorgan, kommitté och administrativa verksamhetsledare, misslyckades med att omsätta centrala regelverk till en lokalt anpassad och affärsmässig verksamhet.

Företagshälsovården fick ej generera vinster, fick ej fondera medel, verksamheten anpassades så att statsbidrag utgick, en låg årlig kostnad för anslutna företag eftersträvades.

Ur verksamhetssynpunkt var det sannolikt olyckligt att ägaren var både producent och konsument. Ägarformen och skyddskommitténs huvudmannaskap blev en grogrund för att företagare utvecklade en affärsmässig misstro.

De administrativt verksamma ledarna brast ofta i förmåga att leda ett kunskapsföretag, i förmåga att leda i samråd, att kunna arbeta som koordinator och mentor för högt kompetenta självgående medarbetare.

Åren i början på 1990-talet blev personalen inom företagshälsovården kritiserade på ett i stort sett osakligt och föga ärofyllt sätt av myndigheter och arbetsmarknadens parter. Många duktiga och kompetenta medarbetare inom FHV-området tog illa vid sig och funderade på att byta verksamhetsområde.

Brytningstid och nytänkande

Föreningsstyrelsen engagerade sig efter FM 1989 i frågan "hur utveckla företagsläkarens yrkesroll?" En kompetens arbetsmarknadens parter kunde uppleva intresse för och behov av i 90-talets arbetsliv.

SFLF framförde åsikten att företagshälsovård var som bäst när

den arbetade flexibelt och lokalt problemorienterad i samverkan med lokala kunder. Många företagsläkare försökte tydliggöra behovet av företagsläkarkompetensen i arbetslivet. Detta genom att utveckla en arbetsmiljöekonomisk syn och argumentation. Den bio-, psyko- och sociala organisationsmedicinska helhetssynen på den arbetande människan i det medvetna företaget gav ytterligare skäl för arbetsgivarens behov av företagsläkarens kunskaper.

Exempel gavs såsom arbetsgivarperioden vid sjukfrånvaro, arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, internkontroll, personalekonomisk redovisning, differentierade arbetsgivaravgifter för sjukfall, arbetsskador och förtidspensioneringar som anses bero på brister i arbetsmiljön.

Föreningsstyrelsen arbetade fram en modellskrift som vägledning för föreningens framtida verksamhet, marknadsföring och strategi. Skriften "Företagsläkaren i arbetsmiljöarbetet" fastställdes av FM 1992 som ersättning för tidigare policyprogram.

Begreppet företagshälsovård avgränsades till det kunskapsområde som arbetar med hälsoeffekterna av växelverkan mellan arbetsmiljö och individ, grupp och organisation. Företagshälsovårdens målsättning var ett förbättrat samspel mellan människa och arbetsmiljö sett ur såväl fysisk, psykisk som social synvinkel. Företagsläkarens arbetsuppgifter rymdes inom tre huvudområden; förebyggande, rehabiliterande och vårdande, där inslaget av information och utbildning är betydande. Dessa områden är i det dagliga arbetet intimt sammanvävda vilket innebär att företagsläkaren, för att kunna fullgöra arbetet som "medicinsk revisor", måste ha en helhetssyn på människan och arbetsmiljön.

Specialiteten företagshälsovård

Några års idogt strävande med att motivera en särskild medicinsk specialitet i företagshälsvård för Sveriges Läkarförbund, Socialstyrelsen, Regeringen kröntes hösten 1991 med framgång. Regering och Riksdag beslöt om en minskning av befintliga medicinska specialiteter. Direktiv utgick till socialstyrelsen att inkräva målbeskrivningar från alla specialiteter, gamla som nyönskade. Re-

sultatet blev att företagsläkarföreningens förslag till målbeskrivning för specialitet accepterades.

I namnfråga förkastades förslaget arbetsmedicin och Socialstyrelsen fastslog den nya specialiteten till företagshälsovård.

