

Företagsläkaren och skyddsingenjören



Nils Masreliez

Företagshälsovården har i Sverige i motsats till många andra västländer kunnat integrera den tekniska och medicinska förebyggande företagshälsovården. Möjligheterna till detta har skapats genom ett samarbete mellan arbetsmarknadens parter i hälsovårdsfrågor, vilket torde vara ganska speciellt för svenska förhållanden. Detta framgår av följande artikel av doktor Nils Masreliez vid Svenska Arbetsgivareföreningen, som också ger en översikt över företagshälsovårdens och arbetarskyddets utveckling och aktuella målsättningar i Sverige.

Artikeln bygger på ett föredrag vid en högre kurs för skyddsingenjörer i Svenska Arbetsgivareföreningens regi.

Den målsättning som i början av 1950-talet uppsattes för företagshälsovården här i landet var att "skydda de anställda mot hälsorisker i arbetet, skapa och bevara ett gott hälsotillstånd och en god arbetsförmåga (hos de anställda), medverka till att hälsa och arbetsförmåga återställs så snabbt och effektivt som möjligt vid olycksfall eller sjukdom". Den ökade tyngd som ergonomi och arbetsanpassning erhållit inom företagshälsovårdens ram under det sista decenniet samt det värde man i ökande omfattning tillmäter den integrerade formen för företagshälsovård där densamma strävar att samfundera med företagets övriga funktioner, dvs. produktion i vid bemärkelse, har medfört att till den angivna målsättningen fogats företagshälsovårdens medverkan till bästa möjliga arbetsanpassning och till ur mänsklig synpunkt optimala arbetsbetingelser samt att integrera hälso- och produktionsfrågor.

I vår senaste utgåva av Företagshälsovård (1966) har alltså målsättningen utformats sålunda:

- a) att skydda de anställda mot hälsorisker i arbetet (olycksfall och yrkessjukdomar)

- b) att medverka till bästa möjliga arbetsanpassning och till ur mänsklig synpunkt optimala arbetsbetingelser (ergonomi)
- c) att skapa och bevara ett gott hälsotillstånd och en god arbetsförmåga hos de anställda
- d) att medverka till att hälsa och arbetsförmåga återställs så snabbt och effektivt som möjligt vid olycksfall eller sjukdom
- e) att integrera hälso- och produktionsfrågor

Den verksamhet som modern företagshälsovård skall omfatta utgörs av tekniskt och medicinskt förebyggande åtgärder, sjukvård och rehabilitering.

Hur har då utvecklingen tett sig genom åren?
Vilka faktorer har påverkat densamma?

Från grufve-bardberare till industriläkare

Om vi först begrundar läkarens roll i sammanhanget, av den anledningen att här letar sig traditionerna längst tillbaka i tiden, så kan vi konstatera att läkare fanns på 1500-talet endast vid hovet och hos en och annan av rikets stormän. De var samtliga införskrivna från utlandet. Bardskärare

eller bardberare (barberare) — senare även kallade fältskärer eller kirurger fanns det bättre tillgång på; de bildade ett ämbete som fick privilegier 1571 på rätt att behandla sårskador, yttre åkomor m m.

I Johan Ponténs skrift "Från Grufwe-Bardberare till industriläkare; Bergslagens läkartjänster, läkare och sjukvård under 350 år" kan hämtas att redan under 1600-talets första årtionde fanns vid Stora Kopparberget en "grufwe-bardberare" samt att snart därefter inrättades ett hospital att "användas till dem som blifwa leem lestage anten wid Grufworna eller wid Hyttorna eller ock wid Konsterna, eller ock till faderlösa och moderlösa barn, såsom deras män och fäder kunna blifwa ihjelslagna i Grufworna eller till fattiga förborgade och ålderstigna Bergsmän som ingen lägenhet hafwa till att födha sigh"

Falun som fick stadsrättigheter 1641 anställde 1649 en tysk läkare sk stadsfysicus. Staden hade emellertid svårt att få pengarna att räcka till läkarlönen varför Bergslaget trädde emellan och anställde honom såsom gruve-medicus varvid han dock bibehöll stadsfysicustjänsten mot en mindre ersättning.

Vi konstaterar alltså att kombinationen tjänsteläkare — företagsläkare har tidigt ursprung.

Dessa läkares uppgifter var således av efterhjälpande natur: omhändertagande av ofta svårt olycksfallsskadade människor. Det var en nödvändighet för bruken att själva organisera denna verksamhet då samhället i stort sett saknade sjukvårdande resurser. De efterhjälpande åtgärderna har långt in i våra dagar varit de förhärskande.

