

Samhällsdiagnos — ett hjälpmedel även i arbetsmiljöarbetet?

Bo J A Haglund

Bjarne Jansson

Exponering för organiska lösningsmedel utgör ett betydande arbetsmiljöproblem. Forskningen har i huvudsak koncentrerats till ämnens medicinska skadeverkningar. Studier av samverkan mellan sjukvården och industrin och modeller för praktiskt skyddsarbete saknas. Syftet med denna fallstudie är att sammanfatta och diskutera ett 10-årigt programarbete mot skador till följd av lösningsmedelsexposition. Arbetet har bestått av att utveckla metoder för tidig upptäckt av patienter med begynnande symtom på lösningsmedelskada inom sjukvården och metoder för praktiskt skyddsarbete inom träindustrin.

Programmet har utvecklats stegvis för att försöka påverka såväl enskilda arbetstagare, organisationer, företag som arbetsmiljöer inom ramen för ett tvärsektorielt samarbete. Arbetet kan sammanfattas i fem steg: i) samhällsdiagnos, ii) vårdprogram, iii) screening och sanering av arbetsmiljön, iv) utbildningsprogram och v) uppbyggnad av en demonstrationsarbetsplats. Resultatet visar på nödvändigheten av ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och övriga berörda sektorer i samhället.

Samhällsdiagnosen är en betydelsefull utgångspunkt för genomförandet av ett organisationsinriktat förebyggande arbete inom arbetsmiljön. Ett exempel på lokalt engagemang i genomförandet av programmet var de regionala skyddsombudens kartläggning (community self diagnosis) av exponeringsförhållandena i området i samarbete med den samhällsmedicinska enheten.

Bo J A Haglund är docent och bitr hälsovårdsöverläkare och verksam vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Bjarne Jansson är dr med vet och verksam vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg och Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg.

Inledning

Kemisamhällets snabba framväxt under efterkrigstiden har medfört en ökad mängd hälsorisker. Det kvantitativt största problemet inom arbetsmiljön är exponering för organiska lösningsmedel (Bolinder 1988; SCB 1985; Zenz 1988). Den arbetsmedicinska forskningen har i huvudsak koncentrerats kring kartläggning av dessa ämnens medicinska skadeverkningar. (Lundberg 1986; WHO 1985).

Modeller för praktiskt skyddsarbete saknas. Det ringa intresset för denna del av forskningen kan sammanhålla med problemets tvärvetenskapliga natur och bristen på forskningstradition och metodik. Där emot har forskning kring möjligheterna att påverka risker knutna till levnadsvanor som tobak, alkohol och kost och motion via arbetsplatserna utvecklats främst i USA (Novelli et al, 1982; Sloan, 1988). Angelägna områden för tillämpade studier är därför former för samverkan mellan hälso- och sjukvården, företagshälsovården och arbetsplatserna och utveckling av modeller för praktiskt skyddsarbete. Härmed avses former för att nå och påverka riskgrupper och arbetsmiljöer och förutsättningar för att bibehålla uppnådda effekter på lång sikt.

Problemets stora spridning i arbetsmiljön och koncentration till vissa kommuner och branscher har motiverat en strategi byggd på erfarenheterna av samhällsarbete (Swedner, 1983; Svanström & Haglund, 1987). Redovisningen har formen av en fallstudie där hela processen beskrivs, baserat på tio års erfarenheter med betoning på faktorer som bidragit till möjligheterna att bedriva ett långsiktigt preventivt arbete i ett helt län.

Syftet är att beskriva och analysera det valda angreppssättets olika faser och diskutera den valda strategins grad av användbarhet och begränsningar.

Programmets olika faser

Fas 1 – Samhällsdiagnos

I en länsövergripande tvärsnittsundersökning "Hälsoprofil Skaraborg 1977" observerades en ansamling av psykisk ohälsa i kommuner med en koncentration av träindustrier, 29% jämfört med 19% för hela länet (Haglund, 1985). I undersökningen framkom också att vissa branscher hade en överrepresentation av psykiska besvär och psykosomatiska symtom. Exempel på detta var träindustri, måleri, plastindustri och byggnadsindustri.

Neuropsykiatriska symtom hos patienter från enskilda industriföretag hade tidigare uppmärksammats av läkare inom den offentliga sjukvården (Fröbärj et al, 1974; Haglund, 1979). Vid denna tidpunkt ökade intresset för problemet inom den yrkestoxikologiska forskningen i Sverige (Hane et al, 1976). Behovet av en utförlig arbetsmiljöanamnes betonades (Haglund, 1979). Indikationer på problemet förekom således i flera av varandra oberoende källor.