En egen medicinsk specialitet var professionellt en framgång även om namnet väckte tveksamhet. Ekonomiskt behövdes efter 1991 års bidragsförordning med undantagsvis sjukvård inom företagshälsovården rättigheten att sluta vårdavtal med lokal sjukvårdshuvudman eller etablering via försäkringskassan.

Politiker och beslutsfattare lyssnade och accepterade föreningens argument för ett samhälleligt behov av företagsläkaren som specialist omfattad av lagen om läkarvårdsersättning. Kampen för etableringsrätt/vårdavtal stupade på statsfinansiella skäl.

De få företagsläkare som enskilt eller enligt Värmlands- Borlängemodeller kunde diskutera etablering/vårdavtal skattade sig lyckliga. Flertalet av de lyckliga måste emellertid arbeta med etablering i sin tidigare specialitet och ej i specialiteten företagshälsovård, en något bisarr situation.

Utan personlig vårdkontakt var det en utopi att tro att företagsläkare skulle kunna bedöma ohälsa i arbetslivet eller aktivt bedriva yrkesinriktad rehabilitering.

Förhandlingskontakter med riksförsäkringsverket gällande ersättning från FK för avgivna intyg baserat på ett rimligt marknadsekonomiskt timpris avslogs. Finansieringsfrågan blev en hotbild för som i alla verksamheter avgör tillgången på kapital till sist verksamhetens framtid.

Avregleringens tid

Företagshälsovården hade till en tredjedel finansierats av allmänna medel och av alltför många nyttjare betraktats som en fri nyttighet.

Den borgerliga ministären Fälldin föreslog vid 1982 års budgetproposition en avveckling av statsbidraget. De centrala fackliga organisationerna reagerade mycket häftigt och förslaget drogs tillbaka.

Årlig kostnad för statsbidraget låg vid denna tidpunkt mellan

300 och 400 miljoner kronor. På regeringsnivå var tanken väckt om en icke föraktlig besparing.

Efter riksrevisionsverkets rapport "Den statliga styrningen av företagshälsovården" 1991 agerade regeringen Bildt. Statsbidraget kostade nu "staten" runt en miljard kronor årligen. I svallvågorna efter den fatala enmansutredningen FHU -92 upphörde statsbidraget fr o m 93 01 01.

Företagshälsovården blev helt kundfinansierad, men vem var kunden?

I näringslivet uppstår sanningens ögonblick i mötet med kunden, d v s den som vill betala för en önskad vara eller tjänst. Under många år hade det inom företagshälsovården talats om kunden som omväxlande staten, riksförsäkringsverket, försäkringskassan, yrkesinspektionen, patienten – den anställde, företaget, skyddskommittén.

Företagshälsovårdens kund var plötsligt oemotsägligt den arbetsgivare som betalade företaghälsovård för sina anställda. Företagshälsovården blev helt och odelat kundstyrd.

Under denna omvälvande tid för svensk företagshälsovård utgav SAF hösten 1991 en skrift med organisationens syn på dagens och framtidens företagshälsovård. SAF ansåg att företagens behov av samverkan med företagshälsovården skulle öka under 90-talet. Konkret angavs insatser för goda arbetsförhållande, förebyggande åtgärder mot hälsorisker, snabbt omhändertagande vid sjukdom och snar återgång i arbete. Krav ställdes på hög kompetens, serviceanda, kostnadseffektivitet och företagsanpassade tjänster. SAF:s medlemsföretag, företagshälsovårdens kunder, visste vad de önskade och var villiga att betala för.

Föreningsstyrelsen valde att arbeta för långsiktiga lösningar snarare än att ta strid för ett osäkert statsbidrag, tillika i sin dåvarande utformning till nackdel för läkare inom företagshälsovård.

Omprofileringstid

Samtidigt kom tydliga signaler från SAF om uppsägning av arbetsmiljöavtalen med tillhörande riktlinjer för företagshälsovården.