Industrialiseringen medförde visserligen nya arbetshygieniska problem som krävde åtgärder i förebyggande syfte men oftast blev det väl vid ett konstaterande att problem fanns men mera sällan blev de åtgärdade. Man upplevde utvecklingen från det rent hantverksmässiga förfarandet till en produktion där allehanda tekniska hjälpmedel och maskiner möjliggjorde en produktion av industriell karaktär. Under denna tid utgjorde olycksfallsvården alltjämt den primära uppgiften för företagsläkaren, samt i mån av förmåga behandling av annan ohälsa som hade med arbetet att skaffa.

Inte endast bruken ansåg sig ha behov av läkarhjälp: även bland annan företagsamhet såsom verkstäder fanns framsynta arbetsgivare som av humana och sociala ambitioner etablerade företagshälsövård. Ett dylikt exempel finns bland andra i grundaren till LM Ericsson, som av en samhällsskildrare betecknas som "en föregångsman icke blott som industriman och arbetsgivare utan även som banbrytare för en sant human uppfattning om sina arbetares behov av läkarvård vittnande om en för sin tid enastående förståelse för vad god läkarvård betyder för företaget och de anställda". Företaget i fråga anställde läkare redan år 1891. Redan 7 år dessförinnan hade i företaget bildats en sjuk- och begravningskassa för de anställda. Att sjukvården alltjämt utgjorde det primära inslaget i läkares verksamhet står klart. Så t ex inköptes en egendom i Örebro län som byggdes om till sanatorium med 20 avgiftsfria vårdplatser för de anställda. Tuberkulos var dåför tiden den kanske allvarligaste folksjukdomen.

Vidgade målsättningar

Under de senaste årtiondena har vi upplevt en period fylld av nya tendenser inom arbetslivet. Nya tekniska framsteg har medfört en snabb utveckling på detta område. Sociala och ekonomiska omvärderingar har medfört krav på förändrade produktionsresultat. Höjning av levnadsstandard och stegrad behovsnivå har medfört en ny syn på arbetet som en del i det totala livsinnehållet. En såväl yrkesmässig som lokaliseringmässig omstrukturering av befolkningen har ägt rum.

En förändring av människans förutsättning att överleva uppkommer genom nya vetenskapliga landvinningar inom hygien och sjukvård med nya förutsättningar för befolkningen evad gäller medelålder, reproduktion och folkhälsa. Befolkningspyramiden har antagit formen av en urna med en markant ökning av individerna i de högre ålderna.

Vi har genom komfortablare levnadssätt fått en kraftigt nedsatt fysisk kondition bland befolkningen. Genom sjukvårdens landvinningar har vi fått en större del än tidigare av den arbetande befolkningen behäftad med fysiska och psykiska be-

gränsningar, som resultat av sjukdomar och skador, som tidigare ej kunde botas. Den ökade stressen i samhället ökar förutsättningarna för svaghet och begränsningar på den psykiska sidan. Den ökande trafiken lämnar stora mängder kroniskt skadade som också i många fall skall sysselsättas. Personer med tidigare obotliga sjukdomar kan nu återföras till arbetslivet osv. allt medförande att arbetskraft rekryteras från en befolkning som i sig rymmer större variationer beträffande prestationsförmåga än tidigare och för vilka stora grupper krävs en selektiv arbetsinplacering, speciell uppföljning och speciell hänsyn.

Den tekniska utvecklingen å andra sidan har bl a genom rationalisering och automation medfört avsevärt mera komplicerade frågeställningar evad gäller den enskildes arbetsanpassning av både fysisk och psykisk natur.

Vi har upplevt hur utvecklingen från det mera hantverksbetonade industriarbetet via styrda, ofta repetitiva lineararbeten där den enskildes möjligheter att påverka arbetsmetoder och arbetstakt varit ytterst begränsade, glidit in i ett tredje skede där alltmera automatiserade arbetsoperationer eliminerar behovet av fysiska insatser från den anställdes sida men i gengäld kräver så mycket mera på den psykiska.

Uppenbart är att det föreligger en motsättning i dessa trender i å ena sidan en befolkningsutveckling som leder till att allt större grupper behäftas med inskränkningar i arbetsförmågan, å andra sidan en teknisk evolution som företer decimerade möjligheter att tillgodose varierande individuella avvikelserns behov av adekvat arbetsanpassning fysiskt såväl som psykiskt.

