

Företagshälsovårdens produktivitets- och kvalitetsproblem

Gideon Gerhardsson

Professor Gideon Gerhardsson, arbetsmiljöexpert inom Svenska Arbetsgivareföreningen, gör i denna artikel en analys av företagshälsovårdens utveckling och framtid bl a ur produktivitets- och kvalitetssynpunkt.

Gerhardsson framhåller, att företagshälsovården måste fungera än mer förebyggande och skall bygga på avtal, överenskommelser och samverkan. Vidare skall företagshälsovården betraktas som en produktiv kraft inom arbetslivet. Det tvärvetenskapliga angreppssättet betonas, inom vilket tekniska, medicinska, fysiska, psykiska och sociala kriterier vävs ihop.

Företagshälsovården är idag föremål för stort intresse. Den stöds av stora avnämargrupper, av parter och myndigheter. Den tillförsäkras goda resurser och intressanta arbetsuppgifter. En komplikation är att blandningen av teori och praktik, små och stora problem, saknar motsvarighet inom hälsoområdet. Det kan ge svårigheter med innehåll och strukturering som blivit huvudfrågor.

Intressant utveckling

Utvecklingen är intressant. När industrihälsovården började var den medicinskt kurativ och helt skild från det tekniska skyddsarbetet. Läkarnas objektivitet ifrågasattes ibland, särskilt om doktorn spelade golf med den magsårshotade direktören. Men den sjukvård som bedrevs var på det hela taget accepterad och oftast mycket uppskattad. Den konkurrerade inte heller med annan verksamhet. Den tekniska skyddstjänsten återfanns inom de större

företagen, och då närmast som en förlängning av yrkesinspektionens kontroll av arbetsgivaransvaret. Det stora flertalet företag saknade egen skyddsorganisation.

Industri sjukvården betraktades med misstänksamhet av medicinalstyrelsen – läkare drogs från den offentliga sektorn (Ref 1). Arbeterskyddsvärkets organisationsutredning (SOU 1959: 9) skulle överväga lagstadgade skyddstjänstemän för företagens arbetarskyddsfrågor. Utredningen konstaterade att de befintliga skyddstjänstemännen hade en skiftande bakgrund: officer, polis, präst, postmästare, personalkonsulent, arbetsledare, kontorsman, brandchef, brandmästare, sjökapten osv. Men utredningen hävdade att man inte skulle kräva någon speciell examen, teknisk eller annan, för uppgifterna och man avvisade ett obligatorium.

Svenska Arbetsgivareföreningen utarbetade ett tolvpunktsprogram för den medicinska verksamheten 1954 och 1958 som preciserade formulär för läkarundersökningar av nyanställda, regelbunden hälsokontroll, avtal med företagsläkare etc (Ref 2). Dessa riktlinjer vållade betydligt mindre rabalder än nästa utgåva från arbetsgivareföreningen – den blå boken från 1966 (Ref 3). I denna indelades företagshälsovården i en teknisk del, ledd av specialutbildad skyddssingenjör (som SAF startat utbildning för 1959), och en medicinsk del ledd av specialutbildad läkare. Verksamheten skulle vara partsneutral och vägledas av vetenskap och beprövad erfarenhet. Vid en stor konferens ordnad av Arbetsgivarnas ömsesidiga olycksfallsförsäkringsbolag 1966 höll den då kanske mest kände heltidsanställda skyddssingenjören ett engagerat anförande mot tanken på teknisk företagshälsovård. Skyddstjänsten skulle

och förvaltningar skall integreras. Nya ledningsformer studeras i flera projekt. Ett mångmiljonprojekt rörande arbetsorganisation är under uppläggning. I Arbetarskyddsfondens verksamhetsberättelser ges olika exempel på effektiv produktion med god arbetsmiljö och hur man med hjälp av ny teknik kan positivt påverka både arbetets innehåll och organisation. Systemutveckling tillhör de prioriterade områdena. Fonden vill bidra till att nya användarorienterade systemutvecklingsmodeller prövas och sprids. På det toxikologiska området ger fonden långtidsstöd till neurotoxikologi, gentoxikologi och allergologi-hyperreaktivitet.