Uppsagda arbetsmiljöavtal 92 07 01 och avvecklad bidragsförordning 93 01 01 innebar att den definition som funnits av företagshälsovård försvann.

Planhushållningens tid blev historia och marknadsekonomi framtiden. Överlevnad krävde att ett stelbent stagnerande arbetssätt måste ersättas. De rätta efterfrågade tjänsterna erbjudas till rätt pris i fri konkurrens.

Svårigheter uppstod att ta betalt på en marknad där kunderna, p g a tidigare statliga bidrag, ej hade kunskap om vad FHV-tjänster kostar att producera.

FHV-hälsor var plötsligt inte längre kollegor utan konkurrenter men konkurrensneutraliteten var i obalans. Under ett par års tid behöll landstingskommunala och statliga FHV-enheter sina subventioner.

Företagsläkare med etablering/vårdavtal gav sina FHV-enheter fördelar i konkurrensen och bättre chans till överlevnad. Om sjukvårdsarbetet gav mer intäkter än arbetsmiljöinsatserna uppstod dock ett hot mot läkarens kompetens i arbetsmiljöfrågor.

Prisbildningen störtdes av att stora FHV-hälsor bedrev oseriös prisdumpning, kortsiktigt till skada för hela branschen.

Avreglering, marknadskrafter och marknadsekonomi krävde kreativitet för att skapa en företagsanpassad och affärsmässig företagshälsovård. Nyskapande idéer för mångfald att flexibelt marknadsföra blev melodin för dagen. Samtidigt höjdes krav på att bevara rätt kompetens, "vetenskap och beprövad erfarenhet", patientsekretess, fritt läkarval, läkarintegritet och etik.

Vad kunde inte säljas med mördande reklam i dessa turbulensens dagar?

Föreningsstyrelsen försökte förklara skillnader, likheter och samverkansmöjligheter mellan professionerna husläkare och företagsläkare. Beslutet blev att varna för ett alltför okritiskt engagemang för att via en husläkaretablering ge verksamheten inom företagshälsovården ekonomi.

Visserligen har nöden ingen lag men vi vet i dag husläkarsystemets öde.

Inom ett år efter den totala avregleringen fick två av tre företagshälsor stora ekonomiska problem. Alltför många enheter inom företagshälsovården insåg för sent uppenbara omställnings-

krav i en snabbt föränderlig värld. FHV-branschen omprofilerade sin verksamhet och bantade personalen. På två år tappades 10% av kunderna och minskade personalstyrkan med 25%, företagsläkarkåren minskade med 29%.

Statskontoret kunde i sin utredning 1994 utan att ha frågat kunderna rapportera att någon kvalitetsförsämring ej skett.

Produktiviteten angavs ha ökat med 20%, mätt i antalet kunder per FHV-medarbetare.

Utvecklingstid för företagsläkarkompetensen

Under 1980-talet gjordes försök med FV-block i företagshälsovård. Försöksverksamheten strandade på administrativa och ekonomiska problem. Försöket ledde aldrig till en etablerad FV-utbildning för företagsläkare.

Utbildning av industriläkare under 2–4 veckor startades redan 1948 av Statens Institut för folkhälsan. Utbildningen utvidgades 1966, vid Arbetsmedicinska Institutets tillkomst, att omfatta flera personalkategorier inom företagshälsovården.

Företagsläkarkursen vid Arbetsmiljöinstitutet utökades med temaveckor och omfattar numera 9 veckor fördelade på två års tid. SFLF har i samverkan med Arbetsmiljöinstitutet utvecklat företagsläkarkursen till en teoretisk utbildning i tiden.

Riksdagen beslöt 1991 att den tidigare ordningen med ett stort antal medicinska specialiteter skulle ersättas. Målbeskrivning för de olika specialiteterna, men färre till antal, förordades. Socialstyrelsen fick Regeringens uppdrag att se över målbeskrivningar som framtogs under mycket stor tidspress av Sveriges Läkarförbund och dess delföreningar.