Genom dessa förhållanden har företagens insatser alltmer måst inriktas på de förebyggande (medicinska) åtgärderna. Sedan man alltmer fått kontroll över arbetsolycksfall och yrkessjukdomar har målsättningen vidgats till att omfatta även andra frågeställningar beträffande anpassning mellan arbetet och människan. Inom detta fält kan läkaren sägas arbeta efter tvenne linjer:

1. Tillsammans med företagets tekniker (skydds- och produktionstekniker) samt arbetsledning söka skapa arbetsformer och arbetsmiljö an-

passade till människans naturliga förutsättningar och begränsningar.

2. Som komplement härtill läkarens anvisning om arbetsplacering grundade på kunskaper om den enskildes fysiska och psykiska kapacitet. Därutöver omfattar den moderna företagshälsövården alla åtgärder som kan vidtagas på arbetsplatsen för att bevara och förbättra de anställdas hälsotillstånd och höja deras allmänna arbetsförmåga. Hit räknas även initiativ för att underlätta tidig återgång i arbetet (rehabilitering).

I och med att samhället, framför allt mellan 1920—1950, kraftigt utbyggt sin sjukvård har behovet för det enskilda företaget att själv etablera sjukvård minskat. Industrisjukvården inriktas numera främst på den "lätta sjukvården", huvudsakligen behandlande lindriga olycksfall och sjukdomar i tidigt stadium för vilka icke krävs tyngre utredningar eller resurser.

Allmänna riktlinjer härför har angivits av bl a C-A Heijbel:

1. *Första hjälpen* vid olycksfall och akuta insjuknanden bör ingå i all företagshälsövård; det samma gäller en viss primär katastrofberedskap.
 2. *Övrig akutsjukvård*, där undersökning och behandling på arbetsplatsen innebär *väsentligt minskad väntetid*.
 3. "Lättare" sjukvård i *första hand av fall som icke fordrar sjukskrivning*.
 4. Behandling av *skador och sjukdomar med nära relation till arbetet*, såvida icke sjukhus- eller specialistvård är påkallad.
 5. *Eftervård åt patienter, som efter sjukskrivning kunnat återgå i arbete*.
 6. *Sjukvård i anslutning till fynd vid hälsoundersökningar*.
 7. *Övrig sjukvård*, där en väl etablerad kontakt mellan företagsläkaren och de anställda klart motiverar handläggning på arbetsplatsen.
- Sjukvården må här ses som en viktig informationskälla för läkaren i hans behov av
- 1) att få en allmän uppfattning om hälsotillståndet hos de anställda
 - 2) att bedöma eventuell korrelation mellan sjukdomssymptom och arbete.

Arbeterskyddet

Liksom det för läkarna under långa tider var de efterhjälpande åtgärderna som var de förhärskande kom också för skyddsingenjörerna huvudintresset att inriktas mot olycksfallen och deras orsakssammanhang liksom småningom även yrkessjukdomarna. Under tidigare skede kom skyddsingenjören att rekryteras icke sällan bland dem som av ideella bevekelsegrunder önskade ägna sig åt "människan i arbetet". Dessa personer saknade ofta teknisk utbildning och fick sina ämbeten genom meriterat allmänt människointresse. Genom att skyddsarbetet länge diskriminerades av teknikens företrädare i företagen kom inte alldeles sällan sådana personer att utses till skyddsinspektörer som man hade svårt att finna en meningsfylld sysselsättning för inom den egentliga produktionen. Bristande utbildning och inverterad karriär kom därför inte sällan att färga vederbörandes status i företaget.

Den första mera generella svenska arbetskyddslagen antogs 1889. Yrkesinspektionen inrättades 1890 med från början tre inspektörer. Deras verksamhetsberättelse domineras av olycksfallen. Man kan härur även hämta vilka svårigheter som möter yrkesinspektören när han vill rätta till felaktigheter på det hygieniska området. Orsakerna till ingenjörernas likgiltighet ansågs ligga i bristande utbildning. "Om ingenjörerna finge en rätt undervisning skulle säkerligen deras intresse väckas för denna viktiga sida av tekniken".