För alla?

Företagshälsovård för alla är ett uttryck som lever kvar från 1960-talets tillväxtvisioner. Företagshälsovården är visserligen en viktig del av arbetarskyddet, men det är svårt att föreställa sig att alla skulle behöva företagshälsovård. Företagshälsovård för den som behöver den är ett mera realistiskt mål. Företagshälsovårdens bidrag till forskningen gäller väl valda grupper, ej alla anställda. Men även med denna begränsning uppstår det svårigheter att ge företagshälsovården en distinkt profil utifrån den omkringvarande utvecklingen. Företagshälsovård är inte längre det enda alternativet. Olika företag har dessutom olika behov.

I propositionen betonas det tvärdisciplinära angreppssättet. Verksamheten ska väva ihop tekniska, medicinska, fysiska, psykiska och sociala insatser. De basvetenskaper som producerar ny kunskap inom dessa områden är artskilda och de har inte ett gemensamt språk. Samverkansformerna inom företagshälsovården kräver därför en särskild bevakning. Den diversifierade rådgivningen med alla dess problem ställer stora krav på företagshälsovårdsteamets kunnande, sammanhållning och organisation. Ju mera framgångsrik företagshälsovården är, ju mindre behövs den för rutiner på sikt. Man måste därför hela tiden fästa stor vikt vid förnyelsemomenten.

Multifaktoriell bevakning

När det gäller att upptäcka tidiga varningssignaler kommer multifaktoriell påverkan att vara en angelä-

Det behövs övervakningsprogram för tidiga signaler, som kan varna för hälsorisker i arbetet.

gen uppgift för företagshälsovården under lång tid framåt (Ref 8, 9, 10, 11). Av särskild betydelse är ämnen och agens som kan orsaka cancer, fosterskador, genmutation. Det finns redan kriterier och modeller för övervakningsprogram på arbetsplatser och utvecklingen är här snabb (Ref 12). Även om sådan exponering förekommer under fritiden så är det lättare att fånga upp den hos arbetande människor (Ref 13). Detta kräver emellertid att olika typer av arbeten kan klassificeras och att man kan åstadkomma tillräckligt fullständiga arbetsanamneser. Härvidlag har företagshälsovården stora utvecklingsmöjligheter.

Epidemiologiska metoder kombinerade med djurförsök och biokemiska undersökningar är under snabb utveckling. De erfarenheter som vunnits av retrospektiva studier (Ref 14) visar på behovet av epidemiologisk metodik. Medicinsk riskvärdering är nu en högt prioriterad social angelägenhet i industriländerna (Ref 15, 16). Innan man kan uppnå samförstånd kring beskrivningar av acceptabla risker, som i sin tur ska vara grunden för olika åtgärder måste man ha ett så värderingsneutralt vetenskapligt underlag som möjligt. Det finns numera system för hopvägning av olika potentiella risker som antyder de kommande utvecklingsmöjligheterna (Ref 17, 18).

Teknikfrågor

Det är inte möjligt att i denna artikel exemplifiera de nya frågeställningar den tekniska företagshälsovården blir involverad i i samband med olika projekt- och utvecklingsarbeten. Men de skiljer sig avsevärt i tekniknivå från dagens frågeställningar (Ref 19). Att omsätta humankriterier i teknisk tillämpning i den pågående omstruktureringen av arbetslivet är synnerligen kvalificerade arbetsuppgifter (Ref 20, 21, 22). De bevakande och kontrollerande uppgifterna överförs i ökande grad till stabslinjefunktio-

nera. I stället kommer de systeminriktade och optimerande.

Nya strategier

Strategierna för hälsoövervakning är under kontinuerlig förändring och företagshälsovårdens metoder måste anpassas till dessa förändringar.

