

11/11/1977

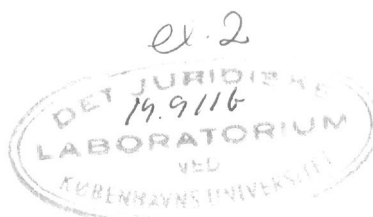
Betænkning

fra

Embedsmandsgruppen om bedriftssundhedstjeneste

III

BEDRIFTSSUNDHEDSTJENESTE I DANMARK



BETÆNKNING NR. 813

1977

ISBN 87-503-2175-7

Indhold

Indstilling af 23. december 1976 fra embedsmandsgruppen til arbejdsministeriet	5
Bilag til indstillingen	19
1. Embedsmandsgruppens kommissorium	19
2. Fortegnelse over medlemmer	21
3. Resumé af arbejdsmiljøgruppens skøn over arbejdsmiljøskadernes samfundsøkonomiske omkostninger	22
4. Skr. af 20. september 1976 fra Kommunernes Landsforening	23
5. Skr. af 21. september 1976 fra Amtsrådsforeningens repræsentant	26
6. Råskitse af 11. oktober 1976 til en kommunal og amtskommunal forsøgsordning med bedriftssundhedstjeneste	28
Notat fra Direktoratet for Arbejdstilsynet om en bedriftssundhedstjeneste i Danmark	31

Indstilling om bedriftssundhedstjeneste

I. Gruppens nedsættelse og kommissorium

Gruppens kommissorium og sammensætning fremgår af skrivelse af 14. november 1975 fra arbejdsministeren. Skrivelsen vedlægges som bilag 1.

I skrivelsen af 22. december 1975 er gruppen desuden blevet bedt om at inddrage spørgsmålet om forebyggende lægeundersøgelser efter arbejdsmiljølovens § 63 i sine overvejelser.

Endelig har ministeriet i skrivelse af 20. oktober 1976, med bilag, bedt gruppen udtale sig om spørgsmålet om lægeundersøgelse af unge under 18 år.

Gruppen har holdt 17 møder samt en række underudvalgmøder.

En fortegnelse over gruppens medlemmer vedlægges som bilag 2.

II. Gruppens arbejdsform

Som arbejdsgrundlag for gruppen har direktoratet for arbejdstilsynet udarbejdet følgende notater:

1. Notat af 14. januar 1976 om arbejdsmiljøinstituttet.
2. Notat af 13. februar 1976 om arbejdsmedicinske klinikker m. v. samt arbejdslæger på amtsplan.
3. Notat af 21. maj 1976 om en bedriftssundhedstjeneste i Danmark.

Fra Kommunernes Landsforenings repræsentant er modtaget skrivelse af 20. september 1976 samt en raskitse af 11. oktober 1976 til en kommunal og amtskommunal forsøgsordning med BST.

Fra Amtsrådsforeningens repræsentant har gruppen modtaget skrivelse af 21. september 1976.

De nævnte skrivelser samt raskitsen vedlægges som bilag 4, 5 og 6 mindretallets udtalelse, jfr. afsnit VII.

III. Afgivne delindstillinger

Gruppen har afgivet følgende delindstillinger til arbejdsministeriet:

Indstilling af 8. juni 1976 om arbejdsmiljøinstituttet,

Indstilling af 10. november 1976 om arbejdsmedicinske klinikker m. v. samt arbejdslæger på amtsplan.

Nedenfor, afsnit IV-VII, følger gruppens indstilling om bedriftssundhedstjeneste. Indstillingen former sig, i lighed med tidligere delindstillinger, som kommentarer til arbejdstilsynets vedlagte notat. Notatet er dateret den 26. november 1976, idet det oprindelige notat af 21. maj 1976 er tilrettet på en række punkter efter drøftelser i gruppen.

Gruppen mangler herefter kun spørgsmålene om lægeundersøgelser, og man regner med snarest at kunne fremsende en delindstilling herom.

IV. Embedsmandsgruppens overvejelser vedrørende etablering af en bedriftssundhedstjeneste

1. Embedsmandsgruppens forhandlinger har ikke ført frem til en enstemmig indstilling vedrørende etableringen af en bedriftssundhedstjeneste (BST).

Dette beror i første række på en forskel i opfattelsen af de forudsætninger, som man har ment at måtte udlede af arbejdsmiljøloven og dens forarbejder, dels vedrørende indplaceringen af bedriftssundhedsarbejdet i arbejdsmiljøforvaltningen i øvrigt, dels vedrørende selve arbejdsmiljøbegrebet. Der har desuden været forskelle i opfattelsen af formålet med og omfanget af de i kommissoriet nævnte forsøg.

I det følgende (afsnit IV, pkt. 2 til 5) samt under afsnit V og VI redegøres for udvalgsflertallets (Erik Andersen, Boserup, Jørgen Fog, Fiirstnow-Sørensen, Korsbæk,

Lomholt, Stokholm, Ebbe Sørensen, Wechseltmann) overvejelser og bemærkninger til arbejdstilsynets notat af 26. november 1976.

I afsnit VII er optaget mindretalsudtalelse afgivet af repræsentanterne for Kommunernes Landsforening (Erling Larsen/Maltesen), Amtsrådsforeningen i Danmark (Brøgger Jensen) og Københavns og Frederiksberg kommuner (Børghlum Madsen). I tilknytning hertil er optaget som bilag nr. 6 en raskitse af 11. oktober 1976 til en kommunal og amtskommunal forsøgsordning, der uddyber og belyser grundsynspunkterne i mindretalsudtalelsen.

Hovedstadsrådets repræsentant (Niels C. Hansen) har meddelt, at han ikke ønsker at tage stilling til de af flertallet eller mindretallet i embedsmandsgruppen anførte synspunkter.

Embedsmandsgruppens flertal har afstået fra at kommentere mindretalsindstillingen.

2. Arbejdsmiljøloven har bl. a. til formål at skabe grundlag for, at virksomhederne selv kan løse sikkerheds- og sundhedsspørgsmål med vejledning fra arbejdsmarkedets organisationer og vejledning og kontrol fra arbejdstilsynet, og loven indeholder en række bestemmelser om opbygningen af den centrale og lokale statsforvaltning på arbejdsmiljøområdet, om dens opgaver og forhold til forskellige kollegiale »brugerorganer«, hvis sammensætning og opgaver ligeledes fastlægges i loven.

Embedsmandsgruppens flertal har derfor forudsat, at en BST-ordning måtte indplaceres i denne arbejdsmiljøforvaltning, og yderligere således at en BST-ordning så vidt muligt skulle opbygges som et integreret led i virksomhedernes interne sikkerhedsorganisation. På denne baggrund har man forudsat, at andre statslige, kommunale eller amtskommunale myndigheder ikke skulle have inden indflydelse på den nærmere tilrettelæggelse af en BST-ordning end den, der måtte følge af deres rolle som arbejdsgivere, jfr. den af folketingets arbejdsmarkedsudvalg afgivne betænkning af 10. december 1975 over forslag til lov om arbejdsmiljø, s. 4-5.

I konsekvens af denne opfattelse har flertallet ikke fundet grundlag for at realitetsbehandle arbejdsmiljøgruppens 4. rapport, Jer bygger på andre forudsætninger.

3. For så vidt angår arbejdsmiljøbegrebet har flertallet opfattet en BST-ordning som led i en politik, hvis formål er at bekæmpe påvirkninger i arbejdet, som fysisk eller psykisk virker skadelige på helbredet i det lange løb, gennem traditionelle sikkerhedsforanstaltninger, gennem planlægning af arbejdet, ved projektering og indretning af arbejdssteder, maskiner og redskaber og ved valget og anvendelsen af stoffer og materialer, jfr. arbejdsmarkedsudvalgets betænkning, side 1.

Flertallet har derfor lagt til grund, at også formålet med en BST-ordning måtte være forebyggelse af de sygdomme i bred forstand, der i et mere væsentligt omfang må antages at være bestemt af de forhold, hvorunder arbejdet er tilrettelagt. Også det tætte samarbejde, der ønskes etableret mellem BST-personalet og virksomhedens interne sikkerhedsorganisationer, må tages som udtryk for, at BST-indsatsen i højere grad ønskes rettet mod virksomhedernes produktionsforhold og særlige miljørisici end mod de i virksomhederne ansatte enkeltpersoners forhold.

Et sådant bredere kendskab hos BST-personalet til de ansattes særlige baggrund og forhold vil formentlig også vanskeliggøres af mobiliteten på arbejdsmarkedet - ikke mindst på områder, hvor risikoen for arbejdsmiljøskader har et mere væsentligt omfang.

Flertallet har derfor lagt vægt på at præcisere opgavefordelingen og samarbejdsforholdene mellem BST-personalet og sundhedsvæsenet i øvrigt.

Flertallet er opmærksom på, at der i BST-personalets arbejde vil forekomme situationer, hvor en orientering af social- og sundhedsvæsenet er naturlig, eller hvor rådgivning kan komme på tale - f. eks. ved eventuel placering af revalidender.

Flertallet anser det for meget væsentligt, at et samarbejde af denne art etableres. Da BST's hovedopgave i virksomhederne som nævnt vil have et generelt forebyggende sigte, vil dette samarbejde imidlertid efter flertallets opfattelse ikke have så stor et kvantitativt omfang, at man har tillagt det afgørende betydning for udformningen af en BST-ordnings opbygning og funktion.

Flertallet finder, at det af arbejdstilsynet udarbejdede forslag til en BST-ordning er i overensstemmelse med de hovedsynspunkter, der er nævnt ovenfor.

På enkelte punkter har flertallet imidlertid fundet anledning til at kommentere eller uddybe det nævnte forslag.

4. Embedsmandsgruppen har nærmere drøftet spørgsmålet om BST's sygdomsbehandling med udgangspunkt i arbejdstilsynets notat (side 44 ff).

Flertallet erkender, at en præcis afgrænsning mellem bedriftslægens og den praktiserende læges opgaver er vanskelig.

Til belysning af den arbejdsdeling, som flertallet går ind for, skal anføres følgende:

Bedriftssundhedstjenestens opgaver er af forebyggende karakter. Selve sygdomsbehandlingen - herunder af arbejdsbetingede sygdomme - varetages derfor af den praktiserende læge efter sædvanlige principper. Der ses herved bort fra den pligt, som sundhedspersonalet har til at yde bistand i akutte tilfælde, herunder ulykkestilfælde.

Det kan formodes, at bedriftslægens adgang til at deltage i behandling, hvor dette er begrundet i den ansattes arbejdsituation, vil forbedre hans samarbejdsmuligheder med arbejdspladsen i øvrigt, ligesom der formentlig også vil være tilfælde, hvor en sådan behandling vil rumme praktiske og økonomiske fordele for arbejdspladsen og de ansatte, jfr. organisationsudvalgets betænkning. Omvendt rummer sygdomsbehandling ved BST's personale den risiko, at det forebyggende arbejde forsømmes.

Flertallet har ment at burde lægge afgørende vægt på, at bedriftssundhedstjenesten klart etableres som et led i sikkerhedsorganisationens forebyggende arbejde, og at man såvel her som i andre arbejdsmiljøssammenhænge undgår at opbygge to sundhedstjenester.

Bedriftssundhedstjenestens opgaver på behandlingsområdet bør herefter begrænses til:

- behandling ved ulykkestilfælde og livstruende eller lignende sygdomstilfælde, som måtte indtræffe, mens bedriftssundhedspersonalet er på arbejdspladsen,
- rådgivning af den praktiserende læge i forbindelse med nærmere undersøgelse og behandling,
- behandling efter aftale med den ansattes praktiserende læge af sygdomme, hvor arbejdsmiljø alene eller i overvejende grad

er årsag til sygdommens opståen, og hvor en effektiv behandling kun kan gennemføres sideløbende med en justering af den eller de udløsende faktorer i arbejdsmiljøet. Henvi-
sning til speciallæge eller sygehusbehandling i denne forbindelse bør af principielle og praktiske grunde normalt ske ved den praktiserende læge. Dette bør imidlertid ikke hindre, at bedriftslægen gennem et samarbejde med den praktiserende læge sikrer, at henvi-
sningsspørgsmålet løses på en for de enkelte ansatte så praktisk måde som muligt,

- efterkontrol efter aftale med den praktiserende læge.

5. Efter kommissoriet skal embedsmandsgruppen afgive indstilling om *formerne* for, *omfanget* af og *takten* i opbygningen af en dansk bedriftssundhedstjeneste.

Vedrørende *formerne* for en BST-ordning henvises til afsnittene V-VI nedenfor.

Med hensyn til *omfanget* har arbejdstilsynet i sit notat af 26. november 1976 (side 73) foreslået følgende normaltal for BST-personalet pr. 5.000 ansatte:

- 1 bedriftslæge
- 1 fysio/ergoterapeut
- 2 sygeplejersker
- 1 sekretær.

Med hensyn til *tempoet* har direktoratet i notatets side 58-63 stillet forslag om en etapevis udbygning, således at der i perioden 1978-82 etableres BST-ordninger for ca. 368.000 ansatte i 11 særligt risikobehæftede brancher, nemlig:

- Sten-, ler- og glasindustri
- Kemisk industri og mineralolie samt asfaltindustri
- Jern- og metalværker, jernstøberier
- Skibsværfter og bådbyggerier
- Garverier, lædervareindustri, gummiindustri
- Bygge- og anlægsvirksomhed
- Renovationsvirksomhed og kloakvæsen
- Slakteri, kødvarefabrikation m. v.
- Skotøjsfabrikation, konfektionsfabrikation
- Sukkervare- og chokoladefabrikation og Tobaksindustri.

Det forudsættes, at samtlige de principmodeller for en BST-ordning, der er omtalt ne-

denfor, vil komme til anvendelse under den etapevise udbygning.

Som et led i denne udbygning og med henblik på at tilvejebringe et yderligere erfaringsgrundlag foreslår tilsynet endvidere, at der i den første udbygningsfase (1978-82) gennemføres nærmere undersøgelser af nogle enkelte BST-ordninger for systematisk at få belyst bedriftssundhedstjenestens opgaver, omkostninger, nyttevirkning, bemandingsaspekter og samarbejdsrelationer, jfr. kommissoriets bemærkninger om behovet for kontrollerede forsøg.

Efter den første 5-årige etapes afslutning er det tanken, at såvel de almindelige erfaringer fra de etablerede bedriftssundhedstjenester som de særlige undersøgelsesresultater fra udvalgte modeller skal sammenholdes og vurderes med henblik på den videre udbygning af bedriftssundhedstjenesten.

Flertallet kan tiltræde disse forslag, idet man lægger vægt på, at der hermed både tilgodeses et stort behov for at komme igang med opbygningen af en bedriftssundhedstjeneste for særligt belastede industrier og ønsket om at igangsætte kontrollerede forsøg. Flertallet har i denne forbindelse lagt vægt på, at erfaringerne fra den etapevise opbygning af bedriftssundhedstjeneste for særligt udsatte industrier og resultaterne fra mere detaljerede, kontrollerede forsøg på *andre områder* samles og vurderes mod slutningen af den 5-årige opbygnings- og forsøgsperiode. De samlede erfaringer og forsøgsresultater danner beslutningsgrundlag for en videre udbygning af bedriftssundhedstjenesten.

6. Med udgangspunkt i arbejdstilsynets notat (side 66-69) har gruppen overvejet spørgsmålet om finansiering af en BST, herunder spørgsmålet om tilskud fra det offentlige.

En fuldt udbygget BST kan på længere sigt medføre samfundsmæssige besparelser - formentlig af en ikke ringe størrelsesorden, ligesom den for de ansatte vil rumme fordele af ikke-økonomisk art. Der vedlægges som bilag 3 et resumé af det af arbejdsmiljøgruppen udarbejdede skøn over arbejdsmiljøskadernes samfundsøkonomiske omkostninger.

Denne samfundsøkonomiske gevinst vil i første række tilfalde virksomhederne, hvis produktionstab i forbindelse med arbejdsmiljøskader vil blive reduceret. Også for den

offentlige sektor vil der blive tale om besparelser, fordi den øgede forebyggende indsats, som gennemføres med BST, vil medføre, at udgifterne til sygdomsbehandling m. v. i det enkelte tilfælde reduceres. På den anden side må man regne med, at flere tilfælde vil blive behandlet end hidtil - i kraft af BST.

Det er herefter flertallets opfattelse, at de med en BST forbundne udgifter bør dækkes af arbejdsgiverne, herunder offentlige myndigheder. De besparelser, som en BST vil medføre for det offentlige, og den kvalitetsforbedring i behandlingen, som en sådan ordning må antages at ville medføre, bør imidlertid føre til, at det offentlige yder et tilskud til dækning af udgifterne ved BST. Hertil kommer i en opbygningsfase en offentlig interesse i at støtte etableringen af en BST.

Det vil efter flertallets opfattelse ikke være muligt at udforme en offentlig tilskudsordning baseret på en beregning af de fordele, som de enkelte offentlige myndigheder vil opnå gennem BST's virksomhed.

Det kan overvejes at yde en procentvis refusion af de faktisk afholdte udgifter. En sådan ordning vil være »neutral«, bl. a. i forholdet til virksomheder med en forskellig arbejdsrisiko, men den forudsætter en omfattende gennemgang og kontrol af regnskabsmaterialet fra de enkelte virksomheder m. fl.

Alternativt kunne man tænke sig en procentvis refusion af bestemte offentlig godkendte udgifter eller et beløbsmæssigt fastsat tilskud.

Flertallet har specielt overvejet, om hensynet til en eventuel konkurrenceforvridning i forbindelse med etablering af en bedriftssundhedstjeneste burde inddrages i overvejelserne om finansieringen. Som det fremgår af arbejdstilsynets notat, vil etableringen af en BST i perioden 1978-82 for særligt udsatte virksomheder inden for bestemte brancher komme til at omfatte samtlige virksomheder inden for bestemte brancher. En konkurrenceforvridning vil herefter kun komme på tale i det omfang, et offentligt tilskud gradueres efter virksomhedernes størrelse. Under hensyntagen til de begrænsede udgifter, som en BST-ordning vil medføre for den enkelte virksomhed, jfr. bl. a. nedenfor side 13, har flertallet ment at kunne se bort herfra.

V. Resumering og konkretisering af notatets principper

Flertallet har fundet det hensigtsmæssigt kort at resumere og konkretisere notatets principper for den etapevise opbygning af bedriftssundhedstjenesten:

a. Styring og rådgivning:

Til at rådgive omkring den centrale styring og koordinering af bedriftssundhedstjenesten foreslås det, at arbejdsmiljørådet nedsætter et bedriftssundhedsudvalg med repræsentation for de væsentlige interesser på området (jfr. notatets s. 62 ff).

Der foreslås i hvert amt nedsat et lokalt arbejdsmiljøudvalg til at rådgive omkring den lokale arbejdsløshedsindsats. Udvalget foreslås sammensat således:

1. Repræsentanter for de lokale organisationer (arbejdsgiver, arbejdstager, arbejdsleder)
 2. En repræsentant for amtets sygehus- og socialvæsen
 3. Arbejdslægen
 4. En repræsentant for arbejdsformidlingen
 5. Ad hoc-deltagelse fra andre, f. eks. primærkommunernes social- og sundhedsforvaltning og arbejdsmarkedsuddannelserne med henblik på uddannelse af den interne sikkerhedsorganisation.
- Den stedlige fabriksinspektør deltager i udvalgets møder uden stemmeret, ligesom sekretærbistand ydes af arbejdstilsynet.

Udvalget vælger selv sin formand.

Til at rådgive omkring den lokale planlægning, styring og koordinering af bedriftssundhedstjenesten i amtet bør det lokale arbejdsmiljøudvalg nedsætte et BST-underudvalg med repræsentation for de væsentlige interesser, herunder de lokale sundhedspersonalegrupper (jfr. notatets s. 62 ff).

b. De enkelte bedriftssundhedstjenesteordninger:

Det pålægges virksomheder, der er omfattet af reglerne om bedriftssundhedstjeneste, at oprette en bedriftssundhedstjeneste på én af følgende måder:

1. virksomheden kan tilknytte sig et bedriftssundhedscenter eller
2. virksomheden kan tilknytte sig en bran-

cheorienteret bedriftssundhedstjeneste eller

3. virksomheden kan oprette en bedriftssundhedstjeneste for sig alene.

Bedriftssundhedscenter:

Ved et bedriftssundhedscenter forstås et center, der inden for amtet varetager bedriftssundhedstjenestens opgaver over for en gruppe af virksomheder, offentlige institutioner og selvstændige erhvervsdrivende. Centret opbygges omkring et modtagelseslokale med tilhørende undersøgelses- og laboratoriefaciliteter. Lægehuse og forskellige former for samarbejdspraksis vil være et velegnet udgangspunkt for oprettelse af centre.

De lokale arbejdsmiljøudvalg tager initiativ til oprettelse af bedriftssundhedscentre på basis af de centrale retningslinjer.

Centret kan oprettes ved privat foranstaltning, af offentlige institutioner (primærkommuner, amtskommuner eller statslige institutioner) eller en kombination heraf.

Centrets service over for den enkelte virksomhed aftales mellem dens sikkerhedsorganisation (virksomheden og de ansatte) og centret på basis af en standardkontrakt (udarbejdet af arbejdstilsynet) inden for rammerne af de generelle regler.

Det skal understreges, at ordningen økonomisk skal hvile i sig selv, ligesom den skal godkendes af arbejdstilsynet på basis af en normalvedtægt.

Centret ledes af en styrelse, hvis sammensætning som hovedregel bør følge de principper, som i dag gælder for sikkerhedsudvalget, dvs. 1 arbejdsgiverrepræsentant, 2 arbejderrepræsentanter, 2 arbejdslederrepræsentanter, evt. udpeget af de respektive organisationer.

Styrelsen vælger selv sin formand. Den daglige ledelse udøves af en centerleder, som udnævnes af styrelsen. Centerlederen deltager i styrelsens møder uden stemmeret.

Vedtægten for centret (på basis af en normalvedtægt, udarbejdet af arbejdstilsynet) samt kontrakten mellem centret og den enkelte virksomhed (på basis af standardkontrakten) godkendes af arbejdstilsynet efter høring af det lokale arbejdsmiljøudvalg.

Centrets personale kan være læger, bedriftssygeplejersker, ergo/fysioterapeuter og andet hjælpepersonale (sygemedhjælpere og sekretærer). Den foreslåede tilskudsordning

omfatter dette personale. Centret vil have mulighed for at ansætte andre sagkyndige - f. eks. sikkerhedsingeniører, arbejds-hygiejnere og evt. psykologer - således at de virksomheder, der ikke selv måtte råde over denne ekspertise, vil have mulighed for at kunne vælge at modtage denne fra centret, jfr. arbejdsmiljølovens § 12, dog uden tilskud fra BST-ordningen.

Uddannelsen af BST's personale planlægges centralt, ligesom opbygningen af centre i amterne planlægges i overensstemmelse hermed, således at det sikres, at opbygningen af centrene afstemmes med de sundhedsmæssige ressourcer, der er til rådighed.

BST forudsættes at have et naturligt samarbejde med den primære sundhedstjeneste (sundheds- og socialsektoren).

Brancheorienteret bedriftssundhedstjeneste: Ved en brancheorienteret bedriftssundhedstjeneste forstås en bedriftssundhedstjeneste, der lokalt eller på landsplan varetager bedriftssundhedstjenestens opgaver over for en bestemt branches virksomheder - enten sammenknyttet under en privat ordning eller organiseret under et branchesikkerhedsråd.

eks. Brancher i store byområder (mekaniker, maler, blikkenslager), mobile brancher (bygge/anlæg), hvor BST skal kunne følge skiftende arbejdspladser, der ikke naturligt kan betjenes fra faste centre, landsdækkende BST, f. eks. for brancher med særlig risici (kemiske virksomheder, oliebranchen o. l.).

For de i eksemplerne nævnte brancher er en brancheorienteret BST velegnet, fordi den muliggør en effektiv koordinering af arbejdet og indsamling af et statistisk materiale (større ensartethed), der bedre og hurtigere kan sikre en overvågning af arbejdsmiljøproblemerne.

Branche-BST oprettes på basis af en normalvedtægt for branche-BST'r. Den enkelte vedtægt godkendes af direktoratet for arbejdstilsynet efter høring i arbejdsmiljørådet (bedriftssundhedsudvalget).

Der udfærdiges kontrakt mellem branche-BST'n og den enkelte virksomhed på basis af en standardkontrakt. Kontrakten godkendes som hovedregel af den arbejdstilsyns-

synskreds, hvor virksomheden har hjemsted efter høring af det lokale udvalg.

Bedriftssundhedstjeneste for den enkelte virksomhed alene:

Herved forstås en bedriftssundhedstjeneste, som er oprettet for den enkelte virksomhed, og som er direkte knyttet til virksomheden gennem ansættelsesforholdet, i modsætning til de to forrige BST-modeller, hvor tilknytningen sker via en kontrakt.

Denne BST er egnet for store virksomheder, offentlige som private, med mindst 500-1.000 ansatte eller flere.

Bedriftssundhedstjenesten oprettes på initiativ af virksomheden.

Ordningen etableres på grundlag af en normalvedtægt for virksomheder med egen BST. Vedtægten godkendes af arbejdstilsynskredsen efter høring af det lokale udvalg.

Bemandingen afhænger af virksomhedens særlige behov, såvel med hensyn til personalekategorier som med hensyn til tjenestens omfang.

c. Virksomhedernes sikkerheds- og sundhedsarbejde:

Efter arbejdsmiljøloven skal sikkerheds- og sundhedsarbejdet i virksomheder med 1-9 ansatte som hovedregel udføres ved personlig kontakt mellem arbejdsgiver, eventuelle arbejdsledere og øvrige ansatte.

I virksomheder med 10 ansatte og derover skal sikkerheds- og sundhedsarbejdet som hovedregel organiseres - d.v.s. at de ansatte blandt sig vælger en sikkerhedsrepræsentant, der sammen med afdelingens arbejdsleder danner sikkerhedsgruppen. Sikkerhedsgruppen har i det daglige til opgave:

- at bedømme arbejdsforholdenes forsvarlighed samt herunder, om der er givet den fornødne instruktion, og om de ansatte overholder sikkerhedsbestemmelserne,
- at rådgive medarbejdere og ledelse vedrørende afdelingens arbejdsmiljøforhold,
- at påvirke den enkeltes adfærd til fremme af egen og andres sikkerhed.

I virksomheder med 20 ansatte og derover oprettes som hovedregel sikkerhedsudvalg, hvor sikkerhedsrepræsentanter, arbejdsledere og ledelse er repræsenteret. Sikkerhedsudvalget planlægger, leder, rådgiver

og orienterer om samt fører kontrol med sikkerheds- og sundhedsarbejdet inden for hele virksomheden.

Fra disse regler kan der i konkrete tilfælde dispenseres. Dette har navnlig interesse i forbindelse med den ordning, der er etableret for store virksomheder med afdelinger over hele landet. Således er DSB organisatorisk delt op i sikkerhedsudvalg, der følger tjenestestederne. DSB har nedsat et koordinerende sikkerhedsudvalg, der beskæftiger sig med den overordnede administration og koordinering af det interne sikkerhedsarbejde inden for DSB's store arbejdsområde. En tilsvarende ordning er etableret for Falcks Redningskorps.

d. Bedriftssundhedstjenesters integration i sikkerhedsorganisationer:

Efter arbejdstilsynets notat indarbejdes bedriftssundhedstjenesten i sikkerhedsorganisationen, således

- at* sikkerhedsorganisationen (ledelsen og de ansatte) sammen med bedriftssundhedstjenesten forestår udformningen af bedriftssundhedstjenestens opgaver på den enkelte virksomhed efter omstændighederne på grundlag af kontrakten (standardkontrakten) med centret,
- at* sikkerhedsorganisationen kan trække på bedriftssundhedstjenesten som rådgiver ved løsningen af sikkerhedsorganisationens opgaver, f. eks. med hensyn til planlægning,
- at* bedriftssundhedstjenestens personale i passende omfang deltager i sikkerhedsorganisationens møder,
- at* bedriftssundhedstjenesten skal have samme adgang som sikkerhedsorganisationen til de for arbejdet nødvendige oplysninger om virksomhedens produktion og planlægning - under iagttagelse af den nødvendige tavshedspligt, jfr. arbejdstilsynets notat side 54.
- at* bedriftssundhedstjenestens personale har tavshedspligt i lægelige spørgsmål, jfr. arbejdstilsynets notat side 53.
Bestemmelser om de angivne tavshedspligter optages i standardvedtægten.

I tilknytning hertil foreslår notatet, at antagelse og afskedigelse følger følgende procedure:

Ved ansættelse af bedriftssundhedstjenestens personale gælder generelt følgende procedure:

- a) opslag i fagpressen
- b) kvalifikationsvurdering
- c) 1. *Virksomhedsbedriftssundhedstjeneste:*
Forudgående behandling i sikkerhedsorganisationen og indstilling herfra. (Virksomheden må normalt følge denne indstilling).
- 2. *Bedriftssundhedscenter og brancheorienterede bedriftssundhedstjenester:*
Styrelsen ansætter læger, bedriftssygeplejersker ergo/fysioterapeuter samt eventuelt andre fagkategorier, mens hjælpepersonalet (sygehjælpere og sekretærer) ansættes og afskediges af centerlederen.

Afskedigelse af bedriftssundhedspersonalet følger samme procedure for de enkelte modeller som nævnt under pkt. c.

Det findes hensigtsmæssigt, at uoverensstemmelse om ansættelse/afskedigelse kan indbringes for et fagligt udvalg. Udvalget bør bestå af repræsentanter for arbejdsmarkedets tre parter samt de faglige organisationer for BST's personale. Udvalget bør nedsættes af arbejdsmiljørådet (bedriftssundhedsudvalget).

Spørgsmål om uenighed om funktioner efter bekendtgørelsen bør følge den normale ankeprocedure: Kreds, direktorat og ministerium (efter høring af arbejdsmiljørådet). Anke efter disse retningslinier skal have opsættende virkning.

Den foreslåede ordning bør etableres via en bekendtgørelse.

Bekendtgørelsen bør så vidt muligt træde i kraft i løbet af 1977 med bemyndigelse for arbejdsministeren til - efter forhandling med arbejdsmiljørådet (bedriftssundhedsudvalget) - at fastlægge den nærmere etableringstakt inden for en 5-årig periode. Det forudsættes, at de nævnte brancher og virksomhedstyper ved 5-års periodens udløb har etableret en bedriftssundhedsordning.

VI. Flertallets bemærkninger til det under pkt. V, anførte:

Flertallet kan tilslutte sig det under punkt V anførte med følgende bemærkninger:

- 1. Flertallet kan tilslutte sig forslag om, at der i hver amtskommune etableres et rådgi-

vende organ, hvis Sammensætning bør følge de principper, der gælder for arbejdsmiljørådet, dog således at amtsrådet (sygehusvæsenet og sundheds- og socialvæsenet) repræsenteres ved et eller to medlemmer.

Det rådgivende organ følger BST og kan nedsætte udvalg og kan inddrage andre interesser, f. eks. fra primærkommunerne og arbejdsmarkedsuddannelserne.

2. Da lokale forhold vil være meget varierende, og da der vil være en række praktiske problemer, findes det nødvendigt, at der i en opbygningsperiode ydes en særlig rådgivning og service. Det skal derfor foreslås, at der i tilknytning til bedriftssundhedsudvalget under arbejdsmiljørådet oprettes et team (hovedorganisationerne og arbejdstilsynet), der kan stilles til rådighed for de enkelte arbejdsmiljøudvalg i amterne, samt virksomheder, brancher og centre.

3. For så vidt angår spørgsmålet om uoverensstemmelse vedrørende afskedigelse/ansættelse af bedriftssundhedspersonalet er flertallet enig i, at dette spørgsmål bør kunne indbringes for arbejdsmiljørådet, der forudsættes at nedsætte et udvalg herom. Flertallet finder det imidlertid hensigtsmæssigt at henskyde spørgsmålet om udvalgets nærmere sammensætning til arbejdsmiljørådet.

4. Flertallet lægger vægt på, at bedriftssundhedstjenesten sikres samme adgang som for sikkerhedsorganisationen til de for arbejdet nødvendige oplysninger om virksomhedens produktion og planlægning - under iagttagelse af den nødvendige tavshedspligt, samt at bedriftssundhedstjenestens personale pålægges tavshedspligt i lægelige spørgsmål.

5. Med udgangspunkt i de almindelige forudsætninger for etablering af en BST-ordning i Danmark, der er omtalt under afsnit V, har flertallet nærmere overvejet ordningens praktiske udformning.

Den omstændighed, at den danske erhvervsstruktur er karakteriseret ved et meget stort antal små virksomheder, jfr. AT's notat side 52, med en svagt formaliseret sikkerhedsorganisation, rejser for det første et spørgsmål om de praktiske muligheder for at opbygge BST-ordninger som et integreret led i virksomhedernes interne sikkerhedsorganisation, d.v.s. at sikre den enkelte virk-

somhed og dens ansatte indflydelse på BST-ordningens opgavesæt, serviceniveau og bemanning, jfr. afsnit V samt AT's notat s. 56-57.

For det andet rejser erhvervsstrukturen spørgsmålet om, hvorledes de små virksomheder sikres et rimeligt BST-serviceniveau, »dækningsgrad«.

I AT's notat s. 73 er anført nogle gennemsnitstal for den ønskelige BST-bemanning pr. ansat.

Det vil ikke umiddelbart være muligt at opfylde denne norm gennem heltidsansat BST-personale, selv om dette ville være ønskeligt. På den anden side fører hensynet til en rimelig effektiv varetagelse af BST-opgaverne formentlig til, at BST-personalet bør stå til rådighed for disse opgaver i et vist mere væsentligt omfang, f. eks. i halvdelen af den normale arbejdstid.

Flertallet mener på denne baggrund, at en BST-ordning for de mindre virksomheder må gennemføres i form af enten et bedriftssundhedscenter, en brancheorienteret BST eller tilkobling til en større virksomheds BST, jfr. nedenfor.

Et BST-center for mindre virksomheder vil ud fra disse synspunkter komme til at omfatte omkring 100 virksomheder. Hensynet til at sikre de af ordningen omfattede virksomheder og ansatte en så direkte indflydelse som muligt på BST-ordningen vil i disse tilfælde formentlig lettest kunne tilgodeses, såfremt ordningen etableres som et andelsselskab eller som en selvejende institution.

Da BST-personalets bistand skal fordeles på et ret stort antal virksomheder, og da en række arbejdsmiljøproblemer må antages at være erhvervspecifikke, bør det formentlig tilstræbes at opbygge sådanne BST-ordninger omkring virksomheder med beslægtede arbejdsmiljøproblemer.

Samarbejde mellem et BST-center og de til centret knyttede virksomheder vil afhænge af virksomhedens art og størrelse, men især af typen af de arbejdsmiljøproblemer, som virksomheden har. Flertallet har derfor ikke ment, at man kan eller bør give detaljerede retningslinjer for fordelingen af bedriftssundhedstjenestens forskellige hovedtyper af opgaver til den enkelte virksomhed (arbejdspladsbesøg, helbredsundersøgelser, ergonomiske undersøgelser og vejled-

ning, anden rådgivning og vejledning omkring produktionen samt udarbejdelse af informationsmateriale, undervisning m. v.). Tværtimod er det ønskeligt med en vis fleksibilitet i opbygningsfasen. Der må derfor fra virksomhed til virksomhed træffes aftaler om arten og omfanget af forskellige serviceydelser. De må videre løbende revideres, efterhånden som erfaringer indhoses, og derfor også lokalt udformes tilstrækkeligt smidige.

Til belysning af den service, der i det enkelte tilfælde kan ydes en virksomhed, kan man i et regneeksempel med udgangspunkt i de normtal og den »standard-bedriftssundhedstjeneste«, som er omtalt i arbejdstilsynets notat, s. 73-74, beregne, at der årligt vil være ca. 1.000 arbejdsdage for det samlede team til rådighed for de 5.000 arbejdstagere, som ordningen teoretisk vil omfatte. Sættes den gennemsnitlige virksomheds størrelse til 25 ansatte, svarende til ca. 200 virksomheder, vil centret kunne yde en bistand på 40 timer pr. virksomhed pr. år. Med den anførte gennemsnitlige udgiftsramme på 680.000 kr. vil en sådan virksomhed skulle betale mellem tre og fire tusinde kroner for denne serviceydelse.

Selv om der er tale om et regneeksempel, er flertallet af den opfattelse, at det inden for denne ramme vil være muligt at tilgodese den mindre virksomheds behov for BST-ydelser som led i et bredere arbejdsmedicinsk service-net, der også omfatter arbejdslæger, arbejdsmedicinske klinikker og -ambulatorier.

I tilfælde, hvor en BST-ordning af den nævnte karakter ikke kan etableres, og hvor en tilknytning til en landsdækkende brancherorienteret BST-ordning heller ikke kommer på tale, må betjeningen af mindre virksomheder med BST-ydelser kunne ske gennem »tilkobling« til en ordning, der er etableret af en enkelt stor privat eller offentlig virksomhed.

Sådanne »tilkoblingsordninger« rejser nogle særlige problemer, der kort omtales i det følgende:

Det må i almindelighed forudsættes, at en BST-ordning skal hvile i sig selv.

Så længe ordningen kun omfatter en enkelt virksomhed, er dette uden betydning.

Hvis den gennem »tilkobling« udvides til at omfatte flere virksomheder, er det imid-

lertid nødvendigt, at dette sikres gennem udformning af en særlig kontrakt, der nærmere præciseret sikrer den/de »tilkoblede« virksomheders adgang til at trække på BST-ordningen, betalingen herfor, deres adgang til at deltage i ledelsen af ordningen samt eventuelt bestemmelser vedrørende BST-personalets tavshedspligt, også med hensyn til viden om produktionsforhold m. v. i de enkelte virksomheder.

Hvor antallet af »tilkoblede« virksomheder er stort, kan det i praksis komme på tale at omdanne BST-ordningen til et andelselskab, en selvejende institution el. lign.

Direktoratet for arbejdstilsynet vil udarbejde standardkontrakter, og de enkelte kontrakter bør godkendes af det lokale arbejdstilsyn.

Flertallet har overvejet, om anden lovgivning vil være til hinder for ordningen, hvor tilkoblingen sker til en enkelt statslig, kommunalt eller amtskommunalt etableret BST-ordning, men dette skønnes ikke at være tilfældet.

De påtænkte arbejdsmedicinske ambulatorier og klinikker vil med tiden kunne tænkes at fungere som bedriftssundhedscentre for sygehusvæsenets egne ansatte samt ansatte på amtskommunale og kommunale institutioner i øvrigt. Det vil i øvrigt ikke på forhånd kunne afvises, at der kan etableres hensigtsmæssige ordninger med sygehusenes arbejdsmedicinske ambulatorier m. v. for bestemte private brancher, men dette forudsætter nærmere overvejelser.

VII. Mindretallets udtalelse

Mindretallet bestående af repræsentanterne fra Amtsrådsforeningen i Danmark, Kommunernes Landsforening og Københavns og Frederiksberg kommuner har om flertallets udtalelse og arbejdstilsynets notat af 21. maj 1976 (med senere rettelser) om en bedriftssundhedstjeneste i Danmark udtalt følgende:

A. Generelle bemærkninger.

1. Om embedsmandsgruppens arbejdsgrundlag

Under hensyn til at de overvejelser, som det af arbejdsmarkedets hovedorganisationer og Den alm. danske Lægeforening m. fl. nedsatte udvalg og den af arbejdsministeriet nedsatte arbejdsmiljøgruppe af 1972 fremkom med, var af så forskelligartet karakter, ned-

sattes embedsmandsgruppen til at foretage en nøjere overvejelse af de fremlagte forslag, jfr. arbejdsministeriets skrivelse af 22. december 1975.

Mindretallet opfatter dette som et ønske om en fordomsfri bedømmelse af begge de fremlagte forslag, for at der kan tilvejebringes et rimeligt grundlag for den politiske stillingtagen til - som det er udtrykt i ministeriets førstnævnte skrivelse - under hvilke former, i hvilket omfang og i hvilken takt en fremtidig opbygning af en dansk bedriftssundhedstjeneste eventuelt skal foregå.

På denne baggrund må det anses for utilfredsstillende og utilstrækkeligt, at embedsmandsgruppens arbejde med bedriftssundhedstjenesten i det væsentligste har koncentreret sig om det af arbejdstilsynet fremlagte notat, og at man hverken har realitetsbehandlet arbejdsmiljøgruppens forslag til arbejdsmiljøtjeneste, jfr. flertallets indstilling, eller dens forslag om en overgangsordning. Det har altså ikke været muligt i gruppen at få foretaget en nøjere vurdering af alternativer til arbejdstilsynets notat.

Mindretallet kan ikke godtage, at embedsmandsgruppen med baggrund i arbejdsmiljøloven og dens forarbejder skulle være afskåret fra at fremlægge disse vurderinger.

I arbejdsmarkedsudvalgets betænkning af 10. december 1975 over forslag til lov om arbejdsmiljø er det direkte udtalt: »Flertallet ønsker imidlertid ikke på nuværende tidspunkt at foregribe nogen stillingtagen til bedriftssundhedstjenestens nærmere udformning. Den politiske beslutning om den fremtidige sundhedstjenestes opbygning må afvente det iværksatte udvalgsarbejde«.

2. Om arbejdsmiljøforvaltningen

Mindretallet kan heller ikke godtage flertallets forudsætning om, at andre statslige, kommunale eller amtskommunale myndigheder skulle være afskåret fra anden indflydelse på den nærmere tilrettelæggelse af BST end den, der måtte følge af deres rolle som arbejdsgivere.

Mindretallet har bemærket, at arbejdsmarkedsudvalget i sin betænkning påpeger, at arbejdsministeren i forbindelse med behandlingen af de økonomiske og administrative konsekvenser af lovforslagets gennemførelse har oplyst: »En bedriftssundhedstjeneste kan dog inddrage dele af den kommunalt

styrede og finansierede sundhedstjeneste og sygehusvæsenet i et samarbejde, som kan indbære nye udgifter eller snarere en omlægning af udgifterne« og i samme forbindelse »at kommunerne er fyldigt repræsenteret i embedsmandsgruppen om en bedriftssundhedstjeneste«. Dette må efter mindretallets opfattelse være udtryk for et ønske om at inddrage offentlige myndigheder med ansvar for sygehus-, social- og sundhedsvæsenet i tilrettelæggelsen af BST.

3. Om arbejdsmiljøbegrebet

Mindretallet kan heller ikke være enig med flertallet i dets indsnævrende fortolkning af arbejdsmiljøbegrebet og den heraf følgende prioritering af indsatsen.

Efter at have præciseret lovforslagets betydeligt udvidede syn på, hvad der skal forstås ved sikkerhed og sundhed, skriver arbejdsmarkedsudvalget i sin betænkning »Et område, hvor der i særlig grad er tale om udbygning i de kommende år, er arbejdsmedicinen, altså alle bestræbelserne for at bekæmpe erhvervssygdomme, nedslidning og for tidlig afgang fra arbejdslivet«. Og i bemærkningen til lovforslaget anfører regeringen, at man gerne ser sikkerheds- og sundhedsorganisationerne - herunder bedriftssundhedstjenesten — anvendt til at fremme videregående trivselsfremmende foranstaltninger.

Når der skal lægges vægt på at bekæmpe de arbejdsmiljøskader, der udvikler sig langsomt (nedslidning og udstødning), er det vigtigt, at problemerne ansues i sammenhæng (helhedssynspunktet) og som noget, der udvikler sig over tiden (processynspunktet). For at tilgodese sådanne synspunkter i indsatsen må samarbejdsforholdet til det primære social- og sundhedsvæsen samt andre arbejdsmarkedsmyndigheder tillægges afgørende betydning. Sker det ikke, vil der være risiko for, at bedriftssundhedstjenestens forebyggende indsats overfor langsom nedslidning og udstødning opnår en meget ringe prioritering.

B. Mindretallets hovedprincipper for en bedriftssundhedstjeneste.

Mindretallet deler til fulde de af flertallet fremhævede synspunkter om praktiske problemer ved opbygning af ordninger for min-

dre og mellemstore virksomheder, som jo dominerer dansk erhvervsliv.

Når mange virksomheder skal etablere og »tilkobles« en BST-ordning, vil der opstå praktiske problemer; med at gøre den til et integreret led i virksomhedernes interne arbejdsmiljøindsats, med at sikre den enkelte virksomhed og dens ansatte indflydelse og dermed tillid til ordningen samt med at sikre en rimelig dækning med et rimeligt service-niveau. Det er derfor vigtigt at sikre de mindre virksomheder reelle muligheder for at trække på en bred kreds af sagkyndige, der kan bistå med den interne løsning af arbejdsmiljøproblemer.

Det er bl. a. for at sikre mindre virksomheder »tilkoblings«-muligheder samt for at tilejbringe et bredere grundlag for den politiske beslutning om den fremtidige organisering af bedriftssundhedstjenesten, at mindretallet, som supplement til de forsøgsordninger flertallet og arbejdstilsynet har foreslået, og i forlængelse af bemærkningerne hertil (jfr. skrivelserne af 20. og 21. september 1976 i bilag nr. 4 og 6) har peget på de yderligere forsøgsordninger, der er omtalt i den som bilag 6 vedlagte råskitse.

Råskitsen skal betragtes som én ud af flere mulige måder at udforme en bedriftssundhedstjeneste på og som sådan betragtes som en eksemplifikation. I råskitsen er der f. eks. peget på at en del af den regionale styring varetages af en bestyrelse. Hermed er der imidlertid ikke taget stilling til styringens nærmere udformning. Dette problem kan formentlig også klares på anden vis, f. eks. over arbejdsmarkedsnævnene.

Råskitsen bygger på en række hovedprincipper, som mindretallet må anse for væsentlige:

1. Bedriftssundhedstjenesten - et integreret led i virksomhedens interne arbejdsmiljøindsats.

Bedriftssundhedstjenesten må opbygges som et integreret led i virksomhedernes interne samarbejds- og sikkerhedsudvalgs arbejde. Det vil herunder være væsentligt, at disse udvalg har afgørende indflydelse på opgaveformuleringen for bedriftssundhedstjenestens virke på virksomheden. Kun herigennem sikres det, at disse udvalg får mulighed for at løse de fleste arbejdsmiljøproblemer selv. Bedriftssundhedstjenesten må så-

ledes være et tilbud om en solid sagkyndig støtte til samarbejds- og sikkerhedsudvalgenes arbejdsmiljøindsats.

Mindretallet er af den opfattelse at både flertallets og mindretallets forslag i samme grad tilgodeser integrationen, omend der ved begge kan opstå praktiske problemer i relation til de mindre virksomheder jvf. ovenfor.

2. Bedriftssundhedstjenestens opgave - forebyggelse.

En bedriftssundhedstjeneste må i det væsentligste være forebyggende, så indsatsen sker, inden skaderne opstår, udvikles eller gentes. Dette er i nøje samklang med de overvejelser, der har fundet sted i det af indenrigsministeriet på folketingets foranledning nedsatte prioriteringsudvalg, hvor der i det hidtidige arbejde har været stor enighed om, at det forebyggende arbejde fremtidig bør tillægges større vægt end hidtil inden for sundhedsvæsenet.

Arbejdsmiljøskaderne skal forebygges dels ved at sætte ind over for arbejdsmiljøets forskellige påvirkninger dels ved at styrke den enkeltes evne til at modstå belastende påvirkninger. Jobtilpasning skal være det primære i en i øvrigt helhedsorienteret indsats.

De kommunale repræsentanter er således enige med flertallet i spørgsmålet om bedriftssundhedstjenestens begrænsede deltagelse i behandlingen af en given sygdom eller et symptom, der hænger sammen med arbejdet. Blot må det bemærkes, at samarbejdet om behandlingsindsatsen - udover praktiserende læge - også må koordineres med det arbejde, der foregår på det øvrige social- og sundhedsområde som led i en bredere og koordinert social-medicinsk indsats.

3. Bedriftssundhedstjenestens personale

Bedriftssundhedstjenestens personalestab bør sammensættes på en måde, som gør den egnet til at forebygge også de arbejdsmiljøskader, der udvikler sig langsomt (nedslidning og udstødning). Det er derfor vigtigt at prioritere indsatsen således, at problemerne anskues i sammenhæng (helhedssynspunktet) og som noget, der udvikler sig over tiden (processynspunktet).

Dette sker efter mindretallets opfattelse ikke, hvis flertallet og dermed arbejdstilsynets notat følges.

Mindretallet har kritiseret, at notatet opererer med et for »snævert« arbejdsmiljøbegreb, hvilket bl. a. giver sig udslag i forslaget til bemanning af bedriftssundhedstjenesten med overvejende sundhedspersonale og dettes sammensætning på læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, sygehjælpere, klinikkassistenter og sekretærer, hvorved bedriftssundhedstjenestens muligheder for en forebyggende indsats væsentlig indsnævres.

Betydningen af den bredere opfattelse af arbejdsmiljøbegrebet og det heraf følgende bredere personalespektrum er nævnt foran og fyldigt omtalt i arbejdsmiljøgruppens rapport nr. 4, og mindretallet kan henvises her-til.

4. Bedriftssundhedstjenesten skal koordineres med det øvrige social- og sundhedsvæsen.

Det har været et voksende problem i social- og sundhedssektoren, at opbygningen er sket som en »søjleopbygning« uden tilstrækkelig sammenhæng og koordinering på tværs. En del af problemet er løst ved, at sygehusvæsenet er overført til amtskommunalt regie og dermed bragt i tilknytning til det øvrige sundhedsvæsen. Socialreformen har for sit sagsområde tilvejebragt et decentraliseret enstrengt administrationssystem.

Den voksende erkendelse af, at sygehus-, social- og sundhedsvæsenet har en nøje sammenhæng, har givet anledning til, at ovennævnte prioriteringsudvalg har iværksat overvejelser om koordineret styring af disse områder. De bestræbelser, der på folketingets initiativ er iværksat for at skabe bedre koordinering og dermed bedre ressourceudnyttelse, må følges op også ved etablering af bedriftssundhedstjenesten.

Bedriftssundhedstjenesten og de arbejdsmedicinske klinikker, ambulatorier, som amtskommunerne forudsættes at skulle oprette under sygehusvæsenet, må ses i nær sammenhæng, som foranstaltninger der supplerer hinanden. Tilsvarende må de erfaringer og den viden der opsamles i kommunernes social- og sundhedsforvaltninger og i amtskommunernes socialcentre, nyttiggøres i en kommende bedriftssundhedstjeneste i forebyggende øjemed og vice versa, så også disse foranstaltninger supplerer hinanden.

En bedriftssundhedstjeneste må altså ikke opbygges uafhængig af det øvrige social- og sundhedsvæsen, men tværtimod koordineres med dette, og med arbejdsmarkedsmyndighederne. I den forbindelse ville det være hensigtsmæssigt om arbejdsmarkedsmyndighederne i højere grad blev integreret.

Trods flertallets princip-udtalelse herom, finder mindretallet ikke, at de herfra foreslåede ordninger i tilstrækkelig grad opfylder dette afgørende punkt.

Udover generelle vendinger om vigtigheden af et, naturligt og gnidningsfrit samarbejde indeholder arbejdstilsynets notat meget lidt om de kommunale og amtskommunale myndigheders medvirken. Mindretallet har derfor kritiseret, at den i notatet skitserede bedriftssundhedstjeneste ikke tilstrækkeligt tager hensyn til de bestræbelser, der i de senere år er udfoldet for at koordinere samfundets indsats inden for sygehus-, social- og sundhedsvæsenet.

5. Decentral styring af bedriftssundhedstjenesten

Opbygningen af en bedriftssundhedstjeneste må for at uhensigtsmæssigheder og ressourcespild skal undgås, ske i størst mulig overensstemmelse med de ideer og tanker, der har dannet grundlag for kommunalreformen og socialreformen. Kun herigennem kan fornøden koordinering og samarbejde med det offentliges serviceapparat finde sted.

En stor del af styringen af BST's daglige virke og den konkrete opgaveformulering skal dog som nævnt stadig ligge i hænderne på virksomhedernes samarbejds- og sikkerhedsorganisationer.

Dette tilsiger, at en stor del af ledelsen og styringen sker decentralt med inddragelse af arbejdsmarkedets parter f. eks. over ét navn, der koordinerer indsatsen, svarende til det nuværende arbejdsmarkedsnavn overfor arbejdsformidlingen. Dette kan evt. udvides og sekretariatet styrkes til at varetage koordineringen. Dette medfører at kommunerne og amtskommunerne må inddrages i styringen både som arbejdsgivere og som offentlige myndigheder.

Mindretallet finder ligesom flertallet, at det offentlige i opbygnings- og forsøgsfasen bør støtte etableringen af forskellige BST-modeller. Udgifterne til BST bør således for

hovedpartens vedkommende finansieres af arbejdsgiverne - private og offentlige.

Mindretallet er af den opfattelse, at man ikke, som flertallet gør det, kan lægge sig fast på den organisatoriske og styringsmæssige opbygning af BST, uden at knytte dette sammen med finansieringen og byrdefordelingen mellem stat, amter og kommuner.

Mindretallet har på denne baggrund ikke fundet, at arbejdstilsynets forslag i tilstrækkelig grad respekterer ideerne og tankerne bag kommunalreformen og socialreformen. Notatet realitetsbehandler heller ikke finansieringsspørgsmålet, således som ministeren har udtrykt ønske om.

6. Opbygnings- og forsøgsperiode

For at sikre at bedriftssundhedstjenesten får et godt arbejdsgrundlag uden unødigt ressourceforbrug, vil det være vigtigt, at der tilvejebringes et sikkert og bredt erfaringsgrundlag, inden ordningens mere permanente rammer lægges fast.

Den manglende afklaring af forskellige forhold omkring bedriftssundhedstjenesten, finder mindretallet, i sig selv er en illustration af, at man ikke bør igangsætte ordninger - alene på grundlag af flertallets og arbejdstilsynets forslag - for de op til 368.000 ansatte, der indgår i arbejdstilsynets prioriteringsområde.

Der må tilvejebringes et solidt planlægningsgrundlag. Dette kan ske ved, at bedriftssundhedstjenesten i den første 3-årige opbygningsperiode i sin helhed etableres som bredt anlagte, kontrollerede forsøgsordninger. Det vil naturligvis være en forudsætning, at der i forsøgsperioden gøres en undersøgelsesindsats for at sikre en opsamling og vurdering af erfaringerne.

Mindretallet kan derfor fuldt ud tilslutte sig at forskellige modeller for BST nøjere følges for systematisk at få belyst bedriftssundhedstjenestens forskellige aspekter - jfr. arbejdstilsynets notat (side 55, om organisationsformer, samarbejdsrelationer, finansieringsmodeller, bemandingsmodeller og opgaver, side 60 om normtal for personalet, side 66 om økonomien i de forskellige former for BST, side 67 om besparelsvirkningerne, side 68 om udgiftskomplekset og side 70 og 74).

De beskrevne forsøg er imidlertid for snævre og bør suppleres med forsøgsordnin-

ger efter den fremlagte råskitse. Det vil som nævnt være væsentligt, at resultaterne forsøgsperioden ikke på forhånd begrænses af en for snæver opfattelse af arbejdsmiljøbet.

Mindretallet må konstatere at flertallet og AT-notatet allerede i forsøgs- og opbygningsperioden udelukker de virksomheder, der pålægges at følge reglerne om BST, fra at oprette sådanne på anden vis end de 4 anførte måder. Selv inden for de ordninger, der kan godkendes, udelukker man på forhånd ordningerne fra at få tilskud til andet end sundhedspersonalet, d.v.s. læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, sygemedhjælpere og sekretærer.

De kommunale repræsentanter mener, at det vil være væsentligt at få politisk accept af de foran anførte hovedprincipper. På dette grundlag mener disse repræsentanter, at formelle, men foreløbige, rammer for bredt anlagte, kontrollerede forsøgsordninger kan udfærdiges, og ordningerne derefter iværksættes bl. a. ud fra disse hovedprincipper. Der er altså intet til hinder for en etapevis udbygning med forskellige former for bedriftssundhedstjeneste.

Mindretallet må derfor vende sig imod en fastlæggelse af unødigt snævre og stive rammer for udbygningen af bedriftssundhedstjenesten, inden det fornødne erfaringsgrundlag foreligger, således som det er foreslået af flertallet og i arbejdstilsynets notat.

c. Konklusion

Mindretallet er enige i, at arbejdsmedicinen og arbejdsmiljøindsatsen i øvrigt i særlig grad trænger til en udbygning i de kommende år, men finder det nødvendigt, at sygehus-, social- og sundhedsmyndighederne medvirer i den organisatoriske og styringsmæssige opbygning.

Mindretallet kan således ikke tiltræde det grundlag, der er indeholdt i arbejdstilsynets notat af 21. maj 1976 (med senere rettelse), som det eneste udgangspunkt for opbygningen af BST.

Da der ikke omkring bedriftssundhedstjenesten foreligger afklaring af en række forskellige forhold, som mindretallet tillægger afgørende vægt, er det vigtigt at igangsætte forsøg med forskellige former for BST i en

etapevis opbygnings- og forsøgsperiode over 3 år. Kun herigennem kan der tilvejebringes et solidt planlægningsgrundlag, før de mere permanente rammer lægges fast.

Mindretallet anser det imidlertid ikke for muligt, at gennemføre forsøg efter deri fremlagte råskitses hovedprincipper, hvis flertallets og arbejdstilsynets forslag følges.

Erik Andersen

H. Boserup

Jørgen Fog

B. Fiirstnow-Sørensen

Niels C. Hansen

T. Brøgger Jensen

H. Korsbæk f. Erling

Larsen/ 1b Maltesen

V. Lomholt

T. Børglum Madsen

J.P. Stokholm

Ebbe Sørensen

Wechselmann
(formand)

Sekretærer:

1b Lockenwitz og H. Elo Petersen

ARBEJDSMINISTERIET

Den 14. november 1975.

1 vedlagte forslag til lov om arbejdsmiljø er det i bemærkningerne til bestemmelsen om bedriftssundhedstjeneste anført, at den nærmere udformning af en sådan ordning er under overvejelse i Arbejdsmiljøgruppen af 1972 og i et udvalg nedsat af arbejdsmarkedets hovedorganisationer og Den almindelige danske lægeforening m. fl.

Det sidstnævnte udvalg har nu afgivet vedlagte betænkning om en dansk bedriftssundhedstjeneste. Arbejdsmiljøgruppen arbejder med dette problem i en større sammenhæng og vil derfor først kunne afgive en endelig indstilling i sin fjerde rapport, der forventes udsendt i løbet af nogle måneder, men gruppen har dog formuleret vedlagte foreløbige synspunkter.

Under hensyn til de fremlagte forslags forskellige og meget vidtrækkende karakter såvel lovgivningsmæssigt og administrativt som økonomisk finder arbejdsministeriet ikke at kunne tage stilling til, under hvilke former, i hvilket omfang og i hvilken takt en fremtidig opbygning af en dansk bedriftssundhedstjeneste eventuelt skal foregå.

Forud for en sådan stillingtagen må spørgsmålet efter ministeriets opfattelse overvejes med direktoratet for arbejdstilsynet og andre offentlige myndigheder.

Med henblik herpå skal man herved anmode Dem om at påtage Dem hvervet som formand for en embedsmandsgruppe om dette spørgsmål. Gruppen vil i øvrigt bestå af et medlem fra

indenrigsministeriet
sundhedsstyrelsen
socialministeriet
finansministeriet, administrations-
departementet

finansministeriet, budgetdepartementet

Kommunernes Landsforening,

Amtsrådsforeningen

Hovedstadsrådet

Københavns Kommune } (i fællesskab
Frederiksberg Kommune } et medlem)

direktoratet for arbejdstilsynet

(et arbejdsmedicinsk sagkyndigt medlem)
og arbejdsministeriet.

Det vil i øvrigt være gruppen tilladt at tilkalde anden nødvendig ekspertise til sine drøftelser.

Sekretariatsforretningerne forudsættes varetaget af en medarbejder fra direktoratet og en fra arbejdsministeriet.

Opmærksomheden henledes på, at nævnte lovforslag bygger på en forudsætning om, at en eventuel bedriftssundhedstjenesteordning indgår som et led i et arbejdsmedicinsk system bestående af arbejdslæger, arbejdsmedicinske klinikker i tilknytning til visse regionale sygehuse og et arbejdsmedicinsk institut som det faglige samlingspunkt. Da det må forudsættes, at de arbejdsmedicinske klinikker bl. a. skal fungere som uddannelsessteder, og da det arbejdsmedicinske institut forudsættes at få visse koordinerende funktioner, vil det være naturligt, at udvalget som noget af det første ser på opbygningen af disse serviceinstitutioner og eventuelt afgiver en delbetænkning herom.

Gruppen bør endvidere være opmærksom på, om det vil være hensigtsmæssigt at igangsætte kontrollerede forsøg med forskellige former for bedriftssundhedstjeneste. Forslag herom bør eventuelt søges udarbejdet med henblik på iværksættelse for en 3-års periode fra arbejdsmiljølovens ikrafttræden. Det bør indbefatte regler om ledelse og finansiering.

Gruppens arbejde bedes i øvrigt tilrettelagt under hensyn til, at det over for folketingets arbejdsmarkedsudvalg er stillet i ud-

sigt, at der senest i folketingssamlingen 1976-77 vil blive forelagt arbejdsmarkedsudvalget et konkret forslag om bedrifts-

sundhedstjeneste. Gruppen bedes derfor søge arbejdet tilendebragt inden oktober 1976.

Hr. amtmænd S. Wechselmann,
Rønnebækhuse,
4700 Næstved.

Erling Dinesen. I H. Winther.

**Fortegnelse over medlemmerne
af embedsmandsgruppen om bedriftssundhedstjeneste**

Amtmand S. Wechselmann (formand)

Direktoratet for arbejdstilsynet:

Direktør Erik Andersen (næstformand)
Arbejdslæge Jens P. Stokholm

Indenrigsministeriet:

Kontorchef Ebbe Sørensen

Sundhedsstyrelsen:

Overlæge Jørgen Fog

Socialministeriet:

Ekspeditionssekretær B. Fiirstnow-Sørensen

Finansministeriet, administrations-
departementet:

Kontorchef H. Korsbæk

Finansministeriet, budgetdepartementet:

Kontorchef Hans Boserup

Kommunernes Landsforening:

Socialinspektør Erling Larsen og lejlighedsvis

Ekspeditionssekretær Kaj Holst - samt fra oktober 1976 tillige

Fuldmægtig Ib Maltesen

Amtsrådsforeningen i Danmark:

Vicekontorchef Torben Brøgger Jensen

Hovedstadsrådet:

Fuldmægtig Niels C. Hansen

Københavns kommune, Frederiksberg kommune:

Stadslæge H. Knipschildt, der i gruppen har været repræsenteret ved sin stedfortræder,

Embedslæge Torben Børghlum Madsen

Arbejdsministeriet:

Kontorchef H. Winther. Fra 1. november 1976 har

Kontorchef Vibeke Lomholt været ministeriets repræsentant i gruppen

Sekretariat:

Arbejdsministeriet:

Fuldmægtig Ib Lockenwitz

Direktoratet for arbejdstilsynet:

Fuldmægtig H. El o Petersen

Resumé af Arbejdsmiljøgruppens opgørelse af arbejdsmiljøskadernes samfundsøkonomiske omkostninger.

Ved vurderingen af arbejdsmiljøskadernes omkostninger skal man besvare følgende spørgsmål:

1. Hvilke skader er arbejdsmiljøskader?
2. Hvilke omkostninger ved disse skader skal medtages?
3. Hvor store er disse omkostninger?

En besvarelse af disse spørgsmål vil være forholdsvis usikker, fordi statistiske oplysninger om arbejdsmiljøet er meget sparsomme og behæftet med stor usikkerhed. På grundlag af de eksisterende oplysninger og sammenligninger med forskellige udenlandske undersøgelser har man dog kunnet skønne følgende for året 1972.

ad 1. Til arbejdsmiljøskader bør henregnes ca. 70.000 arbejdsulykker, som har medført fravær i mindst 3 dage, ca. 2 mill. mindre arbejdsulykker (under 3 dage), erhvervssygdomme, både anerkendte (i ulykkesforsikringsloven) og ikke anerkendte og endelig en del af »udstødningstilfældene« d.v.s. at man for tidligt og uden eget ønske mister forbindelsen med arbejdsmarkedet).

ad 2. Med omkostninger menes ikke direkte udgifter og udbetalinger, men beslaglæggelse af ressourcer, der kunne være brugt til noget andet. Sådanne omkostninger kan opdeles i forskellige komponenter: produktionstab,

ressourcebinding, materielle tab og ikke økonomisk velfærdstab.

ad 3. På grundlag af et skøn, som der nærmere er gjort rede for i arbejdsmiljøgruppens redegørelse, forekommer det sandsynligt, at det samlede produktionstab inklusive materielle tab i 1972 priser beløber sig til mindst 6-7 mia.

Hertil kommer så de samfundsmæssige omkostninger, der er forbundet med, at ressourcer bindes i form af behandlings-, revaliderings- og administrationsindsats i arbejdsmarkeds-, social- og sundhedssektoren. Et groft skøn siger, at det drejer sig om 2-3 mia i 1972-mindst.

Foruden produktionstabene og ressourcebindingerne opstår der som nævnt også andre velfærdstab i form af individuelle og sociale problemer, som psyk. lidelser og manglende tryghed og arbejdsglæde. Disse problemer er det vanskeligt at gøre op i kroner og øre.

Over for disse omkostninger må det konstateres, at en forebyggende indsats med meget stor sandsynlighed vil kunne »betale sig«. En forøget og/eller ændret indsats skal ikke have megen effekt på de store samfundsøkonomiske omkostninger, før den økonomisk set - vil vise sig rentabel.

Der henvises i øvrigt til arbejdsmiljøgruppens udførlige redegørelse, der findes i bilag til beretning om forslag til lov om arbejdsmiljø (1974-75).

Embedsmandsgruppen om bedriftssundhedstjeneste

På de sidste møder i embedsmandsgruppen har jeg foreslået en omskrivning af visse afsnit i direktoratets notat, således at der blev tilstrækkelig balance imellem beskrivelsen af samarbejdet mellem bedriftssundhedstjenesten og det almindelige social- og sundhedssystem og finansieringsafsnittet.

Efter nøje at have gennemgået og overvejet direktoratets notat må jeg desværre konstatere, at opgaven er umulig på det foreliggende grundlag.

Når det ikke kan gøres skyldes det flere forhold. For det første er samarbejdsrelationerne afhængige af de forskellige måder, en bedriftssundhedstjeneste kan udformes på. Imidlertid fremtræder disse nye samarbejdspartnere så uafklarede, i direktoratets notat, at social- og sundhedsvæsenet - og vel resten af arbejdsmarkedssektoren for den sags skyld - ikke på forhånd vil være i stand til at præcisere samarbejdet nærmere. De konkrete samarbejdsrelationer afhænger helt af BST's indhold og styring.

I direktoratets notat fremtræder BST på den ene side som noget meget uafklaret og åbent, mens det på den anden side udmøntes i meget konkrete forslag for den første etape i udbygningen. Her er detaljeringsgraden bemærkelsesværdig, men, manglen på sikring af den bedst mulige koordination mellem de forskellige BST-ordninger og det arbejde, der udføres af de kommunale social- og sundhedsforvaltninger, er ikke mindre udtalt af den grund.

Vi tillægger det fra kommunal side afgørende betydning, at en BST ikke opbygges uafhængigt af den øvrige hjælpeapparat - det være sig på arbejdsmarkedet eller i social- og sundhedsvæsenet. Det har vi gentagne gange fremhævet, både fra amts- og

primærkommunal side. Vi lægger derfor stor vægt på, at den regionale og lokale koordinering af styringen og udbygningen bliver sikret. Dette finder jeg ikke i tilstrækkelig grad er sikret i direktoratets notat.

Præciseringen af, hvilken kompetence og rolle det »lokale« rådgivende arbejdsmiljøudvalg og BST-underudvalget skal spille, er yderst mangelfuld - navnlig ud fra en primærkommunal synsvinkel. Det samme gælder opgavefordelingen mellem det lokale og det centrale plan (styringen »oppefra«) og i relation til den primære social- og sundhedstjeneste. Især forekommer sammensætningen af det »lokale« BST-underudvalg ikke tilfredsstillende med henblik på sikring af den nødvendige koordination og samarbejde.

Her må primærkommunernes sociale- og sundhedsforvaltning deltage på lige fod med andre faste repræsentanter. Heller ikke BST-udvalgets rolle omkring vurderingen af lokale forsøgsordninger, administrationen af tilskudsordningen eller initiativtagningen til andre former for samarbejde virker tilstrækkeligt afklaret - hverken i forholdet til arbejdstilsynets amtskreds - eller andre arbejdsmarkedsmyndigheder - i forhold til de centrale organer eller i forhold til den primære social- og sundhedstjeneste.

En yderligere grund til, at det ikke er muligt i tilstrækkelig grad at præcisere samarbejdet mellem forskellige BST-ordninger og det øvrige arbejdsmarkeds-, social- og sundhedssystem, er finansieringsafsnittet i direktoratets notat. Også her skal, stadig iflg. direktoratets notat, forsøgene på den ene side tilvejebringe vurderingsgrundlag for økonomien i de forskellige former for BST, og på den anden side skal alle de godkendte ordninger allerede fra starten have refunderet

indtil 20 pet. af udgifterne af den offentlige. Dette til trods for at man tilslutter sig det hovedprincip, at produktionen og dermed virksomhederne skal afholde udgifterne til BST.

Argumentationen for en offentlig refusionsordning virker ikke overbevisende al den stund det også andetsteds i notatet fremhæves; *at* BST bistand ved behandlingsprægede opgaver bliver begrænset (selv om erfaringerne fra Norge og Sverige viser noget andet), *at* BST foreløbig kun i et begrænset omfang kan tage revaliderings- og genoptræningsopgaver op, og *at* man næppe (- om overhovedet -) kan forestille sig værdien af forebyggelsens effekter overført til BST før tidligst når disse effekter efterhånden måtte vise sig.

Endelig er det en væsentlig mangel ved finansieringsafsnittet at det ikke er afklaret, hvordan byrdefordelingen mellem stat, amter og kommuner skal være for det offentlige stimuleringsstøtte, der skal sikre igangsættelsen og udbygningsplanen for den første etape.

KL kan derfor ikke på grundlag af disse mangler tiltræde Arbejdsdirektoratets notat om en bedriftssundhedstjeneste i Danmark. Man gør i denne forbindelse opmærksom på, at Jens Mathiasen allerede da man lod sig repræsentere i embedsmændsgruppen ved brev til arbejdsminister Erling Dinesen påpegede, at »Såfremt en bedriftssundhedstjeneste etableres, må landsforeningen lægge stor vægt på, at der sikres den bedst mulige koordination mellem denne tjeneste og det arbejde, der udføres af de kommunale social- og sundhedsforvaltninger«.

I øvrigt er vi enige i at arbejdsmedicinen (og socialmedicinen) i særlig grad trænger til en udbygning i de kommende år, som det er forudsat i arbejdsmiljøloven. Men det er vigtigt, at bestræbelserne for at bekæmpe erhvervssygdomme, nedslidning og - ikke mindst - for tidlig afgang fra arbejdslivet koordineres, og at udbygningen sker i forlængelse af det social-lægelige samarbejde, der udbygges på kommunal- og socialreformens grund. Planlægningen af dette samarbejde kan ikke ske isoleret, men må ses i en større sammenhæng.

Vi er fra kommunernes side enige i nødvendigheden af en BST og ønsker at medvirke i realiseringen heraf.

Vi ser gerne, at opgaveområdet også tager sigte på at forebygge de arbejdsmiljøproblemer, der ikke viser sig ved karakteristiske sygdomssymptomer, men i højere grad ved sociale og psykiske problemer, der måske først på et senere tidspunkt giver sig udslag i sygdom. Man bør derfor nærmere behandle afvejningen mellem (og indenfor) sundhedspersonalet og andre sagkyndige samt nødvendigheden af et snævert samarbejde mellem disse.

Vi ser også gerne en nøjere afvejning mellem brugen af de eksisterende sundhedsressourcer i den primære sundhedstjeneste og etableringen af nye, med den risiko det indebærer for dubblering på flere områder, f. eks. behandlingsfunktionerne. Ligeledes bør en del af rutinefunktionerne overvejes henført til mellemteknikergruppen.

Da der heller ikke foreligger en afklaring af disse forhold, er vi meget glade for, at der lægges op til at igangsætte en række kontrollerede forsøg med forskellige former for BST. Kun gennem systematiske og kontrollerede forsøg kan der tilvejebringes et solidt planlægningsgrundlag. De nærmere regler må afvente resultaterne af disse forsøg, og forsøgsrammerne for den første etape i udbygningen bør derfor være ganske vide og de lokale organers indflydelse stor.

KL er fuldt ud opmærksom på, at de personalemæssige, uddannelsesmæssige og økonomiske ressourcer er sparsomme, og at indsatsen derfor må prioriteres overfor de forskellige typer af arbejdsmiljøskader. Dette må naturligvis ske under hensyntagen til arbejdsmiljølovens nye formålsparagraf. Det er glædeligt, at der tilsigtes en væsentlig uvidelse af det traditionelle arbejderbeskyttelsesbegreb, så det nu også gælder påvirkninger, der på kortere eller længere sigt medfører fysiske og psykiske helbredsskader samt andre påvirkninger, der foribgående eller varigt forringer den fysiske eller psykiske sundhedstilstand uden at frembringe karakteristiske sygdomssymptomer. Denne uvidelse vil uden tvivl få stor betydning for prioriteringen og for det arbejde, der udføres af de kommunale social- og sundhedsforvaltninger.

Vi vil i øvrigt tro, at kommunerne vil yde den nødvendige støtte såvel organisatorisk som økonomisk til, at ordninger af forskellig karakter kan igangsættes. Man kunne fore-

stille sig, at nogle kommuner selv etablerer en BST, eller går sammen med private virksomheder om en eller blot stimulerer og støtter private initiativer.

Endelig vil vi også tro, at kommunerne og deres landsforening gerne går aktivt ind i planlægning og gennemførelse af kontrollerede forsøgsordninger med BST i amts- og primærkommunerne. I den forbindelse kunne man eventuelt forestille sig, at Momsfonden og Amtskommunernes og Kommu-

nernes forskningsprojekt blev bragt ind i billedet, for at følge udviklingen og samle de indhøstede erfaringer op - naturligvis i samarbejde med de implicerede.

Denne skrivelse er blevet til i samarbejde mellem landsforeningens sekretariat og landsforeningens udpegede repræsentant.

Med venlig hilsen

Erling Larsen / *Jens Jørn Nielsen*

**Amtmand Sigurd Wechselmann
Rønnehusene, 4700 Næstved.**

På sidste møde i embedsmandsgruppen blev det aftalt, at jeg skulle fremkomme med mine bemærkninger og betænkeligheder om arbejdstilsynets notat i skriftlig form.

Efter samtale med Kommunernes Landsforenings repræsentant, Erling Larsen, må jeg konstatere, at mine synspunkter vedrørende arbejdstilsynets notat i vid udstrækning er sammenfaldende med Erling Larsens.

Jeg har haft lejlighed til at gennemgå den skrivelse, som Erling Larsen i dag har fremsendt, og jeg kan fuldt ud tiltræde hovedsynspunkterne i Erling Larsens skrivelse.

Herudover vil jeg tilføje, at jeg gerne havde set, at arbejdstilsynets notat havde indeholdt en mere udførlig vurdering af de bemærkninger og justeringer, som arbejdsmiljøgruppen af 1972 har gjort med hensyn til organisationsudvalgets betænkning, og som senere mere udførligt er beskrevet i arbejdsmiljøgruppens 4. rapport, således at embedsmandsgruppen kunne have haft lejlighed til at tage stilling til disse.

Således påpeger arbejdsmiljøgruppen, at organisationsudvalgets modeller ikke integrerer bedriftssundhedstjenesten organisatorisk i social-, sundheds- eller arbejdsmarkedssektoren, samt at en isoleret bedriftssundhedstjeneste vil skabe koordineringsproblemer, bl. a. til social- og sundhedsvæsenet.

Teg havde gerne set, at arbejdstilsynets notat havde indeholdt en udførlig beskrivelse af, hvorledes arbejdstilsynets notats forslag til organisationsmodeller i modsætning til organisationsudvalgets modeller in-

tegrerer bedriftssundhedstjenesten i social- og sundhedssektoren.

Jeg finder, at der i de i notatet beskrevne opgaver for bedriftssundhedstjenesten, jfr. især det i notatet anførte vedrørende bedriftssundhedslægerens behandling af egentligt arbejdsbetingede sygdomme ligger en opbrydning af det almindelige familielægemønster.

Jeg finder det derfor af afgørende betydning, at en dansk bedriftssundhedstjeneste ikke opbygges uafhængig af det øvrige sygehus, social- og sundhedsvæsen.

På dette punkt indeholder arbejdstilsynets notat udover generelle vendinger om vigtigheden af et naturligt og gnidningsfrit samarbejde mellem bedriftssundhedstjenesten, den primære sundhedstjeneste og socialsektoren meget lidt konkret om, hvilken medindflydelse, de politiske myndigheder, der har ansvaret for planlægningen og styringen af sygehus-, social- og sundhedsvæsenet, tænkes at skulle have på opbygningen af bedriftssundhedstjenesten.

I notatet er det således kun i det lokale rådgivende arbejdsmiljøudvalg foreslået, at amtskommunerne skal være repræsenteret med 1 repræsentant for sygehus- og socialvæsenet. Herudover er det for så vidt angår de øvrige organer og rådgivende udvalg kun angivet, at de væsentligste interesser på området bør være repræsenteret.

Det er min opfattelse, at bedriftssundhedstjenesten og de arbejdsmedicinske klinikker/ambulatorier, som amtskommunerne forudsættes at skulle oprette under sygehusvæsenet, må ses i meget nær sammen-

hæng, som foranstaltninger, der på det arbejdsmedicinske område supplerer hinanden.

Arbejdstilsynets notat giver efter min opfattelse ikke tilstrækkelig mulighed for, at man kan imødekomme den interesse, der fra

amtskommunal side er med hensyn til at deltage i bestræbelserne på at skabe en forbedret sundhedstilstand på arbejdspladserne.

Med venlig hilsen

Torben Brøgger Jensen

Råskitse til en kommunal og amtskommunal forsøgsordning med BST

I skrivelsen til embedsmandsgruppen af 20. september 1976 peges på, at da der ikke foreligger en afklaring af forskellige forhold omkring BST, er vi meget glade for, at der lægges op til at igangsætte en række kontrollerede forsøg med forskellige former for BST.

Kun gennem systematiske og kontrollerede forsøg kan der tilvejebringes et solidt planlægningsgrundlag.

De nærmere BST-regler bør derfor afvente resultaterne af disse forsøg, og forsøgsrammerne for den første etape i udbygningen bør derfor være ganske vide og de lokale organers indflydelse stor.

I det følgende skal rammerne for kommunale og amtskommunale forsøgsordninger søges skitseret. Man må derefter konkretisere denne for de enkelte forsøgsordninger.

Sigtet med kommunale BST-ordninger må, som det er forudsat i arbejdsmiljøloven, være at koordinere alle bestræbelserne for at bekæmpe erhvervssygdomme, nedslidning og - ikke mindst - for tidlig afgang fra arbejdslivet, således at der bliver færre tilfælde af førtidspensionering og invalidepension eller erstatning.

Opgaveområdet må derfor tage sigte på at bistå parterne på virksomhederne med at forebygge også de arbejdsmiljøproblemer, der ikke viser sig ved karakteristiske sygdomssymptomer, men i højere grad ved sociale og psykiske problemer, der måske først på et senere tidspunkt giver sig udslag i sygdom. Dette svarer til den tilsigtede væsentlige udvidelse af det traditionelle arbejdsbeskyttelsesbegreb i arbejdsmiljøloven.

Arbejdsmiljøskaderne skal forebygges dels ved at sætte ind over for arbejdsmiljøets forskellige påvirkninger dels ved at styrke den

enkeltes evne til at modstå belastende påvirkninger.

Indsatsen over for påvirkningerne skal altså ske ud fra alle typer af arbejdsmiljøskader. Jobtilpasning skal være det primære i en i øvrigt helhedsorienteret indsats. Den egentlige personbehandling skal principielt forblive hos den primære social- og sundhedstjeneste, som til gengæld må placeres nærmere virksomhederne. Dette kan ske gennem praksisplanlægning og udbygningsplaner på det sociale og sundhedsmæssige område.

BST skal rådgive og vejlede om opgaver, der sigter mod at ændre jobbet ved at opspore, kortlægge og analysere arbejdsmiljøets problemer og ved at bistå i den produktions- og personalepolitiske planlægning.

Opgaver, der sigter mod en forebyggende indsats over for den enkelte person vil bestå i at opspore og undersøge symptomer på arbejdsmiljøskader og modvirke deres opståen f. eks. ved at oplyse, uddanne, rådgive, placere, flytte og beskytte den enkelte. Endelig kan der blive begrænsede opgaver med at opbygge, bevare eller genvinde den enkeltes erhvervsevne og - mulighed ved revalidering, skånejob, forsørgelse m. v. Dette må naturligvis også ske i samarbejde med social- og sundhedsforvaltningen, og den primære sundhedstjeneste.

Personale

Ud fra det brede sigte og opgaveområde vil der være behov for et bredt spektrum af sagskendskab i ordningens personalestab. Det er vigtigt, at problemerne ansues i sammenhæng og som noget, der udvikler sig over tiden. Derfor er det vigtigt, at de forskellige typer af sagkundskab samarbejder

inden for ordningen og i relation til tilgrænsende myndigheder. En række af de sagkyndige kan være mere eller mindre fast tilknyttet ordningen som konsulenter eller udstationeringer på deltid fra andre myndigheder og organisationer. For at tilgodese helheds- og processynspunkterne er det imidlertid vigtigt, at man allerede fra starten disponerer over flere forskellige typer af særlig sagkundskab samt folk med generelt arbejdsmarkedskendskab f.eks. arbejdskonsulenter.

Sammensætningen af den enkelte ordnings personale må bero på de lokale forhold, idet det er en forudsætning, at ordningen i praksis skal fungere som en sagkyndig udbygning af det interne arbejdsmiljøarbejde. Samarbejds- og sikkerhedsudvalgene skal derfor deltage i opgaveformuleringen og dermed i den konkrete udnyttelse af ordningens ressourcer.

Organisation

Det er nødvendigt med en fælles og samlet organisatorisk ramme for BST's personale i regionen. Det vil være en fordel om BST bygningsmæssigt placeres tæt ved det amtskommunale socialcenter. Inden for et amt kan man endvidere forestille sig hovedkontoret opdelt geografisk i nogle lokale »hjemsteder« hver med det brede personalespektrum.

En samlet ramme vil gøre det lettere for de mindre virksomheder at få kontakt med kredsen af sagkyndige, der kan hjælpe med at løse alle slags arbejdsmiljøproblemer. Det kan også tænkes at påvirke det tillidsforhold, der er en nødvendig forudsætning for at rådgive og vejlede virksomheden og de ansatte. Endelig må personalegrupperne have et sted, hvor de kan udveksle erfaringer på tværs af faggrænserne og samtidig holde sig ajour med ny viden på deres felt.

Baglandet

Det forudsættes, at den arbejdsmedicinske service udbygges på amtsplanet, og at der sker en nærmere faglig tilknytning til embedslægeinstitutionen, sygehusenes fysiurgiske afdelinger og revalideringsklinikkerne. Ud fra det brede opgavefelt er det vigtigt, at den arbejdsmedicinske service også dækker psykologisk og sociologisk sagkundskab. T hvert amt bør de arbejdsmedicinske klinikker/ambulatorier ved sygehusene sammen

med f. eks. socialcentret kunne udfylde baglandsfunktionerne for BST-ordningen. Det forudsættes, at socialcentret får samme relation til BST, som til den primærkommunale social- og sundhedsforvaltning.

En stor del af *styringen* af BST's daglige virke skal som nævnt ligge i hænderne på de virksomheder og ansatte, som har brug for den brede sagkundskab. Men der bliver også brug for ledelse og styring udenfor virksomhederne. Den nærmere udformning heraf kan man i stor grad overlade til lokal/regional afgørelse.

Man kan vælge at lade den regionale/lokale BST virke i statsregi (som AF eller AT), henlægge dem til kommunal og amtskommunal drift, eller etablere selvstændige selskabsformer (koncessionerede interessentselskaber eller lignende). Under alle omstændigheder skal de på det rådgivende plan knyttes til de nuværende arbejdsmarkedsnævn, som må styrkes med selvstændige sekretariater og repræsentanter fra social- og sundhedsforvaltningen, så de reelt kan fungere, og koordinere aktiviteterne. I den forbindelse vil det være hensigtsmæssigt at arbejdsmarkedsmyndighederne i højere grad integreres, evt. sammenslutes på længere sigt bl. a. af hensyn til samarbejdsrelationerne til det almene social- og sundhedsvæsen.

Den regionale BST-ordning ledes af en bestyrelse sammensat af de implicerede interessenter: på primærkommunalt plan - socialudvalget og kommunen som arbejdsgiver, på amtskommunalt plan - sygehusudvalget, social- og sundhedsudvalget og amtet som arbejdsgiver og på det statslige plan - arbejdsmarkedsmyndighederne regionalt d.v.s. AF, arbejdsmarkedsuddannelserne og AT. Hertil kommer de private interessenter fra arbejdsgiver-, arbejdsleder- og arbejdstagerorganisationerne regionalt.

Den regionale BST-bestyrelse skal følge arbejdet, være ansvarlig for budgettet og kunne tage initiativ til større aktiviteter f. eks. undersøgelser af generel eller speciel karakter. Bestyrelsen skal fastlægge normeringer i forbindelse med budgettets vedtagelse. Den skal desuden lægge rammer for det daglige arbejde og koordinere indsatsen for et bedre arbejdsmiljø med andre organer og myndigheder.

Hvordan opgavefordelingen og dermed kompetencefordelingen og samarbejdsrelati-

onerne både udadtil og indadtil skal være, kan man som nævnt overlade til regional/ lokal afgørelse i bestyrelsen - efter karakteren af den konkrete forsøgsordning. Bestyrelsen fastlægger selv strukturen og opgavefordelingen inden for regionen f. eks. hvornår og hvordan der fra hovedkontoret skal udskilles lokalafdelinger.

Det regionale hovedkontor leverer sekretariatet til BST-bestyrelsen. Sekretariatet og hovedkontoret ledes af en administrator som udpeges af bestyrelsen. I forsøgsperioden udpeger hovedkontorets leder for hver lokalenhed en leder.

Omkostninger og finansiering

Ordningen skal dække alle virksomheder i amtet og især rette sig mod de mindre og de arbejdsmæssigt set dårlige virksomheder, hvor frivillige ordninger erfaringsmæssigt vil have været ved at vinde udbredelse.

Det er ikke muligt generelt at angive eller beregne omkostningerne ved BST-forsøgsordningerne i opbygningsperioden. Dette kan kun gøres for hver enkelt konkret ordning. Dog bør det kunne anføres, hvad der mindst skal indgå i en forsøgsordning, hvad enten man fastansætter den brede sagkundskab eller knytter denne til ordningen på konsulent-/udstationeringsbasis. Minimum må være, at der er både teknisk-ergonomisk - organisatorisk ekspertise og social-, psykologisk- og sundhedsekspertise til stede fra starten, og at mellemteknikere overvejes fastansat mens akademikerne overvejes knyttet løsere til ordningen.

Også finansieringen må afhænge af den konkrete ordnings karakter. Det offentlige skal yde tilskud og kommunerne samt amts-

kommunerne skal inddrages i byrdefordelingen, både som arbejdsgivere og offentlige myndigheder - i forlængelse af ovenstående om styringen og organisationen.

I forsøgsordningen bør de kommunale og amtskommunale etableringstilskud søges tilvejebragt via momsfondens eller en anden fondsdannelse på fælleskommunalt plan. Da kommunerne finder det væsentligt, at investere i at forebygge sociale og sundhedsmæssige problemer, og de udgifter, der følger deraf, vil man gerne bidrage med 20 pct. af de 10 mill. kr. årligt, som udbygningen er beregnet til at koste, i en treårig prøveperiode.

Driftstilskud søges finansieret via kommunale og amtskommunale midler, således at virksomhederne ikke belastes for hårdt økonomisk i den etablerede forsøgsordning.

Udstationeringer kan også tjene som finansieringsbidrag fra de implicerede organisationer og myndigheder.

Overvågning og bedømmelse

For at erfaringerne systematisk kan opsamles, sammenholdes og bedømmes af de kommunale og amtskommunale BST-forsøgsordninger, bør man fra igangsætningen alliere sig med AKF og andre interesserede forskningsinstitutioner, så de i samarbejde med de involverede parter kan udtrække mere generelle retningslinier, med henblik på i anden etape at udforme de nærmere regler for BST.

Det må antages at være en forudsætning for den skitserede finansiering i forsøgsperioden, at der løbende og systematisk foretages en sådan bedømmelse af de etablerede BST-ordninger.

Notat
om en bedriftssundhedstjeneste
i Danmark

Indholdsfortegnelse

Indledning: Nogle politiske forudsætninger	35
I Virksomhedernes sikkerheds- og sundhedsarbejde efter arbejdsmiljøloven	36
II Dansk materiale om bedriftssundhedstjeneste	37
1. Organisationsudvalgets betænkning	37
a. Uddrag af betænkningens resumé	37
b. Organisationernes udtalelser over betænkningen	40
c. Arbejdsmiljøgruppens foreløbige vurdering af organisationsudvalgets forslag	40
2. Lokale arbejdsmedicinske initiativer, forsøg og undersøgelser	41
III Bedriftssundhedstjeneste i andre lande	43
IV Opgaver for en bedriftssundhedstjeneste i Danmark	44
V Struktur og organisation	48
VI Organisationsmodeller	55
VII Ansættelsesforhold og bemanning	59
VIII Styring	62
IX Omkostninger og finansiering	66
X Udbygning og forsøgsordninger	70
XI En oversigt over notatet med styringsmodel, tids- og budgetskeam	76
samt elleve bilag.	

Indledning: Nogle politiske forudsætninger

I arbejdsmarkedsudvalgets betænkning af 10. december 1975 over forslag til lov om arbejdsmiljø udtales:

»På baggrund af de fremlagte forslags (organisationsudvalgets betænkning, organisationernes og arbejdsmiljøgruppens kommentarer hertil) forskelligartede og meget vidtrækkende karakter har arbejdsministeren over for udvalget oplyst, at det ikke har været muligt at tage stilling til, under hvilke former, i hvilket omfang og i hvilken takt en fremtidig opbygning af en dansk bedriftssundhedstjeneste eventuelt skal foregå.

Ministeren har derfor nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation fra indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen, socialministeriet, administrationsdepartementet og budgetdepartementet samt de kommunale organisationer foruden naturligvis arbejdsministeriet og arbejdstilsynet for at sikre et økonomisk-administrativt holdbart grundlag, inden det endelige forslag om bedriftssundhedstjeneste udformes.

Det er arbejdsministerens opfattelse, at disse overvejelser bedst kan foregå på grundlag af en smidig lovmæssig ramme som den, der er indeholdt i forslaget til lov om arbejdsmiljø, jfr. § 13.

Flertallet kan henholde sig til de af arbejdsministeren givne oplysninger vedrørende udformningen af en fremtidig bedriftssundhedstjeneste, men ønsker at understrege, at det er en forudsætning for det videre arbejde med udformningen af en be-

driftssundhedstjeneste, at denne tænkes opbygget som et integreret led i virksomhederens interne sikkerhedsorganisation. Hermed er imidlertid ikke taget stilling til den konkrete form, som sundhedstjenesten skal have i forhold til virksomhederne. Sandsynligvis vil formen variere stærkt alt efter virksomhedens størrelse, branche og beliggenhed. Eksempelvis vil de alment praktiserende læger i mange tilfælde Være de bedst egnede til at varetage den medicinske del af bedriftssundhedstjenesten, mens det i andre tilfælde vil være naturligt med ansættelse af egentlige bedriftslæger.

Flertallet ønsker imidlertid ikke på nuværende tidspunkt at foregribe nogen stillingtagen til bedriftssundhedstjenestens nærmere udformning. Den politiske beslutning om den fremtidige sundhedstjenestes opbygning må afvente det iværksatte udvalgsarbejde. Flertallet lægger vægt på, at arbejdsministeren over for udvalget har betonet, at han i folketingssamlingen 1976-77 regner med, at overvejelserne om bedriftssundhedstjenestens udformning vil være afsluttet, og at der på denne baggrund vil være mulighed for at frelægge folketinget et konkret forslag herom. Flertallet må under alle omstændigheder lægge vægt på, at den politiske beslutning om bedriftssundhedstjenestens udformning træffes af folketinget, og kan derfor tiltræde arbejdsministerens ændringsforslag til § 88, der bl. a. medfører, at tidspunktet for ikrafttrædelsen af § 13 fastsættes ved lov.«

I. Virksomhedernes sikkerheds- og sundhedsarbejde efter arbejdsmiljøloven (kap. 2, §§ 5-13)

Personlig kontakt/sikkerhedsorganisation

Som tidligere beskrevet (jfr. arbejdstilsynets notat af 14. januar 1976 om Arbejdsmiljøinstituttet, afsnit I) sætter arbejdsmiljøloven virksomhedernes egen indsats for at skabe et sikkert og sundt arbejdsmiljø i centrum. I virksomheder med 1 til 9 ansatte skal arbejdsmiljøarbejdet som hovedregel udføres ved personlig kontakt, medens større virksomheders arbejdsmiljøarbejde som hovedregel skal udføres gennem en egentlig sikkerhedsorganisation.

Sagkyndig bistand til virksomhedernes arbejdsmiljøarbejde

For at sikre virksomhederne den nødvendige ekspertise til løsning af nutidens mangedannede arbejdsmiljøproblemer giver lovens § 12 arbejdsministeren hjemmel til at fastsætte regler om, at virksomheder (arbejdsgiver) skal stille sagkyndig bistand til rådighed for sikkerhedsarbejdet, hvor hensynet til de ansattes sikkerhed eller sundhed taler for det. Den sagkyndige bistand kan erhverves på forskellig måde, idet det afgørende er, at der reelt stilles sådan bistand til rådighed. Arbejdsgiveren vil således kunne ansætte en sikkerhedsmedarbejder, f. eks. en sikkerhedsingeniør, på virksomheden side om side med andre medarbejdere eller f. eks. antage

konsulentbistand, eventuelt ved et rådgivende firma.

Bedriftssundhedstjeneste

Arbejdsmiljøloven forudsætter, at virksomhedernes indsats på det *arbejdsmedicinske* område øges betydeligt for at forebygge erhvervssygdomme, nedslidning og for tidlig afgang fra arbejdslivet. Med henblik herpå giver lovens § 13 arbejdsministeren hjemmel til at fastsætte regler om oprettelse, opbygning, opgaver, funktion og finansiering af bedriftssundhedstjeneste ved virksomheder eller fælles bedriftssundhedstjeneste for grupper af virksomheder, hvor hensynet til de ansattes sikkerhed eller sundhed taler for det. Bemyndigelsen gælder for såvel privat som offentlig virksomhed inden for lovens område.

I arbejdsmarkedsudvalgets betænkning over forslag til lov om arbejdsmiljø ønsker flertallet, som anført indledningsvis, at understrege, at det er en forudsætning for det videre arbejde med udformningen af en bedriftssundhedstjeneste, at denne tænkes opbygget som et integreret led i virksomhedernes interne sikkerhedsorganisation; flertallet har endvidere lagt vægt på, at den politiske beslutning om bedriftssundhedstjenestens udformning træffes af folkettinget. Lovens § 88 bestemmer da også, at tidspunktet for ikrafttræden af § 13 fastsættes ved lov.

IL Dansk materiale om bedriftssundhedstjeneste

1. Organisationsudvalgets betænkning om en dansk bedriftssundhedstjeneste

Organisationsudvalget, der bestod af repræsentanter for hovedorganisationerne, sundhedsvæsenets personalegrupper, én sikkerhedsleder og én sikkerhedsrepræsentant, afgav i marts 1975 betænkningen om en dansk bedriftssundhedstjeneste.

Fra betænkningens resumé citeres:

a. Uddrag af betænkningens resumé

Målsætningen for en dansk bedriftssundhedstjeneste

Efter udvalgets opfattelse kan målsætningen for bedriftssundhedstjenesten sammenfattes i følgende punkter:

1. at påvise og udrede arbejdsmiljøets betydning for forekomsten af arbejdsmiljøskader (arbejdsbetingede sygdomme og sygdomslignende tilstande samt arbejdsulykker),
2. i samarbejde med sikkerhedsorganisationen at forebygge forekomsten af arbejdsmiljøskader, herunder deltage i udbedringen af allerede opståede arbejdsmiljøskader eventuelt i samarbejde med instanser uden for virksomhederne,
3. at medvirke til størst mulig tilpasning mellem arbejdspladsen og de ansatte,
4. at fremme de ansattes sundhed både fysisk, psykisk og socialt.

Udvalget mener, at målene skal opnås gennem en samfunktion mellem bedriftssundhedstjenestens fire arbejdsområder:

- a) den tekniske hygiejniske service,
- b) den diagnostiske og behandlende service,
- c) den oplysende sundhedspleje og
- d) den aktuelle arbejdsmedicinske forskning.

Bedriftssundhedstjenestens hovedopgave bør være:

at forebygge arbejdsmiljøskader
at udbedre allerede opståede arbejdsmiljøskader alene eller i samarbejde med andre involverede eller egnede institutioner.

Bedriftssundhedstjenestens forebyggende opgaver vil bl. a. kunne udføres gennem rådgivning ved produktionens planlægning. Bedriftssundhedstjenesten må her arbejde nært sammen med den tekniske arbejdshygiejne.

På baggrund af udarbejdelse af jobanalyser skal bedriftssundhedstjenesten iværksætte forebyggende foranstaltninger.

Endelig skal nævnes, at bedriftssundhedstjenestens personales indsats i det forebyggende arbejde vil udmøntes i undersøgelser af forskellig art bl. a. ansættelsesundersøgelser og rutinemæssige kontrolundersøgelser. Man peger her specielt på, at de rutinemæssige kontrolundersøgelser normalt bør være rettede mod erkendte risikogrupper. Udvalget advarer i øvrigt mod ressourcespild ved personundersøgelser.

Behandling i forbindelse med arbejdsulykker og akutte sygdomme er en oplagt opgave for bedriftssundhedstjenesten.

Om øvrige arbejdsbetingede sygdomme fastslås det, at bedriftssundhedstjenesten kan deltage i behandling, men at denne altid udføres i samråd med patientens egen læge.

Personalekategorier, ressourcer og uddannelsesproblemer

Betænkningen fastslår, at læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker udgør de personalekategorier, der vil kunne medvirke ved opfyldelse af bedriftssundhedstjenestens mål og udførelsen af opgaverne.

Betænkningen peger på, at de nævnte personalekategorier ikke i deres grunduddannelse er tilstrækkeligt uddannet inden for det arbejdsmedicinske område. Undervisningen

i de fysiske og kemiske faktorer i arbejdsmiljøet er ligeledes meget ringe i grunduddannelserne, og kendskabet til erhvervslivets forhold er for alle grupper ret ringe. Udvalget erkender derfor, at en efteruddannelse er nødvendig.

Der findes imidlertid allerede i dag sundhedspersonale i danske erhvervsvirksomheder, som ikke har haft mulighed for at deltage i kurser med det formål at opfylde de uddannelsesbehov, som et virke i en bedriftssundhedstjeneste kræver. For at råde bod på dette og for at kunne imødekomme uddannelsesbehov fra virksomheder, der hurtigt opretter bedriftssundhedstjeneste, bør der efter udvalgets opfattelse allerede nu tages initiativ til kursusarrangementer. Det foreslås derfor at nedsætte et kursusudvalg, der skal have til hovedopgave at udnytte de beskedne ressourcer bedst muligt, bl. a. ved at tilrettelægge kurserne således, at de kan udbydes til tværfaglig deltagelse i det omfang, det er bedst muligt og hensigtsmæssigt. Man opfordrer i denne forbindelse arbejdsmarkedsorganisationerne til at overveje, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at opbygge en finansiering, evt. ved fondsdannelse, som det offentlige i givet fald bør deltage i.

Bedriftssundhedstjenestens organisering på virksomhedsplan

Organisering af bedriftssundhedstjenesten må tilpasses den enkelte virksomheds særlige forhold, herunder må der tages hensyn til forskellig størrelse samt forhold som produktionens art, virksomhedens geografiske beliggenhed og forskelle i den sundhedsmæssige risiko.

Udvalget har skønnet over bedriftssundhedstjenestens personalemæssige omfang til dels på grundlag af udenlandske erfaringer.

Der foreslås derfor en række modeller for organiseringen af bedriftssundhedstjenesten på virksomhedsplan.

Fælles for alle modeller foreslår udvalget en procedure for ansættelse af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Ifølge denne procedure sker ansættelse:

- a. Efter opslag i fagpressen.
- b. Efter kvalifikationsvurdering.
- c. Efter forudgående behandling i sikkerhedsorganisationen og indstilling herfra eller fra et særligt udvalg.

Som et andet generelt princip peges på, at

bedriftssundhedstjenesten må have en nær kontakt til virksomhedens interne samarbejdsorganisation, herunder specielt sikkerhedsorganisationen.

De 4 modeller, der nævnes, er følgende:

1. Alment praktiserende læger

Ved denne ordning knyttes den alment praktiserende læge til virksomheden som deltids-beskæftiget. Herudover kan virksomheden i varierende omfang beskæftige en sygeplejerske, en fysioterapeut og/eller en ergoterapeut.

2. Lægehuse

Der tages her udgangspunkt i den udvikling af samarbejdspraksis, hvor flere læger i fællesskab opbygger klinik- og laboratoriefaciliteter. Der peges på, at en af de samarbejdende læger i særlig grad uddanner sig inden for det arbejdsmedicinske felt og bliver tilknyttet de omliggende virksomheder som bedriftslæge i en væsentlig del af sin arbejdstid.

3. Bedriftssundhedscentre

Mindre og mellemstore virksomheder kan i fællesskab opbygge et bedriftssundhedscenter og på denne måde opnå mange af de fordele, den store virksomhed har i relation til bedriftssundhedstjenestens funktion.

Et sådant center kan opbygges enten uden branchetilknytning, dækkende en række virksomheder, der ligger i samme geografiske område, eller med branchetilknytning, hvor tabet af den geografiske nærhed modvirkes af centerets mulighed for at specialisere sig på de sundhedsfarer, der findes i branchen.

4. Bedriftssundhedstjeneste i store virksomheder

Store virksomheder har mulighed for inden for sine egne rammer at opbygge og drive sin egen bedriftssundhedstjeneste. En sådan opbygning skaber de bedste forudsætninger for et nært samarbejde med virksomhedens organer.

Amternes og statens arbejdsmedicinske service

Bedriftssundhedstjenesten må have kontakter og om fornødent samarbejde med såvel den primære sundheds- og socialtjeneste som

med mere centralt placerede og specialiserede organer så som sygehusvæsen, socialcentre, arbejdsformidling samt arbejdstilsyn og embedslægeinstitution. Det er udvalgets opfattelse, at der med den nugældende amtslige og primærkommunale sundheds- og socialorganisation findes gode muligheder for et samarbejde om såvel den sygdomsforebyggende indsats i virksomhederne som om behandlingen af arbejdsbetingede sygdomme og symptomer.

Udvalget anbefaler, at man lader det amtslige sygehusvæsen varetage en klinisk arbejdsmedicinsk service over for bedriftssundhedstjenesterne i amtet. Det er udvalgets opfattelse, at denne service i stort omfang kan indpasses i det eksisterende sygehusvæsen, hvorfor der ikke på nuværende tidspunkt skal opbygges egentlige arbejdsmedicinske klinikker i hvert amt. Man peger derimod på, at en enkelt læge knyttet til sygehuset skal forestå tilrettelæggelsen af undersøgelsesprogrammer og enkeltundersøgelser, som derefter kan udføres af de eksisterende specialafdelinger. En sådan koordinator kan være en af sygehusets overlæger, f. eks. laboratoriespecialisten, lungemedicinen eller fysiurgen, men det kunne også være en læge, der forener denne funktion i sygehusvæsenet med arbejds lægefunktionen.

Denne foreslåede udbygning af arbejdsmedicinsk service på amtsplan kan ikke stå alene, men forudsætter egentlige arbejdsmedicinske klinikker ved universitetssygehuse.

I betænkningen peger udvalget også på, at arbejds lægeinstitutionen må udbygges. Man finder arbejdstilsynets planer om i fremtiden at lade tilsynskredsene følge amtsgrænserne hensigtsmæssige, idet dette vil muliggøre en udbygning af tilsynskredsens arbejds lægeinstitution, så den foruden lægen også kan have tilknyttet bedriftssundhedsplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Selv om en udbygning af bedriftssundhedstjenesten i sig selv skulle kunne formindske behovet for tilsynsvirksomhed, ventes behovet for arbejdstilsynets arbejdsmedicinske bistand øget bl. a. ved løsning af tvivlsspørgsmål og ved rådgivning i konkrete sager samt ved planlægning af bedriftssundhedstjenestens undersøgelsesrutiner inden for bestemte brancher og ved særligt sundhedsfarlige arbejdsprocesser. Da det inden for et kortere åremål kan blive vanskeligt at rekruttere den

fornødne kvalificerede arbejdskraft, finder udvalget, at samarbejdet mellem arbejdslægerne og embedslægeinstitutionen bør overvejes udbygget.

Betænkningen påpeger det ringe omfang, hvori forskning inden for arbejds hygiejne og arbejdsmedicin hidtil er foregået i Danmark. Man peger på mulighederne for at øge indsatsen på disse områder og fremhæver, at en sådan øget forskningsindsats er en forudsætning for etablering af et tilstrækkeligt uddannelsesmiljø for arbejdsmedicinsk personale.

Bedriftssundhedsrådet

Udvalget foreslår nedsat et bedriftssundhedsråd, der skal følge den udbygning af bedriftssundhedstjenesten, som betænkningen har foreslået. I betænkningen er opgaverne for et sådant bedriftssundhedsråd opsummeret i en række punkter. Opgaverne vil være af planlæggende, koordinerende samt i et vist omfang administrativ og organisationsfaglig karakter.

Bedriftssundhedsrådet bør sortere under arbejdsministeriet som et rådgivende organ, specielt over for det kommende arbejdsmiljøråd. Udvalget foreslår, at direktøren for arbejdstilsynet bliver formand for bedriftssundhedsrådet, at der udpeges 7 medlemmer fra det kommende arbejdsmiljøråd, samt at der desuden bliver repræsentation fra arbejdstilsynet, indenrigsministeriet, socialministeriet, sundhedsprofessionerne, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening og Landsarbejdsnævnet. Rådet vil omfatte i alt 17 medlemmer.

På lokalt plan foreslår udvalget nedsat amtslige lokaludvalg under arbejdsmarkedsnævnet. Disse lokaludvalg skal bl. a. virke for en koordination mellem arbejdstilsynets og sygehusvæsenets arbejdsmedicinske service, ligesom det skal være rådgivende over for virksomhederne. Lokaludvalgene bør endelig forestå registreringen af aktiviteterne inden for bedriftssundhedstjenesten i amtets område.

Bedriftssundhedstjenestens omkostninger og finansiering

På baggrund af et antal af 1,8 mill. ansatte skønner udvalget overslagsmæssigt personalebehovet til 600 fuldtidsbeskæftigede læger, 1.200 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker,

450 fuldtidsbeskæftigede fysioterapeuter og ergoterapeuter samt 600 sygemedhjælpere og sekretærer.

Udvalget skønner herudover, at investeringen i bedriftssundhedstjenesten gennemsnitlig vil andrage ¼ mill. kr. pr. læge.

På baggrund af disse tal skønnes de årlige driftsudgifter at blive 345 mill. kr. svarende til 190 kr. pr. ansat pr. år, eller omregnet til timebasis ca. 10 øre pr. arbejdstime pr. ansat pr. år.

Udvalget peger således på en direkte arbejdsgiverbetaling og har skønnet, at bedriftssundhedstjenestens indsats vil spare det offentlige for udgifter til den primære sundhedstjeneste, svarende til maksimalt 20 pct. af bedriftssundhedstjenestens driftsomkostninger, hvilket udvalget foreslår refunderet fra det offentlige til arbejdsgeverne.

b. Organisationernes udtalelser over betænkningen

Betænkningen har været forelagt de implicerede organisationer til udtalelse.

I bilag 1 er organisationernes udtalelser gengivet in extenso.

c. Arbejds miljøgruppens foreløbige vurdering af organisationsudvalgets forslag

Efter anmodning fra arbejdsministeriet afgav arbejdsmiljøgruppen den 2. juni 1975 en redegørelse om gruppens foreløbige synspunkter på etableringen af en bedriftssundhedstjeneste. Redegørelsen er optrykt som bilag 3 til beretning om forslag til lov om arbejdsmiljø.

I 5. afsnit i redegørelsen findes en foreløbig vurdering af organisationsudvalgets forslag, som her gengives i uddrag:

Organisationsudvalgets rapport går som nævnt ind for, at bedriftssundhedsordningen skal finansieres direkte ved betaling fra den enkelte virksomhed, dog med et offentligt tilskud på 20 pct. En fordel ved en sådan ordning er, at finansieringen er afklaret og administrativt let at gennemføre. Ordningen kræver kun en standardkontrakt mellem arbejdsgiverne og det berørte sundhedspersonale, hvorefter betalingspørgsmålet kan reguleres løbende med vedkommende læge, sygeplejerske eller terapeut.

En anden fordel ved ordningen er, at den er forholdsvis let at sætte i gang, og at dette kan ske gradvis. Det forhold, at ordningen

knytter sig så nær til virksomheden og ikke forudsætter nogen større administration, medvirker hertil.

Det spiller også en stor rolle i vurderingen, at arbejdsmarkedets parter er enige om at gennemføre den.

De her nævnte fordele er væsentlige, men der er også en række uløste problemer knyttet til forslaget.

Allerede af den grund, at organisationsudvalget har bestået af repræsentanter for sundhedsvæsenets personalegrupper og hovedorganisationerne, har udvalget ikke behandlet afvejningen mellem sundhedspersonale og andre sagkyndige inden for arbejdsmiljøet, f. eks. teknikere, socialrådgivere og psykologer.

Efter gruppens mening bliver der ikke noget rimeligt forhold mellem sundhedspersonalet og andre sagkyndige. Både læger, sygeplejersker og terapiassistenter er gennem deres uddannelse og deres arbejds tradition velkvalificerede til at finde frem til de sygdomstegn, deres klienter har, og dette er den nødvendige indgang i mange arbejdsmiljøproblemer. Sundhedspersonalet er imidlertid ikke på forhånd uddannet til at kunne foreslå tekniske og organisatoriske løsninger på de problemer i produktionen, der skaber vanskeligheder, og det betyder, at det let kan blive ved konstatering af problemerne, uden at man får dem løst. Virksomhedernes teknikere er nemlig normalt ikke uddannelses- eller ansættelsesmæssigt orienteret imod forebyggende opgaver. Hertil kommer, at nogle arbejdsmiljøproblemer ikke viser sig ved karakteristiske sygdomssymptomer, men i højere grad er sociale og psykologiske tilpasningsproblemer, der først på et senere tidspunkt vil give sig udslag i sygdom, og på dette punkt giver bedriftssundhedstjenesten ikke umiddelbart nogen støtte.

Arbejds miljøgruppen føler sig ikke overbevist om, at det store antal lægetimer i forhold til det øvrige sundhedspersonale er nødvendigt. Det ville være rimeligt at begrænse indsatsen af læger til de områder, der kræver specialviden, og lade det øvrige sundhedspersonale tage det daglige arbejde i bedriftssundhedstjenesten.

Højest 20 pct. af arbejdstiden må gå til egentlig behandling. Der regnes med en ugentlig lægetime pr. 100 ansatte. Af denne ene time skal altså kun 12 minutter bruges

til behandling. Der er på baggrund af udenlandske erfaringer grund til at tvivle på, om denne norm kan holde, når de konkrete behandlingskrav melder sig. