SVENSKA FÖRETAGSLÄKARFÖRENINGEN

19 40 år 86

Digital konvertering den 23 oktober 2014
Jan Rosén, ordf. SFLF

SVENSKA FÖRETAGSLÄKARFÖRENINGENS UTVECKLING UNDER 40 ÅR 1946 -1986

Erfarenheter från verksamheten och personliga synpunkter på utvecklingen
av
Sven Forssman och Lars-Eric Lindberg

Inledning

Situationen före Föreningens tillkomst 1946 beträffande industriläkares verksamhet kännetecknas av "bruksläkare", som i vissa storindustrier, ofta belägna i isolerade brukssamhällen, tillgodosåg sjukvård för anställda och ofta även för deras familjer. Det fanns i Sverige en lång tradition av bruksläkarverksamhet.
Verksamheten uppkom genom att bruk - järnbruk, pappersbruk, gruvor, vissa stora verkstadsindustrier hade stort behov av sjukvård för sin personal. Ofta var det långt till den offentliga sjukvården med provinsialläkare, sjukstugor och sjukhus. Den offentliga sjukvården var för hundra år sedan inte så utbyggd. Om det på relativt kort tid på en liten ort etablerades en industri med 1000 - 2000 anställda, blev behovet av välorganiserad sjukvård, särskilt behandling av olycksfall i arbetet påtagligt.

I och med industrialiseringen på 1800-talet ökade antalet maskinolycksfall och antalet fall med invaliditet påtagligt. Effektiv sjukvård behövde ordnas på orten, eller i varje fall inom kort avstånd från bruket. En bruksläkare anställdes då jämte erforderlig personal av sjuksköterskor och assistenter, ibland blev det den närmaste provinsialläkarens väsentliga arbetsuppgift. Ofta byggdes en sjukstuga med 20-tal sängar för vård av svårare fall. Då det var långt till ordinarie sjukhus, ordnade ofta bruket även sjukvård för de anställdas familjer. "Fri sjukvård", kostnadsfritt, för de anställda och deras familjemedlemmar var en uppskattad "löneförmån", men den var begränsad till när bruksläkaren anlitades. Sjukvård hos andra läkare bekostades i regel av den sjuke, något "fritt läkarval" existerade således ej. Men det var i regel ej något problem, då den erfarne och kunnige bruksläkaren kände väl till sina patienter genom årslång erfarenhet, vilket var en fördel.

Utvecklingen kan i detalj studeras i Johan Ponténs utmärkta skildring: "Från Kronobergare till företagsläkare: berglagsfolk och gruvläkare i Falun genom fyra sekler", Örebro 1973. Några industriläkare med långvarig erfarenhet har på 1960-talet på initiativ av Sven Forsman sammanställt sina erfarenheter bl.a. Ossian Eskång, Hofors, Gösta Johansson, Bofors, Carl Gustaf Sundell, Grängesberg, Stig Thomée, Malmö och dessas redogörelser kommer inom kort att föreligga i tryck.

Så småningom förändrades bruksläkarens problemställningar och även arbetsuppgifter. På 1930- och 1940-talen tilldrog sig hälsorisker i arbete, särskilt genom kvartsdamm, som gav upphov till silikos, och arbetet, med bly och blyföreningar, som gav upphov till blyförgiftningar, ökad uppmärksamhet. Obligatorisk sjukförsäkring för vissa yrkessjukdomar infördes 1983, med obligatoriska läkarundersökningar vid nyanställning och regelbundna undersökningar av exponerade arbetare. Särskilda, av medicinalstyrelsen förordnade besiktningsläkare i regel länets förste provinsialläkare

utförde dessa undersökningar, men så småningom förordnades industriläkarna på platsen som besiktningsläkare att utföra dessa undersökningar.

Det fanns dessutom flera yrkessjukdomar, där tidig diagnos och ökade förebyggande åtgärder, eventuellt omplacering av sjuka, infördes frivilligt genom bruksläkarnas försorg. Rehabilitering av invalider, efter olycksfall i arbete, började komma igång, med omplacering av skadade till lättare arbeten o s v. Förebyggande åtgärder på arbetsplatsen började tilldraga sig ökad uppmärksamhet.

I Norge började en grupp läkare redan 1943, under kriget och ockupationen, intressera sig för att utforma en "modern" företagshälsovård. Det bildades av några intresserade läkare ett "bedriftslaegeudvalg" för att utveckla planerna. 1946 godkändes programmet av Norsk Laegeforening, varefter Norsk Laegeforening, Norsk Arbeidsgivareforening och Arbeidemes Faglige Landsorganisation bildade ett tillsynsorgan, Bedriftslaegerådet, en 3-mannagrupp.

De tre ledande personerna var Haakon Natvig, senare professor i hygien i Oslo. Eyvind Thiis-Evensen, industriläkare vid Eidanger Salepeterfabriker Norskhydro i Porsgrunn och Arne Bruusgaard, läkare vid Norska yrkesinspektionen i Oslo. Även Natvig och Bruusgaard var även verksamma som industriläkare. Natvig och Thiis-Evensen har i en bok skildrat tillkomsten och den senare utvecklingen: Arbeidsrniljö og helse, Yrkeshygienens og bedriftstjenestens frembrudd og utvikling i Norge, Norsk Bedriftsheletjeneste, Oslo, 1983.

Utvecklingen av industrihälsovården i Norge på 1940-talet väckte stort intresse inte bara bland svenska industriläkare utan även bland svensk industri. Socialchefen i ASEA Axel Edström sökte 1945 upp dr Gösta Hultgren, då ombudsman i Sveriges läkarförbund för att ta hjälp med att utveckla en modern industrihälsovård i ASEA, Västerås. En plan utarbetades av Edström och Hultgren, med ledning av den norska modellen men med tillägget att även sjukvård bedrevs av industriläkaren, men under förutsättning av det fria läkarvalet. Man önskade bibehålla en viss sjukvård, enligt svensk tradition från bruksläkarverksamheten men att ge den "acceptabla dimensioner", så att den inte inskränkte på den förebyggande verksamheten. Den "moderna företagshälsovården" i ASEA, Västerås, från starten och senare under många år under industriläkaren Allan Hedfeldts skickliga ledning kom att tjänstgöra som modell för företagshälsovården i Sverige under de närmaste 10-20 åren.

Av betydelse för industrihälsovårdens utveckling och även tillkomsten av föreningen var att Statens Institut för Folkhälsan tillskapats 1938, med tre avdelningar, allmän hygien, livsmedelshygien och yrkeshygien. Från 1943 fick den yrkeshygieniska avdelningen nära kontakt med industriläkare i anledning av behov av utredningar av nya yrkeshygieniska problem på arbetsplatsen betr. t ex koloxid, bensol, kadmium, bly och nickel. 1943 tillträdde Sven Forssman som professor och chef för den yrkeshygieniska avdelningen. Kort därefter blev Gunnar Fischer professor och chef för den allmänna hygieniska avdelningen och professor i hygien vid Karolinska Institutet, och blev senare på deltid rådgivare i företagsmedicin åt LM Ericsson. Fischer och Forssman kände varandra väl sedan Lundatiden och samarbete och vänskap var väl etablerade.

Föreningens tillkomst

Erik Husmark, bruksläkare i Sandviken och Gösta Hultgren, då ombudsman i läkarförbundet men tidigare stadsläkare i Ronneby och då även bruksläkare vid Kallinge Bruk utanför Ronneby, diskuterade 1945 behovet av en organisation för industriläkare, för att regelbundet träffas och utbyta erfarenheter. Det var av särskilt intresse med hänsyn till den snabba förändringen av industriläkarnas arbetsuppgifter och tillskapandet av nya industriläkarverksamheter. Ett stadgeförslag till en industriläkarförening utarbetades av Fischer, Hultgren och Husmark. Den 9 februari 1946 samlades några intresserade på Fischers tjänsterum på Folkhälsoinstitutet till ett konstituerande sammanträde och beslöt enhälligt att bilda Svenska Industriläkarföreningen. Förslaget till stadgar antogs. Närvarande var Axel Ahlmark, Gunnar Fischer, Sven Forssman, Gösta Hultgren, Erik Husmark, Gösta Johansson (Bofors), Karl Kvarnström (Avesta) och Sven Langert (SKF). Torsten Bruce och Sven Skoglund, som var förhindrade att deltaga i sammanträdet, hade även förklarat sig villiga att medverka i Föreningen. Styrelse och revisorer utsågs. Ett arbetsutskott tillsattes, bestående av Erik Husmark, Föreningens ordförande, Sven Forssman, vice ordförande och Gösta Hultgren, sekreterare. - Som nämnt tidigare hade man i Norge ordnat ett samarbete mellan industriläkarföreningen och arbetsmarknadens parter. Styrelsen fick i uppdrag redan vid det konstituerande sammanträdet "att i och för samarbete träda i förbindelse med landets såväl arbetsgivare- som arbetsorganisationer".