Flexibiliteten i den medicinska övervakningen är numera stor (Ref 12, 13). Hänsyn kan tas till livsstil, typ av arbete, anställningstid. Olika riskprofiler ger underlag för bl a råd rörande egenkontroll. Organiserade program för att bemästra olika livsstilsfaktorer måste vara både kostnadseffektiva och tillräckligt stringenta. Möjligheten att plotta data tredimensionellt ger utomordentliga möjligheter även för visuell jämförelse. Hur snabb utvecklingen är kan man se om man jämför en projektrapport från Arbetarskyddsfonden (Ref 23) med utländska samtida motsvarigheter, som befinner sig i nästa fas.

De ambitioner som kommer till uttryck i HS-90 planerna är säkerligen svåra att helt förverkliga (Ref 8). Men det övergripande synsättet har konsekvenser för den framtida företagshälsovårdens arbetsätt och arbetsuppgifter. Mycket händer nu inom den förebyggande medicinen. Förtidig död från hjärt-/kärlsjukdomar, slaganfall och flera cancerformer bekämpas framgångsrikt; ledbesvär, urkalkning, förtidig senilitet kan mildras. Stort intresse ägnas upprätthållandet av de äldres immunsystem och forskningen noterar lovande resultat.

Internationellt förändras företagshälsovårdens arbetsmetoder. Under ett antal år framöver räknar man med en ökning med 20% per år i datorsystemens kapacitet. Detta möjliggör ett helt annat utbyte på bred front av vetenskaplig och annan information. De resurser för datorstöd som nu byggs upp inom teknik, ekonomi, ledarskap, organisation, design, konstruktion etc. ger företagshälsovården helt andra externa resurser. Om design, konstruktion

.....

Organiserade program för att bemästra olika livsstilsfaktorer måste vara stringenta och kostnadseffektiva.

.....

och tillverkningsprocesser tas fram mer eller mindre parallellt kan företagshälsovården lämna verkingsfulla bidrag i produkt- och miljöutformningen redan i tillblivelsestadiet. En av de mest omskapande följderna av den pågående utvecklingen är att högteknologiska arbetsformer får stor genomslagskraft på arbetsgolvets nivå och i decentraliserade beslutsprocesser. De dagliga besluten fattas på lägsta möjliga nivå.

Expertsystem

Till datorvärldens mjukvara räknas nu olika kommersiellt tillgängliga expertsystem. I stället för att anställa ett antal experter utnyttjar man sådana system för diagnos av sjukdomar, miljöbedömningar, komplicerade tekniska beräkningar. Man kan köpa sådan assistans utan att ådra sig dyrbar, snabbt föråldrad utrustning. Prolog är ett datorspråk som gör det möjligt för brukaren att på ett användarvänligt sätt fråga sig fram till ett underlag för beslut.

Den pågående omstruktureringen innebär att gamla yrken försvinner och nya tillkommer. Användningen av data- och kommunikationsteknik öppnar stora möjligheter för distansarbete, vilket gör det möjligt att arbeta hemma eller i grannskapet även om arbetsgivaren befinner sig på stort avstånd. I utvecklingen av den femte generationens datorer kombineras hörande, seende och tänkande robotar med människor på ett helt nytt sätt.

En kostnadseffektiv företagshälsovård behöver inte betyda att besparingsskäl omöjliggör kvalitetssträvandena. Men kostnadsjämförelser kan innebära att etablerade rutiner befinns vara för dyra.