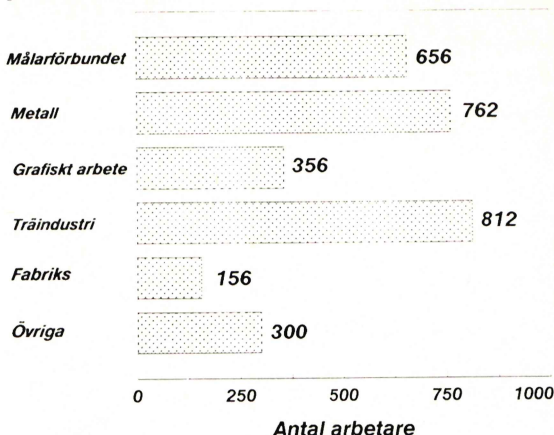
För att få en mer detaljerad uppfattning om problemets omfattning och spridning i länet genomfördes en riktad kartläggning i samarbete med de fackliga organisationerna, ("community self diagnosis"). Kartläggningen omfattade personer som i sitt arbete exponerades för organiska lösningsmedel i ansevärd mängd. Studien visade (Figur 1) att ca 3000 personer var utsatta för lösningsmedel i sådan mängd (4–8 tim/dag) att det kunde utgöra en allvarlig risk för neuropsykiatrisk sjukdom (Haglund et al, 1981). Tibro var kraftigt överrepresenterad med ca 400 personer med hög exponering för lösningsmedel.

De båda studierna låg till grund för diskussioner med olika organisationer om möjligheter till samarbete för att få till stånd ett åtgärdsprogram.

Fas 2 – Länsövergripande vårdprogram

Erfarenheterna från patientutredningar visade på ett behov av utbildning för samtliga läkare och sköterskor i länet som kan förväntas möta dessa patienter. Exempel förekom där patienter med neuropsykiatriska symtom under flera år remitterats mellan olika specialister utan att en arbetsmiljöanamnes inhämtats (Haglund, 1979). Detta föranledde ämnesföreträdare för psykiatri, psykologi, företagshälsovård, sam-

Figur 1. Antalet lösningsmedelsexponerade fördelat på olika branscher.



hällsmedicin och allmänmedicin att ta fram ett vårdprogram och ett utbildningsprogram. Två syften aktualiserades, dels att förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp, dels att tillskapa en handlingsberedskap inom hälso- och sjukvårdsorganisationen för att underlätta genomförandet av arbetsmiljöprogrammet.

Vårdprogrammet omfattar riktlinjer för utredning av patienter med misstänkt lösningsmedelsskada, uppdelat på grundutredning, vidareutredning, rehabilitering, arbetsskadebedömning och individualpreventiva åtgärder (rådgivning). En särskild arbetspärm för läkare distribuerades till samtliga mottagningar inom hälso- och sjukvården där patienter med dessa symtom förväntas söka. Pärmen innehåller riktlinjer för utredning och remissförfarande och hjälpmedel (neurologstatus, frågeformulär och skattningschema) för bedömning av olika medicinska status (Haglund et al, 1982).

Utbildningsprogrammet omfattade samtliga distriktsläkare, företagsläkare, allmänpraktiserande läkare, företagssköterskor och specialister inom internmedicin och psykiatri i länet.

Fas 3 – Arbetsmiljöprogram

i) Organisation och planering. Parallellt fördes diskussioner med organisationer och myndigheter i en av kommunerna med en koncentration av träindu-

striföretag (Tibro). Initiativet till diskussionerna togs av arbetsförmedlingens representant i kommunen. Anledningen var svårigheterna att rekrytera personal till lackeringsarbete pga den oro för skador som uppmärksammats både i massmedia och via den fackliga organisationen.

En referensgrupp bildades 1981 för att:

- vidta åtgärder för att underlätta rekrytering av personal till ytbehandlingsarbete inom träindustrin,
- samordna lokala och centrala förebyggande åtgärder,
- planera och genomföra ett åtgärdsprogram i Tibro kommun.