1889 års lag angående skydd mot yrkesfara ersattes 1912 av en utvidgad allmän arbetskyddslag. Yrkesinspektionen och dess chefsmyndighet förstärktes. 1916 kom den första lagen om obligatorisk försäkring av anställda mot olycksfall i arbete, som 1929 kompletterades med en lag om obligatorisk försäkring av anställda mot vissa yrkessjukdomar. En ny arbetskyddslag trädde i kraft 1949. Då omorganiserades yrkesinspektionen och sattes under ett självständigt ämbetsverk — Kungl. Arbeterskyddsstyrelsen.

Även om Saltsjöbadsavtalet 1938 icke direkt behandlade företagshälsovården blev emellertid en naturlig följd att parterna SAF och LO, dels träffade överenskommelse om allmänna regler för den

lokala säkerhetstjänsten 1942, dels tillsatte en gemensam säkerhetskommitté, som 1945 ombildades till ett gemensamt permanent organ — Arbeterskyddsnämnden. Denna har genom upplysning och information sökt fullfölja den ursprungliga tanken att över de direkta partsintressena höja frågor som gäller säkerhet och sundhet på våra arbetsplatser. Med denna filosofi torde Sverige inta en särställning bland de länder, som verkar på arbetshygienens område.

Bland ytterligare årtal må nämnas 1938 då Statens institut för folkhälsan med särskild avdelning för yrkeshygien tillkom.

1947 inrättades en yrkesmedicinsk avdelning vid Karolinska sjukhuset och 1951 följdes den av en liknande vid Södersjukhuset. Senare har yrkesmedicinska avdelningar även inrättats vid lasaretten i Lund och Örebro.

1955 inrättades en industrifysiologisk avdelning vid GCI, som 1960 omorganiserades till ett särskilt institut för arbetsfysiologi.

Samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare beträffande säkerhetstjänsten i företaget kan räkna sitt ursprung till år 1906, då för första gången val bland arbetare av ombud för dylik medverkan ägde rum.

I 1912 års lag om arbetskydd infördes ett stadgande om medverkan i skyddsarbetet genom ombud från arbetarnas sida. Det utsades här att yrkesinspektören vid sin förrättning skulle lämna ombuden tillfälle att framföra arbetarnas önskemål. Internationella arbetskonferensen antog 1929 en rekommendation som syftade till att främja den lokala säkerhetstjänsten. Härigenom ökade intresset för samarbetet på arbetsplatserna.

Skyddsombud, säkerhetskommittéer och skyddsingenjörer

1931 tillkom en ändring i 1912 års arbetskyddslag som innebar att arbetsställe med minst 10 arbetare borde bland dessa utse skyddsombud att företräda dem i frågor rörande säkerhet och sundhet i arbetet. Antalet arbetsställen med ombud var 1920:335, 1935:1.872, 1966:27.164.

Ytterligare form för samverkan utgör tillsättandet av särskild kommitté till en början benämnd

1950 var antalet skyddsingenjörer registerförda hos yrkesinspektionen 481. Motsvarande antal för 1966 var 818.

säkerhetskommitté. När den första bildades i vårt land känner man ej med säkerhet till. Dock kan ur den s k arbetsfredskommitténs rapporter utläsas att dylika fanns redan på 1920-talet.

Till en början torde desamma ha tillkommit på eget initiativ eller efter anvisning av yrkesinspektör. I Internationella arbetskonferensens (1929) rekommendation förordades även inrättande av säkerhetskommittéer i företagen.

Den första lagbestämmelsen om skyddskommitté i vårt land tillkom 1938 varvid stadgades att på större arbetsställe bör då så lämpligen kan ske, bildas en, av skyddsombud samt en eller flera företrädare för arbetsledningen, sammansatt säkerhetskommitté som har att verka för säkerhet och sundhet i arbetet. År 1940 fanns 311 dylika kommittéer. Enligt nu gällande bestämmelser skall skyddskommitté finnas vid varje arbetsställe med minst 50 anställda. År 1966 var antalet skyddskommittéer i landet 2.782.

Av tillgängliga rapporter tycks i slutet av 1920-talet något företag ha uppdragit åt en ingenjör att — vid sidan av sitt ordinarie arbete — vara säkerhetsingenjör. Först omkring 1930 lär särskild sådan ha anställts vid några företag. Även beträffande denna verksamhet torde den tidigare åberopade rekommendationen haft sitt inflytande. Här föreslogs nämligen att arbetsledningen borde tillsätta en säkerhetsinspektör (ingenjör eller verkmästare) som skulle samarbeta med de bland arbetarna utsedda skyddsombuden bl a för att väcka arbetarnas intresse för medverkan i skyddsarbetet.