Nordsjöns oljeplattformar ger exempel på allsidigheten i nya frågeställningar som omfattar arbetsmiljö, hälsa, säkerhet och effektivitet. En stor studie, som kommer att följas upp, har nyligen avslutats på Statfjordfältet (Ref 24). Här har alla typer av arbetsuppgifter studerats, riskfyllda arbeten, svåra klimatförhållanden, flytande hotell, olika arbetskulturer och språk, skiftgång, beredskapsåtgärder; socialekologiska och epidemiologiska modeller har prövats. De tekniska och mänskliga förändringsprocesserna relateras därvid till varann. Den anställdes helhetsvärdering av sin hälsa sammanförs med andra kunskaper och bildar underlag för åtgär-

Mycket är bra inom nutida företagshälsovård
men det finns även slentrian.

der. Företagshälsovård och friskvård får bli talrika
beröringspunkter (Ref 25).

Sådana strategier ger företagshälsovården nya ut-
vecklingsmöjligheter i takt med tidens förändringar.
Mycket är bra inom nutida företagshälsovård men
det finns även slentrian. Bevakningen av männi-
skans hälsa och välbefinnande måste förenas med
uppföljningen av de tekniska, processberoende pa-
rametrarna. Den sammansmältningen är inte lätt att
åstadkomma men ansträngningarna måste vara dyn-
amiska. Annars övervinner de inte vanans trög-
hetskrafter. Det är en behovsanpassning som gäller
även för små företag.

REFERENSER

1. Företagshälsovården i blickpunkten. Temanr. Läkar-
tidningen 67 Nr 24 (1970)
2. Forssman, S, Masreliez, N: Företagshälsovård.
Stockholm 1958
3. Forssman, S, Gerhardsson, G, Masreliez, N: Före-
tagshälsovård. Stockholm 1966
4. SAF-LO-PTK: Utvecklingsavtal. Stockholm (1982)
5. SAF-LO-PTK: Jämföringsavtal. Stockholm (1983)
6. SAF-LO-PTK: Arbetsmiljöavtal. Stockholm (1983)
7. Företagshälsovård för alla. SOU 1983: 32
8. HS90: Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Hälsorisker.
SOU 1981: 1
9. WHO: Global Strategy for Health for All by the Year
2000. Geneva (1981)
10. Gamble, J, Spirtas, R: Job Classification Utilization
of Complete Work Histories in Occupational Epide-
miology. J. Occ. Med. 18, 239 (1976)
11. Corn, M, Esmen, NA: Workplace Exposure Zones
for Classification of Employee Exposures to Physical
and Chemical Agents. Am. Ind. Hyg. Ass. J. 41, 47
(1979)
12. Keane, JW: Computer-based Occupational Health
Management XXI Int. Congr. Occ. Health, Dublin
(1984)
13. Guidotti, TL: Adaptation of the Lifetime Health Mon-
itoring Concept to Defined Employee Groups not at
Exceptional Risk. J. Occ. Med. 25, 731 (1983)
14. Wall, S, Taube, A: Fallet Rönnskär. DsS 1983: 5
15. Moll, KD, Thiansky, DP: Risk-benefit Analysis for
Industrial and Social Needs. Am. Ind. Hyg. Ass. 38,
156 (1977)
16. Dinman, BD, Sussman, NB: Uncertainty, Risk and
the Role of Epidemiology in Public Policy Develop-
ment. J. Occ. Med. 24, 511 (1983)
17. Gerola, H, Gomery, RE: Computers in Science and
Technology: Early Indications. Science 225, 11 (1984)
18. Buffler, PA, Aase, JM: Genetic Risks and Environ-
mental Surveillance. J. Occ. Med. 24, 305 (1982)
19. IVA: Framsteg inom forskning och teknik 1984. IVA-
Medd 247 (1984)
20. ASF: Mänsklig arbetsmiljö. ASF 1984: 4
21. ASF: Toxikologisk forskning. ASF 1984: 1
22. SAFs Allmänna Grupp: Distansarbete (1984)
23. ASF: Användarkravspecifikation för ADB-stöd inom
företagshälsovården. ASF (1984)
24. Hellesøy, OH (red): Arbeidsplass Statfjord. Oslo 1984
25. Wright, C C: Cost Containment Through Health Pro-
motion Programs. J. Occ. Med. 24, 965 (1982)