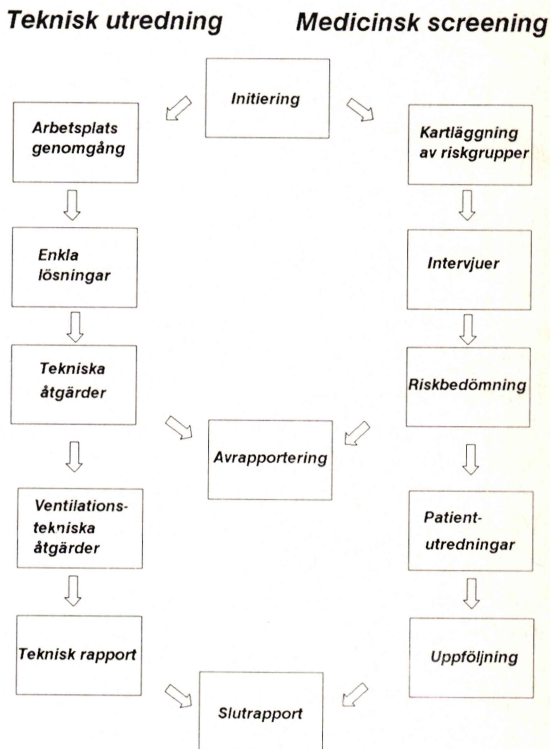
I planeringen av åtgärdsprogrammet deltog representanter från den lokala arbetsförmedlingen, länsarbetsnämnden, arbetsmarknadsutbildningen, träindustriarbetarförbundet, företagshälsovården, yrkesinspektionen, träteknikcentrum och länets samhällsmedicinska enhet. En arbetsgrupp fick i uppdrag att ta fram en projektplan (Axelsson et al, 1982). Ett nationellt intresse förelåg för en generell modell för praktiskt skyddsarbete, vilket bidrog till att projektet till viss del finansierades av Arbetsmiljöfonden. Vid denna tidpunkt pågick också inom Arbetsmiljöfondens kansli ett arbete med att ta fram ett nationellt informationsmaterial om lösningsmedel för samtliga branscher. Samordning av nationellt och lokalt arbete förekom i och med att utbildningsmaterialet prövades i Tibro för träindustriarbetare.

Målgrupper för det lokala programmet var i) anställda som arbetade i riskmiljö, arbetsgivare, arbetsledare och skyddsombud i företag anslutna till företagshälsovården i Tibro, ii) lärare och elever vid arbetsmarknadsutbildningen och gymnasieskolans trätekniska linje.

ii) Modell för praktiskt skyddsarbete. Utgångspunkten för den framtagna modellen är ett systematiskt samarbete mellan medicinsk och teknisk personal inom företagshälsovården presenterat i figur 2 (Jansson et al, 1985). Genom teknisk kartläggning av arbetsplatserna definieras riskgrupper, dvs exponerade arbetstagare som med tiden kan riskera att utveckla arbetsrelaterad sjukdom, t ex lösningsmedelsskada. Regelbunden uppföljning av dessa grupper – riktade hälsokontroller – syftar till tidig upptäckt av tecken på ogynnsamma effekter i arbetet. Genom det inle-

dande screeningförfarandet inringas tekniska och medicinska risker som sedan blir föremål för mer omfattande vidareutredning vars syfte är att bidra med underlag till preventiva åtgärder.

Figur 2. Modell för praktiskt skyddsarbete.



iii) Förankring. Åtgärdsprogrammet presenterades för den lokala företagshälsovårdskommittén i kommunen. I kommittén ingick representanter från arbetsgivarna, de fackliga organisationerna och hälso- och sjukvården. Efter diskussioner kring hur programmet skulle initieras, kostnader och ansvar för genomförande och utvärdering beslutades att programmet skulle genomföras. Den lokala primärvårdsnämnden i Tibro beslutade också att ge ekonomiskt stöd till programmet. Den operativa enheten bestod av läkare, sköterska och skyddsingenjör vid den lokala landstingsanknutna företagshälsovårdscentralen, läkare från yrkesmedicin, epidemiolog från den samhällsmedicinska enheten och konsult från träteknikcentrum. Studiecirkelledare rekryterades vid företa-

gen. De lokala skyddsorganisationerna i företagen informerades via den fackliga organisationen. Programmet omfattade tjugo företag.

Den första kontakten med företagsledning och personal planerades noga. En strategi för besöken utformades som innehöll fyra avsnitt:

- kort information om målsättning och presentation av gruppens erfarenheter av liknande problem,
- information om medicinska risker och utdelning av informationsmaterial,
- översikt av hur lösningsmedel hanterades på företaget,
- snabb återkoppling med förslag till enkla lösningar redan vid det andra besöket på företaget.

iv) Medicinska fynd. Samtliga exponerade fick besvara ett standardiserat frågeformulär för screening av lösningsmedelspåverkan, utarbetat vid yrkesmedicinska kliniken i Örebro (Hane et al, 1980). Den medicinska kartläggningen omfattade 285 personer varav 56 (20%) remitterades till yrkesmedicinsk specialist för vidareutredning. I flertalet fall kunde rapporterade besvär relateras till arbetsmoment med känd hög exponering. Tillförlitligheten kontrollerades genom att uppgifter om hög exponering från den tekniska kartläggningen sammanställdes med arbetstagnas egna uppgifter om besvär.

v) Tekniska åtgärder. Flertalet vidtagna åtgärder var av typen vardagsproblem och bör vara kända av de som arbetar med skyddsfrågor. En av gruppens slutsatser var att förutsättningar för arbetsmiljöförbättringar underlättas om förslagen åtföljs av ritningar, kostnadsförslag och kalkyler som visar inbesparingar av material och energi eller om en produktionsökning kan förväntas (Jansson et al, 1985).