I detta sammanhang är det av intresse att citera § 2 i stadgarna, som berör arbetsuppgifterna: "Föreningen har till uppgift att meddela riktlinjer för praktiskt bedrivande av industriell hälsovård, att följa och främja yrkeshygienisk kunskap och forskning, att bland sina medlemmar upprätthålla en god och värdig anda, samt att tillvarata medlemmarnas sociala och ekonomiska intressen". I dessa arbetsuppgifter ingår således en "vetenskaplig" och en "facklig" del.

I många länder blir det vid instiftande av en industriläkarförening en konflikt med privatpraktiserande läkare och olycksfallskirurger, som på deltid ägnar sig åt problem i industrin och ser en industriläkarförening som intrång på deras "revir". Föreningens ordförande Erik Husmark och vice ordförande Sven Forssman fick därför i uppgift att ta kontakt med Sveriges läkarförbund och dess direktör JP Edwardsson: Det var i detta sammanhang betydelsefullt att framhålla industriläkarnas arbetsuppgifter, inriktade på att sköta hälso- och sjukvård för industrianställda med särskild hänsyn till de speciella hälsoproblem, som industriarbete kan medföra och att påvisa att ett tillräckligt antal läkare var heltidssysselsatta eller hade sin väsentliga sysselsättning inom industrihälsovård och - sjukvård eller yrkeshygien. Vid ett lunchsammanträde mellan Edwardsson, Husmark och Forssman fördes en konstruktiv diskussion där industriläkarnas nya arbetsuppgifter specificerades enligt ovan och det redovisades för Edwardsson, att ett erforderligt antal läkare hade sin väsentliga sysselsättning inom industrihälsovård och - några få - dessutom inom yrkeshygien, ett angränsande område. Edwardsson var positiv till Föreningens bildande och dess anslutning till läkarförbundet som en sedvanlig branschorganisation. Industriläkarföreningen blev 1947 antagen som branschförbund av läkarförbundet, dess medlemmar var främst heltidsarbetande industriläkare samt några läkare, som arbetade vid yrkeshygieniska avdelningen med forskning och undervisning, såsom Axel Ahlmark, Sven Forssman och Åke Nyström. 1950 var föreningens medlemsantal omkring 100.

Föreningens och företagshälsovårdens utveckling under de första 25 åren

För Industriläkarföreningen var det viktigt att från början precisera arbetsuppgifterna för en modern industriläkare, särskilt som detta var en ny "specialitet", även om det ännu inte var officiellt erkänd. Arbetet bör omfatta tre huvudområden, hälsovård, sjukvård och rehabilitering.
Hälsovården innebär att bl.a. förebygga yrkesrisker, förbättra arbetsmiljö, anpassa arbetet till människan (ergonomi eller bioteknologi), anpassa människan till arbetet genom att med lämplig arbetsplacering skapa balans mellan arbetskrav och arbetsförmåga. Genom hälsoundersökningar vid nyanställning, vid förändring av arbetet, efter längre tids sjukfrånvaro, av arbetare, som är exponerade för hälsorisker i arbetet såsom kvartsdamm eller blyföreningen, försöker man att upptäcka riskgrupper och fall av hälsopåverkan eller sjukdom i tidigt stadium. Genom tekniska åtgärder försöker man att förebygga hälsofarlig exposition för damm, ångor, gaser, buller o s v.

Sjukvården utföres som en service på begäran av de enskilda anställda, med beaktande av "fritt läkarval". Det var många fördelar att ha samma läkare, som känt dem i regel sedan länge. Tidsbesparingen att ta läkarvård efter tidsbeställning, med kort varsel och nära arbetsplatsen är en stor fördel. Man kan söka läkare för sjuk- vård i tidigt stadium, när industriläkaren är så lättillgänglig. Om specialistvård eller specialundersökningar erfordras, kan industriläkaren remittera direkt till "rätt" specialist i samhället eller på närmaste sjukhus. Vid sjukhusvård kan industriläkaren eller industrisköterskan per telefon hålla kontakt med sjukhuset, och industriläkaren kan efter utskrivningen av patienten från sjukhuset fortsätta behandlingen enligt direktiv från sjukhus eller specialist, ordna smidig övergång till arbetslivet samtidigt genom deltidsarbete eller i början tillfällig omplacering till mindre krävande arbete. Risken med sjukvård inom företagshälsovården är att den kan bliva alltför tidskrävande och inkräkta på den tid, som bör ägnas åt förebyggande åtgärder, hälsovård och rehabilitering och andra arbetsuppgifter. Kravet från de anställda på att erhålla sjukvård på arbetsplatsen inom industrihälsovården är dock ofta stort.

För att erhålla en lämplig balans mellan de tre huvudavsnitten hälsovård, sjukvård och rehabilitering, fixerades så småningom sjukvården till att omfatta högst 50 % av industriläkarens arbetstid, vilket var en förutsättning för att ersättning skulle utgå från den obligatoriska sjukförsäkringen till industrier med företagshälsovård.
En värdefull översikt om "Företagets hälsovård" publicerades av Erik Husmark, Föreningens förste ordförande, redan 1951 i Handboken "Människan och arbetet''. Innan den obligatoriska sjukförsäkringen antogs 1955, ordnades av SAF en studie- resa för den statliga utredningen under ledning av dess ordförande statssekreterare Per Eckerberg med besök vid några industrihälsovårdsorganisationer såsom ASEA, Västerås och Skoghall, vid Karlstad. Härvid påvisades hur en effektiv företagshälsovård med sjukvård bl.a. kan reducera sjukfrånvaron, vilket ur kostnadssynpunkt är värdefullt för sjukförsäkringen. Detta var det huvudsakliga motivet till den senare tillkomna överenskommelsen att företagshälsovård med sedvanlig standard och som inkluderar 50 % sjukvård i sin verksamhet tar ersättning av sjukförsäkringen för sin verksamhet. Denna ordning har sedan fungerat ända till början av 1980-talet, då efter en ny statlig utredning om företagshälsovården nya regler för ersättning infördes.

Som riktlinjer för företagshälsovården infördes senare regeln att för 100 anställda, för det förebyggande arbetet krävdes 1-1,5 veckotimme för en industriläkare och

2-3 veckotimmar för en industrisjuksköterska. Denna regel har ända till början av 1980-talet varit vägledande. Så småningom utvecklades ett system för att studera behovet av åtgärder inom industrihälsovården för det enstaka företaget, med hänsyn till bedömning av experter på yrkeshygien, företagshälsovård och skyddsingenjörer samt förfrågan hos företagsledning och hos de anställda beträffande önskemål om områden eller problem som borde prioriteras. Man fick på detta sätt inte ett stelt system, som kopierades från t.ex. en stor verkstadsindustris företagshälsovård utan i princip en flexibel företagshälsovård, som var utformad enligt det enskilda företagets behov, även om de allmänna principerna var utformade enligt den allmänna planen för företagshälsovård. Detta blev på 1960-talet särskilt aktuellt, när det gällde att utforma företagshälsovård för små och medelstora företag eller för företag med icke-industriell verksamhet.

Med hänsyn till industriläkarens känsliga ställning som läkare åt de anställda dels som medicinsk rådgivare åt företagsledningen är läkarsekretessens genomförande av stor betydelse för att bibehålla förtroende från båda parter. Läkarsekretessen "att ej i oträngt mål yppa vad han iakttagit eller fatt i förtroende meddelat" gäller på samma sätt som för alla läkare men är särskilt betydelsefullt för industriläkaren. Så småningom utbildades den praxis att man kan meddela till företagsledning eller arbetsledare uppgift om en individs arbetsförmåga och hälsorisker i arbetet, men ej uppgift om diagnos och naturligtvis ej iakttagelser vid undersökning eller uppgifter från förtroliga meddelanden. Om det skulle vara av intresse för den anställdes arbetsanpassning med mera information, måste den anställdes medgivande först erhållas. I anslutning till en industrisköterskekurs 1964 anordnades en estraddebatt om industrisköterskans rättigheter och skyldigheter inkluderande tystnadsplikten, med deltagande av byråchef Håkan Rahm, Medicinalstyrelsen, Dr Erik Bolinder, LO, Personaldirektör Nils Swensson, L M Ericsson, Industrisköterskorna Karin Rey-Andersson och Margareta Hedman. Debatten leddes av Sven Forssman, som ordförande, då medicinsk sakkunnig i SAF. Det framkom beträffande tystnadsplikten ungefär samma riktlinjer som redan nämnts ovan. Debatten omfattade tre huvudavsnitt, ansvarsfördelningen mellan industriläkare och industrisköterska, tystnadsplikten och industrisköterskans ansvar gentemot företaget, vilken grad av ansvar kan företaget tycka vara lämpligt att lägga på industrisköterskan. Både SAF och LO önskade utökade förebyggande uppgifter inom företagshälsovården för självständigt arbetande, härför utbildade industrisköterskor, men under läkarens ansvar. Paneldiskussionen finns i sin helhet redovisad i Företagssköterskan nr 4/1964.