I 1949 års arbetarskyddskungörelse 62 § heter det att arbetsgivare som ej själv leder skyddsarbetet skall uppdraga åt en eller flera personer att i arbetsgivarens ställe handlägga frågor rörande "sundhet och säkerhet". Detta har även skett i ett

stort antal fall. 1950 var antalet skyddsingenjörer registerförda hos yrkesinspektionen 481. Motsvarande antal för 1966 var 818.

Bestämmelsen innebär inte någon skyldighet för arbetsgivaren att anställa särskild person för skyddsarbetet och inte heller att arbetsgivaren geringsinrättningar. Det studerade materialet blir då nom att anställa sådan person kan undandra sig ansvaret för nämnda arbete, som förutsättes åvila arbetsgivaren enligt 39 § arbetarskyddslagen.

Samma tankar som legat till grund för lagstiftningen beträffande arbetarskyddet, där intet obligatorium föreligger att anställa skyddsingenjör, har legat bakom partsöverenskommelsen beträffande företagshälsovård där man enats om att på frivillighetens väg verka för anställande av skyddsingenjör och företagsläkare i takt med tillgängliga resurser.

1900-talet har i övrigt präglats av ett ständigt ökande internationellt samarbete och en alltmer systematiserad forskning där medicinare, kemister, tekniker och andra angripit samma problem från sina respektive utgångspunkter. Resultaten har berett företagshälsovårdens utövare en betydligt fastare mark när det gällt att motivera åtgärder och en större förståelse för arbetshygienens betydelse kan numera noteras bland industrins företrädare.

Skyddsingenjörens uppgifter och utbildning

1951—1952 genomfördes inom AÖO på initiativ av dess verkställande direktör Gunnar Werner en utredning angående skyddsingenjörens arbetsuppgifter och utbildningsbehov. Resultaten av denna utredning torde ha utgjort den viktigaste milstolpen för skyddsingenjörsutbildningen här i landet.

Härvid fastslogs att de tekniska åtgärderna omfattar förebyggande av yrkesskador inkluderande den tekniskt-hygieniska arbetsplatsanalysen och de tekniska åtgärderna för elimination av yrkesriskerna samt ergonomi. Vidare utformades ett utbildningsprogram som legat till grund för den högre kursen för skyddsingenjörer inom Svenska Arbetsgivareföreningen, första gången ordnad 1959 och som vi i dag avslutar för fjärde gången. Den redan i början av 1930-talet av yrkesinspektionen

uttalade uppfattningen att endast fullgod utbildning skulle lyfta skyddstjänsten och dess yrkesutövare upp till en nivå i företaget som en slagkraftig arbetshygien kräver hade härmed förverkligats.

I detta sammanhang är det givetvis av största intresse att ta del av Bengt Gustavssons undersökning beträffande skyddsingenjörernas behovstillfredsställelse bland deltagarna i denna kurs. Av ännu större intresse torde det vara att få jämföra resultatet från en sådan undersökning ett år efter denna kursavslutning.

Av utomordentlig vikt må betraktas den "översenskommelse om riktlinjer för företagshälsovård samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på företagshälsovårdens område" träffad i maj 1967. Härefter fastslår parterna att företagshälsovården är en fördjupad och utvidgad form av arbetarskyddet samt konstaterar vidare att uppgifterna är tekniskt och medicinskt förebyggande, sjukvårdande och rehabiliterande. Här föreligger alltså ett dokument som fastslår att för framtiden skall olycksfallsförebyggande insatser och arbetshygien inom företagshälsovårdens ram sammanlänkas med de medicinska insatserna på jämbördig bas.

För adekvat arbetsanpassning krävs bedömningar och åtgärder som bygger på såväl tekniska som medicinska kunskaper. Kunskaper om arbetskrav och yrkesrisker på varje enskild arbetsplats innebär en arbetshygienisk kartläggning, systematiserad och täckande det enskilda företags behov och särart. Speciell uppmärksamhet bör här riktas mot arbetsuppgifter som innebär speciellt höga fysiska och psykiska krav. Gentemot dessa bör givetvis ergonomiska insatser vidtas i första hand. En selektiv arbetsplacering innebär härefter en förutsättning för god arbetsanpassning, där de fysiska och psykiska förutsättningarna hos aspiranten kan bedömas motsvara de krav ett tillräckligt arbete kommer att ställa. I detta arbete bör speciell omtanke ägnas de sk minusvarianterna, dvs personer behäftade med kapacitetsinskränkningar av något slag.

För att kunna genomföra det tekniskt förebyggande arbetet, såväl olycksfallsförebyggande

... att arbetsuppgifterna i fortsättningen tenderar att mera belasta den psykiska sidan än den fysiska, kommer behovet för företagshälsovårdens del att få handledning och tillämpbara normer vid bedömning av psykisk arbetsanpassning att öka.

som arbetshygieniska insatser i övrigt krävs för skyddsingenjören viss medicinsk undervisning i grundutbildningen. På samma sätt krävs viss teknisk utbildning för medicinare. Härigenom skapas rätta förutsättningar för det samråd som måste till för riktiga bedömningar. Som exempel kan anföras de informationer läkaren kan ge beträffande eventuellt ökad frekvens av viss skadetyp i ett speciellt arbete (ryggåkommor, ögonskador osv). Behovet av samverkan är lika uppenbart vid elimination av yrkesrisk. De förebyggande åtgärder som vidtas på den skyddstekniska sidan gentemot t ex bullerskada eller förgiftningsrisk kan ofta följas på den medicinska sidan genom diverse biologiska tests som indikerar huruvida de förebyggande åtgärderna varit tillfyllest eller ej. I det ergonomiska arbetet kan ökad sjukfrånvaro och ökad rörlighet indicera åtgärder där utbyte av informationer mellan skyddsingenjör — läkare utgör förutsättningen för handlande.

Vad tidigare sagts att arbetsuppgifterna i fortsättningen tenderar att mera belasta den psykiska sidan än den fysiska, kommer behovet för företagshälsovårdens del att få handledning och tillämpbara normer vid bedömning av psykisk arbetsanpassning att öka. Intensifierad forskning på detta område framstår också som en nödvändighet. Hur samarbetet skyddsingenjörer — läkare bör etableras: i skyddskommitté, i ergonomisk grupp, i speciellt företagshälsovårdsråd eller på annat sätt må bli en lokal bedömning. Väsentligt för slutresultatet är att bådas insatser omfattas i företaget med samma förtroende.

Splittrad internationell utveckling

Vid jämförelse med utländska förhållanden kan

Dualismen företagsläkare — familjeläkare har i Holland skapat behovet av ytterligare en läkarkategori nämligen den som är engagerad av sjukkassan. . . . Ett system som jämfört med svenska förhållanden ter sig otymligt.

konstateras att företagshälsovårdens roll blir beroende av rådande sociallagstiftning.

I allmänhet betraktas företagsläkarna inom västvärlden som företagets handgångne åt vilken man ogärna överantvarar kropp och själ. En viss misstänksamhet råder alltså gentemot läkaren som i företagen enbart sysslar med förebyggande medicinsk verksamhet och blott behandlar ohälsa som är yrkesbetingad. Övrig sjukvård för de anställda bedrivs av läkare utanför företagen.

Så är förhållandet t ex i USA där företagsläkaren emellertid dessutom har att bistå företaget i skaderegleringsfrågor: en stor del av arbetsdagen för en medical director i de större företagen tillbringas därför i domstolen.

Dualismen företagsläkare — familjeläkare har i Holland skapat behovet av ytterligare en läkarkategori nämligen den som är engagerad av sjuk-

kassan. Den utgör en betydande grupp för de bågge fört med svenska förhållanden. Företagshälsovården i företag med mer än 70 anställda har endast den medicinska delen tekniskt förebyggande ansvarar samhället genom sjuk-

Även i Frankrike har företagshälsovård. Sedan 1945 har den oberoende av antalet anställda ett obligatorium som omfattar personella resurser i stor utsträckning stanna på papperet. Den del som partsbunden och den del handhas av yrkesläkare.

Modern svensk företagshälsovård till en integration med företagets produktion, personaladministration etc och som genom såväl medicinskt som tekniskt förebyggande åtgärder i sig inrymmer "totala" förutsättningar att medverka till en fullgod anpassning av arbetet till människa och vice versa, har med bibehållande av principen om fritt läkarval även kunnat innesluta allmän sjukvård för de anställda. Detta förutsätter ett förtroende som företagshälsovårdens företrädare i vårt land är stolta över att få bära.

"Vi och vår hälsa"

HULTAFORS

fysikalisk-dietisk kuranstalt, enskilt sjuk- och konvalescenthem

Postadress: HULTAFORS

300 meter över havet.

Alla moderna badformer,

elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr. N. Blomstedt

Mod. priser. Inga drickspengar

Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 033/950 50.