Fas 4 – Studiecirkelutbildning

Samtliga exponerade inbjöds till studiecirklar kring riskerna med lösningsmedel. Studierna förlades till ordinarie arbetstid för att öka deltagarantalet. Särskild ekonomisk ersättning utgick till deltagarna som kompensation för lönebortfallet. Utbildningen omfattade 30 lektionstimmar. Skyddsingenjör och sköterska medverkade som lärare under vissa fackavsnitt. Utbildningen innehöll avsnitt om anatomi och fysiologi, kemiska risker och skador, farliga ämnen, arbets-

hygieniska mätningar, tekniska åtgärder och personlig skyddsutrustning. De medicinska riskerna redovisades med hjälp av en torso (demonstrationsdocka), planscher över nervsystemet och bildmaterial.

Fas 5 – Demonstrationsanläggning

Projektgruppen ansåg det viktigt att även åstadkomma mer långsiktiga och strukturellt inriktade åtgärder. En idé om att tillskapa en demonstrationsanläggning för utbildning (teori och praktik) av personal och elever under utbildning realiserades genom medel från arbetsmiljöfonden. Anläggningen integrerades i den ordinarie möbeltillverkningen vid ett av företagen i kommunen. En 12-veckors kurs genomfördes för AMU-elever (Jansson et al, 1985).

Diskussion

Samhällsdiagnos

Epidemiologisk kartläggning och analys kan användas både i opinionsbildande syfte men också som underlag för planering av konkreta åtgärder. Fastställande av sk samhällsdiagnoser syftar till en effektivisering av kartlägningsarbetet genom att väsentliga kommunspecifika problem kan lyftas fram. Kostnaderna kan hållas nere eftersom flera olika planeringsbehov kan tillgodoses med ett gemensamt epidemiologiskt basmaterial.

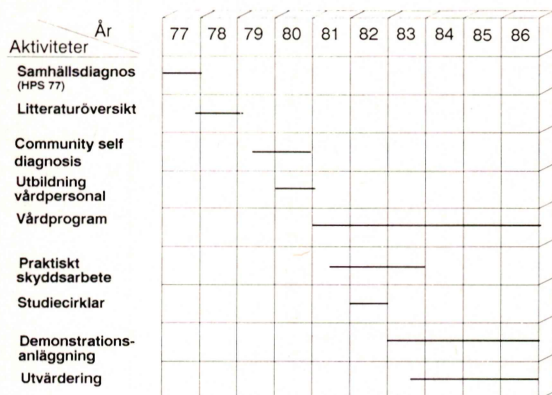
En baslinjestudie, "Hälsoprofil Skaraborg 1977" var en del i ett kontrollerat försök med ett strukturerat vårdprogram mot hypertoni (Råstam, 1983). Studien utvidgades till att studera samtliga kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar (Haglund, 1985). Undersökningens design medgav möjligheter att studera även andra samband på en mer deskriptiv nivå. Någon detaljerad information om specifika arbetsmiljöförhållanden i länets kommuner gick dock ej att få fram. En mer riktad studie var därför nödvändig som underlag för intervention. De indikationer på arbetsmiljöproblem som förelåg kunde dock kvantitativt verifieras genom baslinjestudien. Ett allmänt problem inom hälso- och sjukvården är dock bristen på exponeringsdata som komplement till den löpande diagnosregistreringen.

Den mer riktade kartläggningen (community self diagnosis) som genomfördes tillsammans med de

fackliga organisationerna utgjorde det viktigaste avstampet för den fortsatta interventionen. Problemets omfattning i länet kunde därmed tydliggöras, fler än 3000 arbetare i riskzonen, bidrog till ett djupare engagemang i det preventiva arbetet både från de fackliga organisationerna och företagen.

Det förelåg ej några svårigheter att engagera länets regionala skyddsombud i arbetet. Undersökningen inleddes en början till ett mer organiserat samarbete. Landstingets initiativ väckte både entusiasm och förvåning. Förvåning eftersom man tidigare ej hade några erfarenheter av liknande samarbete och att detta ej uppfattades som en traditionell uppgift för landstinget. Inrättandet av hälsovårdsenheten i början av 1970-talet påverkade möjligheterna att rekrytera specifik kompetens för utveckling av metoder för samhällsdiagnostik.

Figur 3. Interventionsprogrammets olika faser.



Vårdprogram

Vårdprogram syftar till att standardisera och effektivisera arbetet inom sjukvården. Detta kan bidra både till lägre kostnader och en säkrare behandling av patienterna (SPRI, 1982). Det skisserade vårdprogrammet var ett sätt att klargöra ansvarsområden, uppgiftsfördelning och arbetsrutiner.

Kunskapen om lösningsmedelsskador var ej ny inom sjukvården. Symtomen finns beskrivna i litteraturen redan under 1800-talet (Haglund, 1979). Där emot var medvetandet om problemet lågt. Ett problem vad gäller denna sjukdomsgrupp är svårigheter att särskilja dess symtom från vad som är en nor-

malt åldersbetingad utveckling av minnesfunktioner, motorik och varseblivning. Exponeringskartläggning är därför särskilt viktig. Något som läkare i allmänhet har bristande träning i.

Den introducerade decentraliseringen av ansvar för medicinska utredningar av dessa patienter till allmänpraktiker ansågs nödvändig under ett övergångsskede i avvaktan på att den medicinska kompetensen hunnit byggas ut inom företagshälsovården och att yrkesmedicinska länsenheter inrättats. Vissa baskunskaper bör dock finnas inom primärvården så att patienter som saknar företagshälsovård kan fångas upp i ett tidigt skede.

Den kritik som kan riktas mot införandet av ett vårdprogram för denna sjukdomsgrupp är problemets storlek i befolkningen i förhållande till de stora folksjukdomarna. Kriterierna för vad som ska betecknas som folksjukdom uppfylles ej.

Läget vid denna tidpunkt var dock sådant att något måste göras åt den rådande situationen inom sjukvården eftersom många patienter ej togs om hand på ett adekvat sätt. Utbyggnadstakten av yrkesmedicinska enheter motsvarade ej heller behoven. De riktlinjer som sammanställdes hade därför som främsta syfte att utgöra ett hjälpmedel vid utredning av misstänkta fall. För att riktlinjerna skulle komma till användning var det nödvändigt att introducera dessa med hjälp av utbildningsinsatser, eftersom kännedom om de för lösningsmedelsskada typiska symtomen är av central betydelse för att tidigt kunna fånga upp dessa patienter.

Kostnaderna för programmet uppvägs av de samhällskostnader som onödigt långa sjukskrivningar, omskolning och arbetsbyte kan medföra för denna patientgrupp. Exempel på patienter med sk "Odysseus-syndrom" som vandrat runt i vårdapparaten i flera år utan att någon läkare utrett det eventuella sambandet med personens arbetsmiljö förekom i inte ringa utsträckning (Fröbärj et al, 1974; Haglund, 1979).

Arbetsmiljöprogram

I arbetsmiljön förekommer omständigheter som både kan förstärka och försvaga skyddsmedvetande och skyddsbeteende. Användning av skyddsutrustning, som i regel är en enkel åtgärd, medverkar ofta till fysiska obehag som inte alltid uppvägs av de positiva effekterna på välbefinnandet på lång sikt. De nya

typerna av ansiktsskydd med tillförsel av friskluft, sk "streamers" uppfyller dock båda dessa krav, vilket medförde en ökad användningsfrekvens (Jansson et al, 1985). I dessa fall behövs egentligen inte en omfattande pedagogisk verksamhet eftersom graden av upplevt välbefinnande utgör en tillräcklig motivation för en hög användningsfrekvens. Åtgärden kräver heller inga dyrbara investeringar för företaget. Ett radikalt förbättrat allmäntillstånd uppgavs av de som började använda "streamer". Huvudvärk och trötthetskänslor upphörde och luftförmågan återkom (Jansson, 1985).

Kunskaper och erfarenheter av ventilationstekniska problem är ett annat område där arbetsgruppen under interventionsprogrammets kartläggningsfas observerade flera dolda fel. Fel som indirekt givit upphov till konflikter mellan de anställda och arbetsledningen och som hade sin grund i felaktig installation av utrustningen. Trots omfattande investeringar förbättrades ej de hygieniska förhållandena på flera av företagen.