Industriläkaren har som ovan nämnts en känslig ställning att han dels skall bevaka patienternas intressen på samma sätt som alla andra läkare, dels som industriläkare tillse de anställdas anpassning i arbetet med hänsyn till arbetskrav och hälsorisker samt den enskilde arbetarens hälsotillstånd och arbetsförmåga och därtill fungera som medicinsk rådgivare åt företaget. I normalavtalet för industriläkare formulera- de Föreningen i början av sin verksamhet detta sålunda: "Han skall utföra sitt arbete som industriläkare i överensstämmelse med ”vetskap och beprövad erfarenhet". Han skall söka bevara ett gott hälsotillstånd hos de anställda och återställa det så snabbt och effektivt som möjligt vid skada och sjukdom med hänsynstagande till socialmedicinska synpunkter och företagets natur och berättigade intressen. Han skall eftersträva ett gott samarbete med övriga behandlande läkare till den sjukes bästa". Dessa riktlinjer intogs i de praktiska riktlinjer för företagshälsovård som publicerades av SAFs medicinska expertis 1958 (förf. Sven Forssman och Nils Masreliez) och har sedan utvidgats och kompletterats av SAF i flera upplagor, den senaste 1982.

Företagsläkarens arbete förutsätter förtroende från båda "parter", företagsledning och de anställda. Det var därför naturligt att Föreningen på ett tidigt stadium tog kontakt med SAF och LO angående företagshälsovårdens utformning. I slutet av 1940-talet tog en grupp inom styrelsen, Husmark, Forssman och Hultgren, även kontakt med Arbetarskyddsnämnden SAFs och LOs gemensamma organ för arbetarskydd och hälsoproblem i arbetet. Föreningens kontakt med parterna underlättades senare genom att Sven Forssman, Föreningens v. ordf. blev från 1951 anställd som SAFs medicinske expert och Erik Bolinder industriläkare vid Svenska Metallverken, Västerås och föreningens sekreterare under många år, blev 1964 anställd av LO som medicinsk sakkunnig. I och med att Föreningens förste ordförande Erik Husmark efter J P Edwardssons bortgång övergått till Sveriges läkarförbund 1951 som dess direktör hade Föreningen goda kontakter med de tre betydelsefulla organisationerna på "området".

För att utveckla industriläkarverksamheten var det viktigt att någon form av meritvärdering infördes vid tillsättning av industriläkartjänster, till ledning för företagsledningen. En meritvärderingsnämnd tillskapades, där Axel Ahlmark gjorde en stor insats, de sökandes meriter för en industriläkartjänst bedömdes efter ett visst system och de tre främsta sökande uppfördes på förslag. Företagsledningen, antingen den var privat, kommunal eller statlig, fick då en värdefull ledning för sin bedömning vid tillsättning av dylika tjänster.

Föreningen var från början mycket intresserad av att utbildning för industriläkare utvecklades. Den första industriläkarkursen startades av Statens Institut för folkhälsan 1948. Den leddes av Sven Forssman och som deltagare sågs de flesta ledande industriläkarna såsom Erik Husmark och Karl Kvarnström. Föreningen satte senare till en kommitté för att följa utvecklingen av utbildning och meritvärdering.

Så småningom utvidgades kurserna till 4 veckor. Genom meritvärderingssystemet stimulerades en specialutbildning att tjänstgöra som biträdande läkare i storindustrier under erfarna industriläkares ledning. Dessutom tillkom utbildningstjänster vid Folkhälsoinstitutets yrkeshygieniska avdelning och vid yrkesmedicinska kliniker.

1951 startade SAFs medicinska expertis årliga fortbildningskonferenser för industriläkare på Yxtaholm. Kliniska yrkesmedicinska seminarier organiserades i samarbete med SAF och yrkesmedicinska Centralen vid Karolinska sjukhuset.

Vid Arbetsmedicinska Institutets tillkomst 1966 utvidgades utbildningen både för industriläkare och annan personal inom företagshälsovården såsom företagssköterskor och skyddsingenjörer. När Arbetsmedicinska Institutet 1972 sammanslogs med Arbetarskyddsstyrelsen fortsattes och utvidgades utbildningen av Styrelsens utbildningssektion.

Vid Föreningens årsmöten togs aktuella vetenskapliga problem upp till behandling vid årsmötets vetenskapliga del.

Den *vetenskapliga delen* av Industriläkarföreningens verksamhet har varit omfattande. Den har framför allt bestått i de föredrag, redovisningar av erfarenheter och diskussioner, som förekommit vid årsmötena, för att följa utvecklingen på området.

Valet av lämpliga ämnen har varit av stor betydelse, liksom de omfattande förberedelserna som vidtagits av Föreningens styrelse, föredragshållare och diskussionsdeltagare.

I första hand behandlades centrala problem såsom målsättningen och omfattningen av industriläkarverksamheten. En första översikt presenterades redan 1947 i Svenska Läkaresällskapet av doktor Gösta Johansson, Bofors, som redovisade "Erfarenheter från industriläkarverksamheten i Bofors", följd av en livlig diskussion. Föreningen ville genom att sammanträda i Läkarsällskapets lokaler markera, att Föreningen nu var en läkarförening, liksom andra, som sammanträdde i Läkarsällskapets lokaler.

Vid åtskilliga tillfällen redovisades vid senare årsmöten verksamheten från andra industriläkarverksamheter, kombinerade med studiebesök t ex vid ASEA, Domnarvets Jernverk, Findus, Grängesbergs gruvor, Höganäs, Rönnskärsverken, där det fanns särskilt många arbetsmedicinska problem, och Volvo-Skövdeverken.

1951 diskuterades vid ett stort möte i Stockholm "Hälsovård och sjukvård i industrin", särskilt hälsokontroll och placering i arbetet.

1947 hade en arbetspsykolog från USA, Bert Hanman kommit till Sverige för att sprida kunskap om de amerikanska erfarenheterna om individuell placering i arbetet med hänsyn till arbetskrav och människans arbetsförmåga. Han föreläste bl.a. för olika grupper av industriläkare om betydelsen av lämplig placering i arbetet för bevarande av hälsa hos arbetarna. Han hade i USA, vid Kaisers skeppsvarv utanför San Francisco utvecklat ett system där arbetskrav och individens arbetsförmåga mättes eller uppskattades beträffande 40 olika faktorer, t ex förmåga att lyfta, bära, se på nära håll, på långt håll, krav på hörsel och hörselförmåga o s v. Detta system prövades på några arbetsplatser men visade sig vara alltför omfattande. Principen var däremot riktig och värdefull ur förebyggande synpunkt. Flera industriläkare utvecklade liknande men enklare och mera praktiska system med 8-10 faktorer, som bedömdes betr. arbetsförmåga och arbetskrav. Sådana system utvecklades t ex av Gunnar Fischer på LM Ericsson, Carl Axel Heijbel vid Volvo-Skövdeverken och Erik Bolinder vid Svenska Metallverken, Västerås. Hanman, som efter några år återvände till USA, publicerade sina erfarenheter i en intressant bok: Bert Hanman, Psysical capacities and job placement, Nordisk Rotogravyr, Stockholm 1951. Sven Forssman hade tillfälle till många stimulerande diskussioner med Bert Hanman både i Sverige och i USA. Hans entusiastiska verksamhet angående arbetsanalys och arbetsplacering var stimulerande för många industriläkare.

Så småningom visade det sig att vid nyanställningsundersökningar i storindustri 75-80 % av de undersökta sannolikt skulle klara de ordinära arbetsuppgifterna och arbetskraven; dessa klassificerades som "normalfall" och fria från arbetshinder. Det var därför praktiskt för industriläkaren att koncentrera sig på de 20-25 %, som av medicinska skäl hade något arbetshinder eller nedsatt arbetsförmåga som motiverade särskild omsorg vid placeringen i arbetet. Det var även betydelsefullt, att vid arbetsplacering särskilt uppmärksamma sådana arbeten med mycket höga eller speciella arbetskrav, t ex kranförare, och för dylika arbetsgrupper genomföra ana- lys av arbetskrav och samtidigt läkarundersökning av nyanställda, så att krav och förmåga är i balans.

Ett praktiskt "system för medicinsk arbetsplacering" utarbetades av Carl-Axel Heijbel, Volvo-Skövdeverken, som publicerades och även intogs i SAFs praktiska handledning "Företagshälsovård", Sven Forssman, Gideon Gerhardsson och Nils Masreliez, Stockholm 1966.

Inom föreningen blev det succesivt en förskjutning av intresset från yrkesregister till allmänna hälsoproblem i arbetet, och studier av rubbning av hälsotillståndet, där faktorer i arbetet kan bidraga men ej är huvudorsaken som vid yrkessjukdomar. Liksom vid allmän sjukvård i öppen vård är nervösa sjukdomar vanligen förekommande. För att få ledning till åtgärder inom företagshälsovården vände sig Sven Forssman 1949 till Världshälsoorganisationen, vars chef för Europaregionen doktor Norman Begg, tidigare besökt oss i Sverige på yrkeshygieniska avdelningen. Han sände sin expert i psykiatri, Doktor Hargreaves till Stockholm för diskussion, och 1950 sändes en WHO-konsult, den engelske psykiatern Roger Tredgold till Norden för att under två veckor i vardera Finland, Norge och Sverige diskutera dessa problem, föreläsa för industriläkare och andra grupper. Han rapporterade sedan sina erfarenheter till WHO och föreslog att WHO organiserade en kurs i industripsykiatri och mentalhygien på arbetsplatsen för nordisk personal såsom företagsläkare m fl. Kursen ägde rum 1951 i England på Roffey Park, ett rehabiliteringscentrum för neuroser från industrin. Kursen genomfördes under gemensam ledning av överläkaren doktor Thomas Ling och av Roger Tredgold, och gav mycket värdefull information. Bland de svenska deltagarna var Sven Forssman, Gösta Hultgren, då Föreningens ordförande och Erland Mindus, som senare fick ett WHO-stipendium för att under några månader studera dessa problem i England och USA. Genom publikationer och föreläsningar informerade Mindus senare industriläkarna om utvecklingen på detta område. - SAFs medicinska sektion ordnade senare på Yxtaholm två år i rad fortbildningskonferenser i industripsykiatri och mentalhälsoproblem på arbetsplatsen med de ledande psykiatrerna i Sverige såsom Erik Essen-Möller, Torsten Frey, Curt Åmark och Gunnar Lundquist och 20-30 industriläkare med erfarenhet och intresse för dessa frågor. Ling och Mindus gav ut en bok på svenska i ämnet.

De utländska kontakterna fortsatte och gav Föreningen och dess medlemmar värdefulla uppslag för vidareutveckling. I den första internationella kongressen i arbetsmedicin efter kriget, 1948 i London deltog och föreläste många svenskar, t ex Axel Ahlmark, Sven Forssman och Erik Husmark.

Sven Forssman anställdes 1950 som konsult av WHO några månader per år och medverkade bl.a. i organisationen av det första Europeiska seminariet i arbetsmedicin och företagshälsovård i Leyden, Holland 1952. Där deltog flera svenska deltagare förutom Forssman som Jones, Langert och Mindus. Från Frankrike redovisades den obligatoriska företagshälsovården, baserad på lagstiftning införd 1946 och från Norge redovisade Haakon Natvig det norska frivilliga systemet, men baserat på ett avtal mellan arbetsgivare- och arbetsorganisationer och Norska Läkarförbundet. Många andra intressanta översikter presenterades vid seminariet t ex om industripsykiatri, hälsokontroll i industrin och rehabilitering. Rapporten från seminariet i Leyden och från ett liknande i Milano 1953 publicerades 1955 av WHO i dess bulletin.
Mot bakgrund av dessa erfarenheter och studiebesök i olika länder, främst Norge, gick man i Sverige in för att baseraföretagshälsovården på en överenskommelse mellan SAF och LO. 1954 i mars accepterade SAF och LO i Arbetsmarknadskommittén vissa

grundläggande principer för företagshälsovård. Under förberedelserna höll Sven Forssman under hand kontakt med Erik Husmark som då blivit direktör i Sveriges Läkarförbund för utbyte av information.

Med ledning av dessa av SAF och LO godtagna principer utarbetade Sven Forssman och Nils Masreliez praktiska riktlinjer för företagshälsovård, publicerad av SAF första gången 1958, sedan utkommen i flera utvidgade och förbättrade upplagor.

WHO ordnade under 1950- och 1960-talet "resande seminarier" för att studera företagshälsovård i olika Europeiska länder, där svenska industriläkare hade tillfälle att deltaga, t ex Nils Masreliez vid WHO-seminariet i Frankrike och England och Carl-Axel Heijbel, Föreningens ordf. 1961-1964 , vid WHO-seminariet i Tjeckoslovakien.

Erfarenheter, som kunde vara av värde för Sverige erhölls även vid de vart tredje år återkommande internationella kongresserna i arbetsmedicin, där många av Föreningens medlemmar deltog.

I början av Föreningens verksamhet upptog helt naturligt information om olika *yrkessjukdomar* betr. diagnostik och profylax en relativt stor del av Föreningens vetenskapliga verksamhet. Som exempel kan nämnas föredrag om "Yrkeshudsjukdomar" av Nils Thyresson, "Arsenikdermatoser" av Ivar Holmquist, "Förgiftning med lösningsmedel " av Sven Forssman, "Metoder för blybesiktning " av Åke Swensson och Ivar Holmquist, "Silikos i gjuterier och dammbekämpning" av Axel Ahlmark och C A Heijbel och "Bullerskador och hörselvård " av C A Heijbel, "Hälsoproblem i samband med arbete i stark värme" behandlades av Erik Hohwii-Christensen.

Vid Föreningens 20-års jubileum redogjorde Gösta Hultgren och Sven Forssman för verksamheten under de första 20-åren, som publicerades i Svensk Läkartidning 1966:63, 3171-3182 "Svenska Industriläkarföreningens tillkomst och verksamhet ".

Så småningom började andra problem än yrkessjukdomar att tilldraga sig Föreningens och dess medlemmars intresse. Det gällde särskilt sjukdomar där arbetet ej är den enda eller dominerande orsaken men väl kan utgöra en betydelsefull bidragande faktor. *Neuroser* bland anställda har redan nämnts, information hade samlats in, konferenser organiserats och publikationer distribuerats. Beträffande *Ryggsjukdomar* utförde Lennart Hult en omfattande undersökning av deras förekomst i olika yrkesgrupper, i samarbete med industriläkarna på platsen. Resultaten publicerades av Lennart Hult i en doktorsavhandling och senare i en praktisk översikt "Ont i ryggen'', av Lennart Hult och Sven Forssman, publicerad 1957.

Den medelålders och äldre arbetskraftens problem studerades av Gösta Hultgren som industriläkare, varefter han efter en diskussion vid Föreningens årsmöte 1954, initierade en omfattande studie av ett 10-tal industriläkare. Resultaten sammanfattades av Sven Forssman i publikationen "Äldre i industrin" 1957. Denna första industrimedicinska och socialmedicinska undersökning fortsattes sedan som en tvärvetenskaplig och longitudinell undersökning på 1960-talet. De senaste resultaten publicerades i redogörelsen "40 år i arbetet" 1976 av Sven Forssman, Jan Helander, Göran Olhagen och Nils-Erik Åstrand. Åstrand startade 1984 en ytterligare

undersökning och uppföljning av samma material, som inom kort kommer att publiceras.

Rehabilitering, d v s återanpassning av sjuka och skadade i arbetet, har blivit alltmer aktuell på senare år. Föreningen organiserade på 1950-talet en sammankomst, där dessa frågor belystes av representanter för SAF, LO, Centrala rehabiliteringsberedningen, industriläkare, företagsledare och sjukförsäkring.

Anpassningen av arbetet till människan, till anatomi, fysiologi och psykologi tilldrog sig på 1950-talet en ökande uppmärksamhet. Denna anpassning benämndes i början "bioteknologi '', men namnet ändrades senare för att anpassas till internationell terminologi till "ergonomi". Flera svenskar, såsom Hohwii-Christensen, Sven Forssman och Irma Åstrand brukade delta i det engelska Ergonomisällskapets årsmöten, i regel förlagda till Cambridge, London eller Oxford varje vår i mars eller april. Översikter över aktuella områden presenterades då liksom forskningsrapporter. Intresset för Bioteknologi (ergonomi) ökade snabbt i Sverige såväl bland industriläkare som skyddsingenjörer och produktionstekniker. Svenska Järnbruksförbundet bildade en särskild kommitté för bioteknologi, under ordförandeskap av en känd överingenjör i ett av de större järnbruken och med industriläkaren Johan Pontén som energisk medlem. Man diskuterade då fördelarna för företagen att införa bioteknologi, dels minskad belastning på människan i arbete resulterande i bättre hälsotillstånd, minskad olycksfallsfrekvens och trötthet och i regel, men ej alltid ökad produktion. I kommittén diskuterades mycket dessa två aspekter, minskad belastning på människan i arbete och den ökande produktionen. Pontén hävdade att anpassningen av människan till arbetet var det centrala, och en eventuell produktionsökning sekundär. Till slut begärde man i kommittén votering om detta och den mänskliga aspekten vann med en rösts majoritet. Detta kan anföras som exempel på det stora intresse för bioteknologi, som snabbt utvecklades i Sverige.

Folksam, försäkringsbolaget, och dess chef Seved Apelquist senare medicine hedersdoktor, intresserade sig mycket för människan i arbetet, för arbetarskydd och bioteknologi och startade i början av 1960-talet en stor informationskampanj om ergonomi, "4M, Människa, Maskin, Miljö, Motion'', där ett värdefullt informationsmaterial publicerades genom Folksams försorg och distribuerades för utbildningskurser. Föreningens medlemmar, t ex Sven Forssman medverkade i kampanjledningen och många medlemmar lokalt i utbildningsprogrammen.

Några år senare, i slutet av 1960-talet tog Folksam och Seved Apelquist initiativ till en ny informationskampanj på ett annat aktuellt område inom företagshälsovården, "Mentalhälsovårdskampanjen", där värdefullt informationsmaterial, två böcker med översikter i ämnet författades av Erland Mindus, 1967-1970 för andra gången Föreningens ordförande, och psykiatern docent Curt Åmark. Detta anknöt helt naturligt till de erfarenheter som insamlats med stöd av WHO i början av 1950-talet.

Kampanjen och samtidigt industrihälsovården möttes i slutet av 1960-talet av en häftig kritik, från vänsterpolitiskt håll, i samband med den våg av "studentrevolter", som då gick över Europa. Man ville göra gällande att industrihälsovården styrdes av arbetsgivarna, att industriläkarna var "köpta" av arbetsgivarna för att enbart tillgodose

deras intressen och inte arbetarnas. Flera exempel på personangrepp på enskilda industriläkare kan nämnas från tiden före 1976 års arbetsmiljöavtal.

Vid presentationen av materialet i Metalhälsovårdskampanjen vid lokala föredrag och kurser utsattes fler industriläkare för osakkunniga angrepp, t ex Erland Mindus och även Erik Bolinder, tidigare erfaren industriläkare och under flera år sekreterare i Föreningen, men sedan 1963 medicinsk sakkunnig åt LO. Kampanjen genomfördes emellertid, det distribuerade materialet var av stort bestående värde, och kritiken från de vänsterpolitiska grupperna "rann ut i sanden" i stort sett.
Det var emellertid av betydelse att industrihälsovården hade en sådan ställning att den, som tidigare nämnts, hade förtroende från båda "parter", företagsledning och anställda (se sidan 6). Avtalet mellan arbetsmarknadens parter om företagshälsovård utvidgades och förnyades, och 1976 inkluderades även PTK, det nya avtalet omfatta- de således SAF, LO och PTK. Innehållsmässigt ändrades inte företagshälsovården, men avtalet utvidgades och specificerades. Men för att ytterligare säkra ett gott samarbete och förtroende för företagshälsovården, dess personal och dess verksamhet, bestämdes att från 1976 Skyddskommittén skulle var huvudman för företagshälsovården i det lokala företaget. I skyddskommittén ingår representanter för företagsledning, och för olika kategorier av anställda (arbetare och tjänstemän) men nu med majoritet i skyddskommittén för de anställdas representanter. Detta har i stort sett fungerat väl, men det förutsätter att alla skyddskommittéledamöter är kunniga, och gärna utbildade på något sätt i företagshälsovård, dess målsättning, verksamhet etc. Denna förändring har tagit bort misstänkliggörandet av företagshälsovården som en partsorganisation som skulle arbeta efter arbetsgivarens direktiv.

Det är intressant att se att detta problem, förtroende för företagshälsovården från anställda och företagsledning, uppkommer i många olika länder, men de praktiska lösningarna varierar helt naturligt, men kan vara lärorika för oss i Sverige att ta del av. I Frankrike, där obligatorisk företagshälsovård infördes genom lagstiftning 1946, har de anställdas inflytande bl.a. garanterats genom att den lokala fackföreningen skall godkänna personalutnämningar inom företagshälsovården och även verksamhetens årsrapport. I Polen, där Sven Forssman under längre period tjänstgjorde som rådgivare åt WHO vid tillskapande av ett institut för industritoxikologi och fick tillfälle att under 4 år, 1973-1977 besöka ett stort antal företagshälsovårdsenheter, är med det i Östeuropa rådande politiska systemet arbetarna "ägare" till produktionsapparaten. All företagshälsovårdspersonal är anställd av det lokala företaget utom företagsläkare, som för att garanteras en opartisk ställning är anställda av hälsovårdsministeriet. De utländska erfarenheter, som flera av Föreningens medlemmar hade tillfälle att ta del av, har varit intressanta och lärorika, även om de inte alltid kan direkt tillämpas eller översättas till svenska förhållanden. Grundproblemet är ofta likartat i olika länder. Föreningen har medverkat i diskussioner om företagshälsovårdens framtida ställning, dels i den statliga utredningen på 1960-talet, som leddes av Generaldirektör Otto Westling, dels i den statliga utredningen 1976-1983, som leddes av Generaldirektör Gunnar Danielsson, där man diskuterat införande av obligatorisk företagshälsovård, genom lagstiftning men där dock majoriteten stannat för att bibehålla "frivilliglinjen" baserad på avtal mellan SAF/LO/PTK.

Industrihälsovården utvecklades snabbt på 1950-talet, med stöd av Föreningens verksamhet, av den ökade utbildningen och genom avtalet om företagshälsovård mellan

arbetsmarknadens parter. Det var emellertid påtagligt att företagshälsovården utvecklades huvudsakligen inom storindustrin och andra storföretag. Behov av företagshälsovård i medelstora och små företag kunde täckas dels genom deltidsanställda företagsläkare, i regel inte någon god lösning med hänsyn till arbetets kvalitet, alltid en "bisyssla" dels genom att efter modell från England, Frankrike, Holland och Norge skapa företagshälsovårdscentraler för flera medel- stora och små företag i samma geografiska område. Sedan många år fanns det en dylik central i Karlstad. Trots flera försök var det länge inte möjligt att skapa flera centraler. Erik Bolinder, Sven Forssman och Nils Masreliez gjorde en studieresa till England på 1960-talet för att lära och ta del av deras erfarenheter på detta område.

SAFs medicinska sektion ordnade i början av 1960-talet en diskussion om hur man skulle kunna täcka medelstora och små företag med en effektiv och välanpassad företagshälsovård. I diskussionen deltog Erland Mindus, då ordförande i Industriläkareföreningen, och Erik Bolinder, då Föreningens sekreterare. Man kom fram till att söka skapa några modellcentraler för medelstora och små före- tag. De mycket små företagens problem får sannolikt lösas genom samarbete med den allmänna hälso- och sjukvården i försöksverksamheten.

Avvägningen av hälsovård och sjukvård inom företagshälsovården är en ständigt aktuell fråga. Den behandlades i Föreningen av Nils Masreliez i en översikt 1965. Den kombinationen av förebyggande åtgärder med viss sjukvård och rehabilitering är utan tvivel en effektiv arbetsform för industriläkaren i Sverige. Denna kombination kan emellertid medföra vissa praktiska svårigheter. Sjukvården, som helt naturligt har krav på att bli tillgodosedd med kort varsel, har lätt en tendens att öka i omfattning och då ofta på hälsovårdens bekostnad. Avvägningen mellan hälsovård och sjukvård är ett ständigt problem för industriläkaren, också i relation till den allmänna hälso- och sjukvården. Här är utvecklingen av ett effektivt samarbete och samordning av företagshälsovård och primärvård av stor betydelse. På senare år har Arbetarskyddsfonden i det s.k. FÖLA-projektet studerat dessa frågor, som i stor utsträckning ännu väntar på sin lösning.

Beträffande företagshälsovård för medelstora och små företag utvecklades så småningom en teknik, delvis stimulerad av utländska erfarenheter. Genom utsända experter, en erfaren företagsläkare i flera fall Gösta Hultgren, och en erfaren skyddsingenjör, studerades behov av åtgärder inom varje företag - för att undvika ett stelt system av företagshälsovård och för att anpassa företagshälsovården till det enskilda företagets behov. Dessutom utfrågades företagsledningen och de anställda och den lokala fackföreningen, om vilka problem, som de önska- de få lösta eller som skulle givas prioritet. Man sökte vid planeringen om möjligt även kontakt för att få samarbete och undvika dubbelarbete. Två "modellcentraler" för företagshälsovård tillskapades i Eskilstuna - för medelstora industrier - och i Anderstorp Småland -för medelstora och små företag. Inom de följande 10-20 åren skedde en snabb utveckling, som följts med stort intresse av Föreningen.

Företagshälsovårdscentraler i Sverige, utvecklingen

- 1953 den första företagshälsovårdscentralen startar i Karlstad, Dr Bo Ericsson 1961 fortfarande endast centralen i Karlstad
- 1971 omkring 50 företagshälsovårdscentraler verksamma
- 1975 omkring 150 företagshälsovårdscentraler verksamma
- 1979 omkring 200 företagshälsovårdscentraler verksamma, motsv. 575 000 anställda
- 1982 omkring 289 företagshälsovårdscentraler verksamma, täcker omkr. 9 600 företag och omkring 834 000 anställda, främst i privat industri
- 1984 omkring 329 företagshälsovårdscentraler verksamma, täcker omkr. 12 782 företag och omkring 925 750 anställda, främst i privat industri

Utvecklingen av företagshälsovårdscentraler i Sverige redovisades av Sven Forssman vid den Internationella Kongressen för Arbetsmedicin i Dublin 1984 och finns publicerad i SAFs Occupational Health Series "Occupational Health Services for Small Work-Places, experiences from Sweden". Utvecklingen av företagshälsovårdscentraler framgår av ovanstående tabell.

Arbetarskyddsstyrelsen har det senaste året startat en statistik, för att följa den vidare utvecklingen av företagshälsovård såväl inom privata företag som inom landsting och statlig verksamhet, som Föreningen följer med stor uppmärksamhet.
En redovisning av Arbetarskyddsfondens s.k. FÖLA-projekt startat på 1970-talet för utveckling av företagshälsovård för små företag, i samarbete med landsting, presenterades av Arbetarskyddsfonden i en rapport 1983. FÖLA-projektets ord-förande var Ture Mellblom, sedan många år aktiv i Föreningen och med mångårig erfarenhet som industriläkare.
Arbetarskyddsfonden har 1984 startat ett projekt för att uppnå "heltäckning" av företagshälsovård. Det är framförallt de mycket små företagen och de icke-industriella verksamheterna som behöver täckas av företagshälsovård. Det är härvid viktigt att man med Föreningens medverkan utvecklar ett flexibelt system av företagshälsovård, anpassat till det lokala företagets behov, utvecklar system för behovsstudier, inklusive företagslednings och anställdas önskemål, och system för regelbunden utvärdering av företagshälsovårdsverksamheten. Samarbete med primärhälsovården bör utvecklas, bl.a. genom ömsesidigt utbyte av information lokalt, och regelbundna kontaktkonferenser.

Svenska Företagsläkarföreningen under 1970- 80-talen

Vid årsmöte i Luleå 1971 beslutade Svenska Industriläkareföreningen om namnbyte till Svenska Företagsläkarföreningen. Som tidigare nämnts har föreningen från sin tillkomst huvudsakligen bestått av en mindre grupp läkare men en nära relation till varandra och inom Norden och huvudsakligen arbetande vid de industrier där företagshälsovården har vuxit fram. Till slutet på 60-talet tillkom som ovan nämnts en ny typ av verksamhet bestående av mindre företag som i samverkan bildade företagshälsovårdscentraler. Begreppet industri motsvarade inte längre vårt verksamhetsområde och begreppet företag och företagshälsovård kändes riktigare. Efter 1971 har därutöver den offentliga sektorn som bekant expanderat påtagligt. Bland LO-förbunden har t ex kommunalarbetarförbundet med god marginal vuxit om metallindustriarbetarförbundet

som tidigare varit det största inom LO. Begreppet företagshälsovård är emellertid väl etablerat även inom den offentliga sektorns olika verksamhetsområden.
År 1970 hade SFLF ca 300 medlemmar. Nuvarande medlemsantal 1986 är 1 267 sålunda mer än en fyrdubbling. Känslan av kamratkrets har givetvis minskat bland föreningens medlemmar som efter läkarförbundets omorganisation omfattar också skolläkare samt tidigare medlemmar i administrativa läkares förening. Föreningens lokalavdelningar är därför viktiga för att upprätthålla kontakt mellan medlemmarna. Lokalavdelningar finns formellt konstituerade med stadgar sedan 1975 och i princip samma indelningsområde som läkarförbundets lokalföreningar och med en representation i styrelsen i läkarförbundets lokalföreningar.

Arbetslivets olika branscher ställde delvis specifika krav på företagshälsovården och erbjuder en annan grund för intressegemenskap än den geografiska. Sedan 1973 väljer föreningen branschkontaktmän, för närvarande inom 22 branscher.
Lokala fackklubbar för företagsläkare finns hos några arbetsgivare med många läkare anställda. Den första av dessa bildades av Bygghälsans läkare 1980. Klubbarnas uppgift är att välja facklig representant enligt medbestämmandelagen.
Föreningens växande medlemsantal har medfört att våra välbesökta årsmöten så småningom blivit föreningsdemokratiskt svårhanterliga.

Som den sista av läkarförbundets yrkesföreningar införde Företagsläkarföreningen fullmäktigesystem vilket beslutades vid årsmötet 1981. Vårt första fullmäktige genomfördes sålunda 1982, då lokalavdelningarnas befullmäktigade ombud hade rösträtten vid förekommande voteringar. Fortfarande är givetvis debatten vid årsmötesförhandlingarna fri och livlig. En ny föreningsmedlem tyckte härom året att diskussionen under årsmötet var litet häftig då kombattanterna med stigande ansiktsfärg och röstvolym försökte övertrumfa varandras argument. Då han frågade en äldre medlem "om det alltid är så här på årsmötena" fick han svaret att "nej i år är det ovanligt lugnt." Fortfarande betraktas det dock som litet upphetsande då ordföranden inför en votering i en fråga ställer sin plats till förfogande eller när en styrelsemedlem lämnar såväl mandat som möteslokal under pågående årsmöte (Karlstad 1980).

Policyprogram

Företagsläkarföreningen har under åren arbetat med handlingsprogram med stigande ambitionsnivå. Vid årsmötet 1971 framlade styrelsen ett handlingsprogram i vilket betonades bl.a. utbildningsfrågorna. (Samtliga företagsläkare bör ha genomgått industriläkarkursen, fortbildningen av industriläkare bör ges större resurser och utbildningen bör utformas så att de senare kan få kravet på specialitet i företagshälsovård genomfört.) Vid årsmötet 1972 framlades ett 10-punkt program i vilket talas om samverkan med och inflytande från personalorganisationerna, ökad utbildning i företagshälsovård i läkarens grundutbildning, förbättrad vidareutbildning och universitetsanknytning av vidareutbildning, förbättrad fortbildning samt "behörighet" i företagshälsovård".

Många i föreningen arbetade under åren därefter i flera remissomgångar med det som kom att kallas Tures testamente, "tjänste- och arbetsförhållanden för företagsläkare - program för Företagsläkarföreningen". Detta omfattande och genomarbetade dokument torde knappast ha tillkommit utan eldsjälen Ture Mellbom. Det var många

företagsläkare som deltog i den tankeväckandeprocessen framtill i ett antaget program. Därigenom har detta säkerligen haft stor betydelse för många av oss och vår verksamhet. Programmet innehåller ställningstaganden och kommentarer inom områdena arbetsuppgifter, organisation, resurser, anställningsförhållanden, utbildning, information samt Företagsläkarföreningens arbetssätt.

Meritvärderingsnämnden

Meritvärderingsnämndens regler har moderniserats i och med införande av AT- och FV-utbildningen av läkare. Arbetsmarknadens parter har emellertid under åren i sjunkande grad utnyttjat nämndens tjänster vid bedömningen av sökande till företagsläkartjänster Under 1980 upphörde meritvärderingsnämnden i dess gamla form och verksamheten handläggs numera inom styrelsen.

Centrala rådet

Centrala rådet inrättades vid årsmötet 1976 som ett komplement till det råd som arbetsmarknadens parter instiftat nämligen Vetenskapliga nämnden och Företagshälsovårdsnämnden enligt arbetsmiljöavtalet. Centrala rådet har fyra medlemmar verksamma inom företagshälsovård eller med stor .erfarenhet från företagshälsovård, varav en medlem också är medlem i SFLFs styrelse. Under det första året var rådets verksamhet livlig, rådet uttalade sig om principerna för nyanställningsundersökningar, företagsläkares ansvar vad det gäller anmälan om arbetsskada m.fl. principiella frågor. Olika efterfrågade hälsokontrollers plats i företagshälsovården har också avhandlats t ex kolesterol i blod och rektalpalpation i företagshälsovården. Något kontroversiellt uttalande, som gått emot Vetenskapliga nämnden eller Företagsnämnden har dessbättre ännu icke varit aktuellt.

SFLF i läkarförbund

Under 70-talet har SFLF alltmera engagerats i läkarförbundets arbete utöver föreningens bevakning av de mera specifika företagsläkarfrågorna. Under en tid genomfördes en försöksverksamhet med en av läkarförbundets deltidsanställd (ombudsman Ture Mellblom) som förbundets expert på miljöfrågor. Detta försök kunde inte fullföljas på grund av ombudsmannens svårighet att samtidigt sköta ett ordinarie arbete.

Från 1977 har SFLF varit en av läkarförbundets fullvärdiga yrkesföreningar vilket innebär säte och stämma i förbundets centrala organ Organisationsdelegationen, Utbildningsdelegationen och Förhandlingsdelegationen. Därutöver har Lars Himmelmann på personligt mandat varit knuten till förbundets centralstyrelse. SFLFs engagemang i läkarförbundets inre arbete har tveklöst betytt mycket för andra läkarkategoriers uppfattning om och respekt för företagsläkaryrket. Arbetet i förbundet har också inneburit stor mängd arbete som utförts inom styrelsen och kansliet vilket bland annat framgår av de alltmer digra förteckningarna över föreningens utredningar och remissvar, vilka står att läsa i årsrapporterna. Detta arbete hade heller inte varit möjligt utan ett väl fungerande kansli, med stöd av läkarförbundet och en hängiven kanslist, Ingrid Hildestrand. Hon har förmått att åstadkomma ett fungerande system i det arbetsmaterial som hanteras från Norrbotten i norr till Skåne i söder, skriva och distribuera information från sekreteraren, ge vänlig och korrekt telefoninformation till en mängd doktorer och samtidigt sprida allmän glädje omkring sig. Tack Ingrid då Du passar på att bli pensionär på föreningens födelsedag.

Organisationsdelegationen (0D)

Den fråga som varit mest engagerande för företagsläkarna inom ODs arbete har varit företagsläkarrollen och relationerna inom med primärvården.
Under mitten av 70-talet uppstod en delvis inflammerad diskussion mellan å ena sidan de allmänläkare som tyckte att företagshälsovård var alldeles onödig och å andra sidan de företagsläkare som med känsla försvarade rätten att utöva läkaryrket i sin verksamhet. I diskussioner och debattartiklar framställdes av några allmänläkare företagshälsovård som en sjukvårdsverksamhet som drivs parallellt med och delvis i konkurrens med övrig primärvård. "Företagshälsovården saknar ideologi" skrev Leif Swanström och startade därmed en mycket nyttig och kreativ självrannsakan inom SFLF. Avvägningen av hälsovård och sjukvård inom före- tagshälsovården hade diskuterats länge inom föreningen. En översikt i frågan skrevs 1965 av Nils Masreliez. Kombinationen av förebyggande arbete, viss sjukvård och rehabilitering fordrar en balansgång som lätt kan komma att prioritera sjukvården.

Inom organisationsdelegationens ram bildades en arbetsgrupp med vardera tre distriktsläkare och tre företagsläkare bildades och kunde så småningom komma fram till en gemensam syn på våra olika arbetsuppgifter. Ett konsensusuttalande från föreningarna framlades i samband med SFLFs årsmöte 1980. I detta markeras gemensamt att företagsläkarens arbetsuppgifter är i huvudsak förebyggande och fullgörs i rollen som arbetsmedicinskt sakkunnig i företaget och organisationen med primärt ansvar för övervakning av eventuellt medicinska och sociala konsekvenser av arbetsmiljön (hälsoskydd). På individnivå är uppgiften arbetsanpassning samt sjukvård med anknytningen till inkl. rehabilitering. Företagsläkarens roll som läkare får ej ifrågasättas. Samtidigt som allmänläkarna var kritiska mot den delvis liberala allmänläkarvården inom företagshälsovården var företagsläkarna kritiska mot företagshälsovård som deltidssyssla utförd av distriktsläkare. Frågan om dubbelspecialisering har diskuterats inom läkarförbundet och till sådan bör man vara restriktiv. Detta innebär att företagsläkaren inte kan bevara reell kompetens inom alla delar av allmänmedicinen eller annan specialitet lika litet som allmänläkaren kan vara kompetent inom arbetsmedicinen utöver sitt eget område.

DLF och SFLF kunde genom sin samsyn åstadkomma beslut inom förbundets organisationsdelegation där de gemensamt framförda synpunkterna tillstyrktes. Detta innebar att för att kallas företagshälsovård skall en verksamhet till inriktning och innehåll motsvara företagshälsovårdsdelegationens rekommendationer.

Deltidsbefattning ar som företagsläkare kan vara en lösning i glesbygd. Man har också accepterat uppfattningen att vid tillsättningen av deltidsbefattningar inom företagshälsovården skall läkaren beredas tillfälle till arbetsmedicinsk vidareutbildning enligt företagshälsovårdens rekommendation och till kontinuerlig fortbildning samt att vid sidan om medicinsk företagshälsovård skall finnas tillgång till kvalificerad teknisk företagshälsovård. Läkaruppgifterna skall definieras till tid och innehåll och adekvat utbildade medarbetare skall finnas till läkarens hjälp.

Efter detta har flera projekt bl. a. FÖLA sökt beskriva och verka för samarbete mellan primärvård och företagshälsovård. Man kan väl knappast säga att praktiskt samarbete

mellan de båda läkarkategorierna blivit regel. Särskilt i storstadsregionerna, där patienterna/de anställda bor och arbetar på olika platser, är kontakterna mellan primärvård och företagshälsovård svåra att åstadkomma.

Utbildningsdelegationen

I utbildningsdelegationen har SFLF kunnat delta i diskussionerna och utformningen av läkarutbildning i allmänhet och företagsläkarutbildning i synnerhet. Beträffande alla läkares grundutbildning, AT, FV och efterutbildning har pläderats för att kunskaper i arbetsmedicin bör finnas i alla läkares grundkunskaper i enlighet med ILO/WHO Expert Committee on Industrial Medicine 1952.

Diskussionerna om företagsläkarutbildningen har varit av utomordentlig betydelse eftersom de förts under den period då 1976-års företagshälsovårdsutredning ar- betat med samma fråga. I utredningen hade läkarförbundet en representant på expertplats, Sven Kvarnström, liksom också föreningen teknisk företagshälsovård och företagssköterskornas organisation. Inom läkarförbundet har utbildningsdelegationen tagit ställning för en specialitetsutbildning för företagshälsovård ledande till en företagsläkarkompetens. Sådan behörighet för företagsläkare bör kunna erhållas dels genom vidareutbildning till företagsläkarkompetens i form av en modifierad allmänläkarutbildning, dels genom utbildning efter annan medicinsk specialitet förvärvats. I båda fallen ingår Arbetarskyddsstyrelsens företagsläkarkurs 8 veckor samt 6 månaders praktik inom företagshälsovård som del.

De första FV-blocken i företagshälsovård har utannonserats i Läkartidningen 1982 i en försöksverksamhet i samråd med företagshälsovårdsutredningen. Denna för- söksverksamhet har inte lett till någon etablerad FY utbildning för företagsläkare.
Inom SFLF har föreningens utbildningsutskott UTU, i vilket vår representant i förbundets utbildningsdelegation ingått, arbetat med de frågor som framförts i utbildningsdelegationen men också med bl.a. Arbetarskyddsstyrelsens referensgrupp för företagsläkarutbildningen, AGAs referensgrupp för allmänläkarutbildningen och engagemang i efterutbildningskurser i Arbetarskyddsstyrelsens regi.
Utbildningen som grund för ett odelat professionellt engagemang har varit och kommer fortsättningsvis också att vara en mycket väsentlig del av företagsläkarnas profil och egenart för vilken vi fatt stigande respekt bland kollegor inom läkarkåren. Inom förhandlingsdelegationens intresseområde har en fråga väckt starka känslor bland företagsläkarföreningens medlemmar nämligen läkarförbundets förhållande till PTK vilket berör de privatanställda företagsläkarna.

Det var i maj 1975 som förhandlingarna mellan SAF och PTK strandade och PTK utfärdade strejkvarsel vid en rad företag. Kartellen klargjorde också att de i detta strejkvarsel inkluderade företagshälsovårdens personal och att dessa skulle betraktas som strejkbrytare om arbetet fortsatte. En hektisk diskussion mellan SFLFs styrelse och läkarförbundets jurister följde. Företagsläkarnas majoritet menade att starka etiska skäl talade för fortsatt arbete vid en konflikt medan jurister och fackligt sakkunniga talade för strejk. Det ledde till att läkarförbundet varslade om sympatistrejk, vilken dock lyckligtvis inte behövde komma till utförande.

Våren 1977 var det dags igen och både blockad-, strejk- och lockouthot var aktuella. Företagsläkarna kom åter igen på mellanhand. Föreningen uppfattade att starkt tryck

från PTK om solidaritet i konfliktfrågorna. Fortfarande ansåg dock en majoritet av företagsläkarna att den fria ställningen gentemot parterna på arbetsmarknaden talade mot en solidarisering med en av parterna. Denna gång markerade de stridande parterna en vilja an lämna företagshälsovården utanför konflikten vilken sålunda genomfördes utan att företagshälsovården berördes.

En central del av problemet är att läkarförbundet saknar eget kollektivavtal inom det område där PTK hävdar suveränitet. I en konflikt kräver då PTK an även icke medlemsförbund ställer upp dock utan ekonomiskt stöd av kartellens konfliktkassa. 1978 slöts läkarförbundets största kollektivavtal på den enskilda sektorn med HAO innefattande företagsläkare vid företagshälsovårdscentraler anslutna till HAO. Kontakter med SAF har senare också tagits men har icke resulterat i något kollektivavtal med SAF innebärande att företagsläkarna vid de större företagen inom den enskilda sektorn fortfarande är utanför kollektivavtalen.

Frågan om läkarförbundets PTK-anslutning har föranlett ett stort antal kontakter mellan vår styrelse och läkarförbundet men även med PTK representanter. Vid vårt årsmöte 1980 vädrades starka känslor för och emot. Läkarförbundet fick efter votering uppdraget att med PTK diskutera villkoren för en eventuell anslutning av läkarförbundet vilket i så fall skulle beslutas vid ett årsmöte eller ett extra föreningsmöte inom SFLF. Efter detta har tydligen parternas intresse för frågan svalnat. Nu 1986, då PTK varslat om övertids- och mertidsblockad inom SAF området, undantas från början företagshälsovårdens personal.

Kontakter med övriga personalgrupper inom FHV

Sedan många år har tankeutbyte med föreningen teknisk företagshälsovård samt SHSTFs rikssektion för företagshälsovård skett. Arbetet under 1976 års företagshälsovårdsutredning, där organisationerna haft varsin expertrepresentant, har utökat kontakterna. Företagshälsovård som lagarbete har alltmer betonats och är en gemensam attityd gentemot våra uppdragsgivare har blivit alltmer viktig för våra egna arbetsförhållanden. Gemensamma ställningstaganden och utlåtanden, som gjorts efter 1976 års företagshälsovårdsutredning väger säkerligen tyngre än flera fristående toner. LSRs sektion för företagshälsovård, sjukgymnasterna, samt SSR, Sveriges socionomers riksförbund, är också samarbetspartners såväl i vardagslivet som på organisationsplan.

SFLF firar sitt 40-årsjubileum i samband med årsmötet i Kalmar 1986. 40 år är en kort tid. Jämfört med människans livsperiod närmar sig nu föreningen optimum vad beträffar erfarenhet och förmåga. Samtidigt står företagshälsovården inför den svåra uppgiften att genomföra intentionen företagshälsovård åt alla. Denna ambition torde kräva både kreativt nytänkande och uthållighet för att överleva och utvecklas när det gäller redan etablerade verksamheter. Nyetablering på de i regel små arbetsplatser där man hittills inte skaffat sig tillgång till företagshälsovårdens arbetsmiljökunskap är en ytterligare utmaning. En lyckosam 40-års kris med väl tillvaratagna utvecklingsmöjligheter tillönskas Svenska Företagsläkarföreningen, och dess medlemmar .

Problem för framtiden

''Heltäckning ''av företagshälsovården bör eftersträvas, så att alla eller nästan alla arbetande människor har tillgång till en välanpassad företagshälsovård. Det blir av stort intresse för Föreningen att följa Arbetarskyddsfondens nya projekt som startades 1984, för att uppnå heltäckning, med hjälp av regionala grupper.

Det är utomordentligt viktigt att anpassa företagshälsovården till det lokala be- hovet hos arbetsplatserna, grunda den lokala företagshälsovården på behovsstudier av de enskilda arbetsplatserna och utveckla metodik för dylika "behovsstudier". Det är viktigt att härvid även taga reda på arbetsgivarnas och de anställdas önskemål om vilka problem som skall prioriteras. Man bör således eftersträva en flexibel lösning av företagshälsovården och undvika ett stelt, system som lätt utvecklas i olika länder.

Det är i detta sammanhang viktigt att utveckla system för regelbunden utvärdering av företagshälsovårdens resultat. Här kan rapporter från WHOs Regional kontor för Europa och den särskilda arbetsgrupp som i början av 1970-talet arbetade med dessa frågor under ordförandeskap av Sven Forssman, och sedan prövades i en pilotstudie i Finland och i några svenska företagscentraler och företagshälsovård vid några större industrier. Det är viktigt att få en lämplig fördelning av arbetsuppgifter mellan medlemmarna i företagshälsovårdens "basic team", företagsläkaren, företagssköterskan och skyddsingenjören, eventuellt vid behov förstärkta med sjukgymnast, ergonom och psykolog. Det är viktigt att hålla samman arbetet i företagshälsovården till en enhet. Vid stora enheter såsom i verkligt stora företag, utspridda på flera olika arbetsplatser är det svårt att hålla samman verksamheten till en enhet. Det kan lätt splittras upp i olika team-medlemmars verksamheter utan samarbete eller kontinuerlig kontakt.

Det är väsentligt att i den "svenska modellen" bibehålla sjukvård i lämplig omfattning och ha en balans mellan förebyggande åtgärder, sjukvård och rehabilitering. Det är ur flera synpunkter viktigt att slå vakt om företagsläkarens "läkarroll" så att inte arbetet förskjutes från den traditionella företagsläkarverksamheten till administration, utredningar, sammanträden och "pappersexercis". Det gäller också att hushålla med de tillgängliga personalresurserna och utnyttja dem, på det mest effektiva sättet.
Det gäller för företagshälsovården och företagsläkaren att följa med den tekniska utvecklingen, t ex i förväg beakta hälsoriskerna t ex vid användning av nya kemiska ämnen i produktion, vid automation, användning av bildskärmar och att använda databearbetning av arbetsmiljöundersökningar och hälsoundersökningar av exponerade grupper eller andra riskgrupper men samtidigt ha "människan i centrum".

För företagsläkaren är det väsentligt att han i sitt arbete behåller den mänskliga kontakten med anställda, arbetsledare, produktionstekniker och företagsledning. Det gäller för framtidens företagshälsovård att inte bara lösa storföretagens företagshälsovård utan även beakta de mycket små företagens arbetsmedicinska och arbetshygieniska problem.

Det är väsentligt att samtidigt utveckla grundutbildning och vidareutbildning av företagsläkare och annan personal inom företagshälsovården med hänsyn till tekniska och sociala förändringar i företagen och samhället.

Förteckning över ordförande, vice ordförande och sekreterare

År	Ordförande	Vice ordförande	Sekreterare
1946-50	Erik Husmark	Sven Forssman	G V Hultgren
1950-56	G V Hultgren	Sven Forssman	Åke Nyström
1956-58	Stig Jones	Sven Forssman	Stig Thomée
1958-61	Erland Mindus	Sven Forssman	Erik Bolinder
1961-63	C A Heijbel	Sven Forssman	Erik Bolinder
1963-64	C A Heijbel	Sven Forssman	Ossian Eskång
1964-65	Sven Lokander	Sven Forssman	Ossian Eskång
1965-66	Sven Lokander	Sven Forssman	Eric Dahlgren
1966-67	Sven Lokander	Moje Magnusson	Eric Dahlgren
1967-69	Erland Mindus	Moje Magnusson	Sten Granath
1969-70	Erland Mindus	Sten Granath	Moje Magnusson
1970-73	Moje Magnusson	Eric Östlund	Bo Björkqvist
1973-74	Sven Kvarnström	Eric Östlund	Bo Björkqvist
1974-75	Sven Kvarnström	Gunnar Kjellstrand	Eric Zetterqvist
1975-76	Sven Kvarnström	Gunnar Kjellstrand	Ture Mellblom
1976-77	Sven Kvarnström	Lars-Eric Lindberg	Ture Mellblom
1977-80	Lars-Eric Lindberg	Alf Askergren	Bengt-Olof Hegnell
1980-81	Lars-Eric Lindberg	Nils Rogberg	Bengt-Olof Hegnell
1981-82	Nils Rogberg	Bengt-Olof Hegnell	Bo Modig
1982-85	Nils Rogberg	Rune Nordström	Bo Modig
1985-86	Bertil Grönqvist	Rune Nordström	Bo Modig