Företagsläkarföreningens utbildningsutskott (UTU) omarbetade i samråd med Läkarförbundet målbeskrivningen för företagsläkarutbildningen. SFLF föreslog i första hand en specialistutbildning i allmänmedicin eller i yrkes- och miljömedicin. Påpekades att ett gott alternativ är utbildning i andra medicinska eller kirurgiska specialiteter inom vuxenmedicin. Efter basal klinisk utbildning skulle tjänstgöring fullföljas med handledning under två år inom företagshälsovården. Den teoretiska utbildningen utgjordes av genomgången och godkänd företagsläkarkurs vid Arbetsmiljöinstitutet.

Den nya utbildningen kunde påbörjas 1992 med övergångsperiod och dispensregler fram till och med år 1998.

1994 var det dags att åter se över de snabbt åldrande målbeskrivningarna. Nytt uppdrag från Socialstyrelsen till specialitetsföreträdarna att omforma målbeskrivningarna efter en gemensam mall. Ett dokument med två nivåer, en övergripande målbeskrivning och ett underlag för tjänstgöringsprogram togs fram. Lydelsen blev efter diskussioner på FM 1995 att företagsläkare ska ha specialistkompetens i klinisk specialitet med bred allmänmedicinsk bas. Därutöver krävdes Arbetsmiljöinstitutets företagsläkarkurs samt handledd praktisk tjänstgöring. Omfattningen av denna blev 24 månaders heltidstjänstgöring varav 6 månader på Yrkesmedicinsk klinik.

Föreningens utbildningsutskott var under perioden 1986–1996 starkt engagerat för att följa och utveckla företagsläkarnas basutbildning och fortbildning. UTU har varit kontakten med Arbetsmiljöinstitutets referensgrupp för utbildning, forskning och metodutveckling inom FHV. UTU drev utbildningskrav i frågor som ledarutbildning för företagsläkare och biopsykosocial organisationsmedicin. Samverkan skedde med Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation samt Socialstyrelsens rådgivande grupp för specialistkompetensfrågor.

FUR-tider

Regeringen anslog 1990 1 % av statsbidraget till FHV för att skapa och finansiera ett företagshälsovårdens utvecklingsråd (FUR). FUR skulle vara ett samarbetsorgan för de kollektivavtalsslutande parterna på arbetsmarknaden. Uppgiften var att främja erfarenhetsutbyte, verka för kompetensutveckling och bedriva övergripande marknadsföring. SFLF representerades i FUR via en företagsläkare på SACO-mandat.

1992 sänkte staten anslaget till 0,5% av statsbidraget och 1993 upphörde anslaget helt.

Beslut i FUR skulle fattas i koncensus. Under sin fyråriga saga

hann FUR uppvisa oenigheten mellan de stora elefanterna på svensk arbetsmarknad. Möjligheterna till opinionsbildande verksamhet eller välförankrad marknadsföring blev osannolikt sannolika.

Positivt var att FUR tog initiativ till en välbehövlig utbildning av verksamhetsledare och styrorgansledamöter inom FHV.

En attitydundersökning genomfördes 1993 av FUR som visade att FHV-branschen var på väg att etablera sig som en arbetsmiljöresurs.

Bilagor om FHV presenterades åren 1992–1993 i Dagens Industri, ett gott marknadsföringsinitiativ.

Marknadsföring – information

Sveriges Läkarförbunds etiska regel nr 11 föreskriver att: "Läkare ska avhålla sig från påträngande annonsering och skyltning och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning."

Om marknadsföring av läkare ej var oetisk så ansågs sådan verksamhet alltför länge som näst intill suspekt.

SFLF försökte via Sveriges Läkarförbunds informationsavdelning få delta i förbundets stora annonskampanj 1989 om läkaryrket med helsidesannonser i dagspressen. Föreningsstyrelsens förhoppning var att i samverkan få fram en produkt värd att annonsera. Presenterade förslag avskräckte dessvärre och förblev opublicerade.

SFLF presenterade sig i samverkan med övriga yrkesföreningar på arbetsmiljömässor i bl a Stockholm och Jönköping.

En egen tidning blev verklighet 1988 i samarbete med Mediahuset, Göteborg.

Tidningen Företagsläkaren fann snabbt sin form och blev till och med efterfrågad av vår närmaste omvärld. Trots tillgång till god teknik, välvilliga annonsörer och eldsjälar till redaktörer beslöts att från och med 1996 omvandla tidningen till nyhetsbrev. Kortare pressläggningstider, lättare att utge extranummer och minskade kostnader för en krympande förening blev till sist utslagsgivande. Gunnar Spång och Håkan Sterlind *TACK* för sex års medial prestation!

Läkartidningen, Arbete-Människa-Miljö och andra liknande publikationer når en större läsekrets och har utnyttjats under åren. SFLF har provat andra mediala kanaler såsom Dagens Medicin och Dagens Industri för att nå ännu fler läsare.

Föreningens problem har varit att få de stora tidningsdrakarna att acceptera artiklar som så hot stoff att publicering sker.

De första åren på 1990-talet lades mycken tankemöda och arbetskraft ner på att skapa en marknadsförings- och informationsstrategi. Ett material togs fram men drunknade delvis i förändringens stormvind 1993.

1991 genomgick ledamöterna i föreningstyrelsen en kurs i massmediateknik som gav råg i ryggen på deltagarna. Publicering av arbetsmedicinska sakligt underbyggda artiklar och med information om SFLF ansågs dessvärre ej locka lösnummerköpare. Artiklarna förblev i stort sett opublicerade.

Tider av lobbying

Uppvaktningar av politiker och beslutsfattare – lobbyverksamhet – för att framföra föreningens synpunkter blev 1993 ett livsvillkor. Utredningsverksamhet och politiskt arbete förändrades, möjligheten att påverka krävde tidigast möjliga åsiktsnärvaro i beslutsprocessen – lobbying.

Styrelsen ökade aktivt lobbyverksamhet och kontakter mot alla tänkbara samverkanspartners. Tidsåtgången blev formidabel, genomslagskraften ledde till förståelse, till och med samsyn. Besluten blev som mest förtroendeskapande åtgärder men utan reell ekonomisk utdelning. Beslutsfattaren, som utsattes för föreningens lobbyverksamhet, imponerades av att SFLF skötte uppvaktningarna i egen regi.

Röt musen förgäves eller måhända avstyrdes ett och annat katastrofalt beslut?

Nationella och nordiska kontakter

Tankeutbyte med övriga yrkesföreningar inom företagshälsovården hade skett under många år. Under föreningens femte decennium har Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF) bildats och

efter hand funnit sin roll i yrkesföreningarnas samverkansgrupp.

En samverkansgrupp som träffades tre till fyra gånger årligen och diskuterade aktuella gemensamma intressefrågor inom FHV. Om total enighet rådde i en viss fråga kan hänvisas till konsensus vid debatt i annat forum.

Om enighet ej förelåg kan ej refereras till gemensam ståndpunkt. Samverkansgruppen blev ett diskussionsforum i orostider för att penetrera åsikter, utväxla synpunkter och eftersträva samsyn.

Kontakter med broderföreningarna i våra grannländer påbörjades tidigt i föreningens historia. Utveckling skedde bl a i Nordiska Industriläkarrådet där dock samvaron under senare år gått på sparlåga. Tvärvetenskaplig internationell kontaktorganisation var International Congress on Occupational Health med världskongresser vart tredje år, 1996 i Stockholm.

Tider av individrelaterade krisreaktioner

Ett tecken i brytnings- och orostid var att enskild föreningsmedlem utvecklade en personlig krisreaktion. Utlösande faktor var ofta företagsläkarens svåra yrkesroll externt mot arbetsmarknadens parter eller internt i kunskapsföretaget.

Företagsläkare var välförtrogna med de psykologiska mekanismerna bakom en krisreaktion men att hantera egen situation kan bli övermäktigt. Läkaren är i sin egen kris lika hjälplös som lekmannen.

Behov ansågs föreligga för att erhålla snabb enskild hjälpinsats. Ett handlingsprogram för företagsläkare i kris efterlystes inkluderande ett försäkringsalternativ via Salus. Läkarförbundet undersökte via Salus en försäkringsteknisk lösning men svaret blev att en sådan ej var möjlig.

Företagsläkare i kris rådde att vända sig till den lokala företagsläkarföreningen eller den lokala läkarföreningen. Vid behov fanns möjligheter att utnyttja resurser på Sveriges Läkarförbund. Andra diskuterade alternativ var svåra att göra rikstäckande och hade ohanterliga kostnader.

Facklig hemvist

SFLF hade sedan 1977 varit en av Sveriges Läkarförbunds yrkesföreningar, periodvis med säte i flera av förbundets centrala organ. Specifika företagsläkarfrågor bevakades av SFLF som också var remissinstans och talade för utveckling av företagsläkaryrket. SFLF har haft förmånen av ett kansli med kanslisekreterare inom Sveriges Läkarförbund, en ovärderlig kontakt och stödpunkt.

Under föreningens femte decennium har Ulla-Britt Thorsell varit navet och klippan i vårt kansli. Hedra den som hedras bör. Tack Ulla-Britt, som njuter sitt välförjänta pensionärsotium efter FM 1996.

Från förbundets förhandlingsavdelning har ombudsmän fungerat med speciellt kontaktansvar för SFLF liksom inom utredningsavdelningen. *TACK* Björn Klint och Robert Wahren.

Under krisens år behövdes många kontakter med Sveriges Läkarförbund. Vid riksstämman 1992 ordnades en hearing med åsiktsutbyte mellan förbundets ledning och föreningens medlemmar. Samarbetsformen med Sveriges Läkarförbund finslipades och inställningen till företagshälsovård och företagsläkare klargjordes. SFLF har varit den fackliga organisationen för intresseföreningen Svenska Skolläkarföreningen inom Sveriges Läkarförbund.

Förändringstid skapar utveckling och kvalitet

En verksamhet som förändrades från planhushållning till marknadsstyrning gav två av tre FHV-hälsor problem. 1993 gav Regeringen Arbetsmiljöfonden i uppdrag att utveckla ett kvalitetssäkringssystem inom FHV. Orsaken var företagshälsovårdens försvagade ställning på marknaden. Krav på kvalitetskriterier ansågs befrämja en konkurrenskraftig företagshälsovård.

Projektet har föreslagit en ny definition av begreppet företagshälsovård samt en tjänstematris för att beskriva företagshälsovårdens kärnverksamhet, lämplig att kvalitetssäkra.

Riksdagsbeslut tagna på basis av senaste decenniets utredningar utökade arbetsgivarens ansvar. Ansvar för sjukfrånvaro, arbetsmiljö och rehabilitering till arbetslivet.

Ett ansvar som gav de lokala arbetsgivarna behov av företagsläkarens kompetens, givetvis till affärsmässiga priser, och ett skäl att andas optimism inför framtiden.

Begreppet företagshälsovård

Med företagshälsovård menas den verksamhet som

- bedrivs inom områdena arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering
- är en professionell och oberoende resurs för såväl uppdragsgivare som brukare
- med kontrakterade tjänster erbjuder uppdragsgivaren kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa
- baserat på en sådan helhetssyn, lämnar förslag till åtgärder och aktivt verkar för att dessa genomförs.