Gruppen uppmärksammade också skillnader mellan företag ifråga om inställning till skyddsfrågor, vilket avspeglades både hos de anställdas dagliga skötsel av utrustning och lokaler, dvs renhållning och ordning och företagens inställning till arbetsmiljön i företaget. I vissa företag iaktogs en ambition att både vilja producera produkter med hög kvalitet men också ett synsätt att vara bäst ifråga om arbetsmiljö. Företagsledningens attityd var således ett viktigt incitament för att åstadkomma en bra arbetsmiljö.

Ekonomiska och tekniska begränsningar utgör i allmänhet en orsak till att åtgärder ej genomförs. God lönsamhet är dock ingen garanti för en bra arbetsmiljö. Exempel på företag med god lönsamhet men brister i arbetsmiljön förekom bland de undersökta företagen (Jansson et al, 1985). Eftersom de lösningar som presenterades innehöll beräkningar om produktionsvinster i form av tex minskade kostnader för lackmaterial underlättades diskussioner och beslut om åtgärder.

En envis facklig kamp för ersättningsprodukter har dock lett till fler vattenbaserade lacker. Även den tekniska utvecklingen har intensifierats till följd av de ökade krav som ställts på hälsosamma arbetsplatser. Ett trist exempel på hur historien upprepas är infö-

randet av sk UV-teknik, vilket innebär att lackmassan stryks på maskinellt och härdar med hjälp av ultraviolett ljus. Denna typ av akrylat-lack visade sig dock ge allvarliga kontaktallergier (Voog et al, 1987). Återigen ett exempel på hur en ny produkt introduceras utan att skyddsfrågorna beaktas i tillräcklig utsträckning.

Trots att företagshälsovården omfattar ca 70 procent av företagen i Sverige ökar många arbetsmiljöproblem, tex belastningssjukdomar (Bammer, 1987). Detta ger anledning till några frågeställningar. En är om företagshälsovården arbetar på fel sätt? En annan är om vi nått så långt man kan inom befintligt produktionssystem? Erfarenheterna från detta program visar dock att man inom befintligt system kan åstadkomma omfattande förbättringar med en relativt liten personalinsats.

Utbildning

Bland deltagarna i studiecirkelutbildningen fanns stora brister vad gäller kunskap om den egna kroppen. Företagssköterskan som undervisade i denna del av utbildningen var därför tvungen att använda visuella hjälpmedel. Inom LO har flera undervisningsmaterial framtagits där hänsyn till bristfälliga förkunskaper tagits. Situationen bör i större utsträckning uppmärksammas inom den yrkestekniska utbildningen.

Demonstrationsanläggning

Inom ramen för projektet startades därför undervisning förlagd till en demonstrationsanläggning med en kombination av teori och praktik kring medicinska risker och tekniska åtgärder.

Integreringen i den ordinarie tillverkningsprocessen gav eleverna en realistisk bild av hur de arbetshygieniska problemen kan lösas praktiskt. Denna typ av utbildning innebär dock att verksamheten är beroende av företagets ekonomi och interna beslutsfunktioner. Fördelarna med en integrerad utbildning är dock större jämfört med en "artificiell" anläggning utan egentlig produktion.

De flesta av de moment som ingått i faserna 1 – 5 är av ett sådant slag att de normalt skall kunna ingå i den ordinarie verksamheten vid en företagshälsovårdscentral. För vissa uppgifter kan hjälp dock behöva

anlitas utifrån, tex läkare eller arbetshygieniker/ke-
mist från yrkesmedicin och epidemiolog.

Hur nå riskgruppen?

En av de frågor som ofta diskuteras i den här typen av interventiva studier är om programmet når/omfattar de grupper och miljöer som är i behov av förändring. Selektion av personer med hög exponering genom att både medicinska och tekniska uppgifter inhämtades bidrog till en större säkerhet i arbetet med att inringa väsentliga riskgrupper och riskmiljöer. En begränsning utgör dock att företagen tillhörde företagshälsovården och ej bestod av ett randomiserat urval av företag i kommunen. Detta begränsar möjligheterna att generalisera resultaten, eftersom det kan förmodas att skyddsorganisationen och det organiserade skyddsarbetet är mindre utvecklat i företag som ej är anslutna till någon form av företagshälsovård. Däremot kunde den aktuella kommunen identifieras som ett område med en hög andel exponerade.

Programmets design har haft ett myndighets- och organisationscentrerat perspektiv. En sådan ansats brukar vara bra på att öka medvetandegraden hos i första hand funktionärer i organisationer, tex hos läkarna. Det finns en risk att ett ovanifrån-perspektiv tar udden av de exponerades egen aktivitet. Det är de som drar nytta av förändringarna som själva måste ta ansvar för själva genomförandet. I och med att de fackliga organisationerna var aktiva i programmet redan vid kartläggningen av problemets omfattning och att flera anställda deltog som studiecirkelledare uppnåddes ett stort engagemang hos riskgruppen. Den höga deltagarfrekvensen i utbildningen var också ett uttryck för att programmet nådde ut till dem som var i störst behov av kunskap. Alla berörda av programmet var representerade i de beslutande grupperna.

Moderna tider — en epilog

Företagshälsovården var under 1970-talet i Sverige föremål för en uppbyggnad och arbetet hade ej hittat sina former. Bristen på läkare är fortfarande stor. I framtiden kommer ökade krav att ställas på företagshälsovårdspersonalens kvalifikationer och kunskaper. Arbetet kommer att förskjutas från rådgivning kring

allmänt hållna arbetskrav, tex hygieniska gränsvärden till uppgifter som i större utsträckning omfattar framtagning av underlagsmaterial för att lösa tekniska och organisatoriska problem (Bolinder, 1988). Detta ställer högre krav på personalens kompetens. Å andra sidan finns den bristande jämvikten i styrkeförhållandena mellan arbetsgivaren, parterna och den rådgivande företagshälsovården i realiteten fortfarande kvar. Trots att vi idag har fler företagshälsovårdscentraler än vårdcentraler, tenderar många arbetsmiljörelaterade problem att öka, tex belastningsskadorna (Bammer, 1987).

Orsaken kan kanske sökas i produktionssystemets ideologiska bakgrund "Taylorismen" som enligt Bravermans (1974) tolkning består av följande tre element:

- Produktionsprocessen skall göras oberoende av arbetarnas kunskaper,
- Själva genomförandet av ett arbetsmoment skall särskiljas från dess planering,
- Arbetsledningen skall använda sin ensamrätt till kunskap för att kontrollera varje steg i produktionsprocessen och dess utförande.

Kombinationen av tekniska och organisatoriska förändringar vid rationaliseringar av produktionsprocessen medför därför en ständig utarmning av arbetets innehåll, vilket ställer lägre krav på yrkeskunskande samtidigt som kraven på de anställdas uthållighet, snabbhet och disciplin ökar (Sandkull, 1981).

Mot bakgrund av detta kan vi urskilja två fenomen eller utvecklingslinjer. Ett fenomen är den individinriktade synen på hälsoproblemen, vilket tenderar att bidra till en perspektivförskjutning mot så kallade livsstilsrelaterade riskfaktorer, där hänsyn ej alls tas till skillnader i levnadsvillkor mellan resurssvaga och resursstarka grupper i samhället. Andelen "livsstilsprogram" har ökat inom arbetsmiljön under 80-talet. Denna perspektivförskjutning har inte uppstått av en slump. Här torde föreligga en skillnad i synsätt både vad gäller hälsopolitik och metodfrågor, dvs på vilket sätt den sk hälsoklyftan bäst kan avhjälpas. Detta leder till två problem. Hälsofrämjande åtgärder som tex syftar till att förbättra våra kostvanor, rökvanor etc tenderar att förbli enbart hälsopolitisk kosmetika om de ej sätts in i sitt sociala sammanhang. Det finns också en risk att orsaker till arbetsmiljöproblem och

därmed berättigade krav på åtgärder flyttas från arbetsgivaren till den enskilde arbetstagaren där hälsoarbetet får legitimera och utpeka livsstilen som orsak till sjukfrånvaro och personalomsättning etc. Genom att anta "blame the victim"-tesen så döljer vi de bakomliggande omständigheterna till våra levnadsvanor, tex den utarmning av arbetets innehåll som pågått under lång tid i hela den industrialiserade världen.

Arbetsmiljöförhållandena kan påverkas men det kräver väl organiserade och sammanhållna program med uppbackning från alla berörda parter. Erfarenheterna visar också, att om arbetsgivaren saknar intresse eller att arbetsmiljöförbättringen har låg lönsamhet för företaget, leder förslagen sällan till några konkreta åtgärder. Eftersom styrkeförhållandena är ojämna behöver de som utsätts för riskerna i dessa fall stöd från alla dem vars främsta uppgift är att se till att åtminstone lagstiftningen på området efterlevs.

Om samhällsorienterade åtgärder av den typ som redovisats skall kunna genomföras förutsätts också att den rådande sektoriseringen i samhället mjukas upp så att hälsoproblem som orsakas av en sektor, men vars effekter kan avläsas i en annan sektor, kan diskuteras och åtgärdas inom ramen för samplanerade hälsoprogram.

REFERENSER

- Axelsson I, Axelsson M, Eggert A, Haglund B, Hassel A, Jansson B, Lundstedt L, Rönnerman M, Tell B. (1982): Att förebygga lösningsmedelsskador – en preventiv modell. Hälsovårdsenheten, rapport i svart serie nr 18. Skövde.
- Bammer G A. (1987): Review of research on repetitive strain injuries. In Buckle P (Ed.) *Musculoskeletal disorders at work*. Taylor and Francis.
- Bolinder E. (1988): Kan företagshälsovården anpassas till framtidens produktionsteknik? *Läkartidningen*, 85: 4586.
- Bolinder E, Englund A, Magnusson E. (1976): Kemiska hälso-risker i arbetsmiljön. Stockholm.
- Braverman H. (1974): *Labor and Monopoly Capital. The Degredation of Work in the Twentieth Century*. Monthly Review Press. New York.
- Fröbärj G, Wedefelt U. (1974): Kan styrenexposition orsaka cerebroläsionella tillstånd? *Läkartidningen* 71: 137–138.
- Haglund BJA. (1988): The community diagnosis concept – a theoretical framework for prevention in the health sector. *Scand J Prim Health Care suppl.* 1: 11–21.
- Haglund BJA. (1979): Lösningsmedel – en förklädnads-konstnär på mottagningen. *Läkartidningen* 46: 4003–8.
- Haglund B J A. (1985): A cross-sectional study as a tool for the community diagnosis process with special reference to cardiovascular risk factors. Thesis, Sundbyberg.
- Haglund B J A, Jansson B, Wramner, B. (1981): Organiska lösningsmedel i Skaraborgs län – förekomst och hälsorisker. Hälsovårdsenheten, rapport i vit serie nr 6. Skövde.
- Haglund B J A, Jansson B, Eriksson R, Frantzich Å, Lind I, Lyngstam O, Westrin C-G. (1982): Psykiska och neurologiska symtom på lösningsmedelsskador – en socialmedicinsk arbetsmodell. *Nordisk Medicin* 97: 85–88.
- Hane M, Hogstedt C. (1976): Psykiska funktionsförändringar hos byggnadsmålare. *Läkartidningen* 73: 318–321.
- Hane M, Hogstedt C, Sundell L. (1980): Frågeformulär om neuropsykiatriska symtom i hälsokontroll vid lösningsmedelsexposition. *Läkartidningen* 6: 435–9.
- Jansson B, Voog L, Tell B, Andersson A G, Axelsson I, Hassel A. (1985): Att förebygga lösningsmedelsskador – en modell för praktiskt skyddsarbete inom träindustrin i Tibro. Hälsovårdsenheten, rapport i grön serie nr 23 och Arbetsmiljöfondens projekt nr 981. Skövde.
- Lundberg, I. (1986): Health effects from solvent exposure in the paint industry. *Arbete och hälsa* 1985: 38, Stockholm.
- Novelli W, Ziska D. (1982): Health promotion in the workplace: an overview. *Health Education Quarterly* 9: 20–26.
- Råstam L. (1983): Vårdprogram för högt blodtryck. Ett försök med strukturerad hypertonivård i Skaraborgs län. Ak avhandling. Skövde.
- Sandkull B. (1981): Koncerner, teknik, inflytande. De anställdas möjligheter till kontroll av den tekniska utvecklingen i industrin. En föreställningsram. *Forskningsrapport nr 106*, Ekonomiska Institutionen, Linköping.
- Sloan R P. (1987): Workplace health promotion: A commentary on the evolution of a paradigm. *Health Education Quarterly* 14: 181–194.
- Sloan R P, Jessie C G. (1988): Participation in workplace health promotion programs: the contribution of health and organisational factors. *Health Education Quarterly* 15: 269–288.
- SPRI. (1982): Vårdprogram för effektivare vård. Stockholm.
- Statistiska Centralbyrån. (1985): Arbetsmiljöstatistisk årsbok. Stockholm.
- Statistiska Centralbyrån. (1985): Folk- och Bostadsräkningen 1985. Stockholm.
- Svanström L, Haglund BJA. (1987): Att förebygga – samhällsmedicin i praktiken. Lund.
- Swedner H. (1983): Socialt arbete. En tankesamling. Lund.
- Voog L, Lilja B G, Axelsson M, Jansson B, von Tell B. (1987): UV-härdande akryllack och allergisk – underlag för riskbedömning och skyddsutbildning inom träindustrin i Skaraborg. Kärnsjukhuset, yrkesmedicin, Skövde.
- WHO. (1985): Chronic effects of organic solvents on the central nervous system and diagnostic criteria. *Environmental Health* 5: 20–35.
- Zenz C. (1988): *Occupational Medicine*. Year book medical publishers inc. 2nd edition, Chicago.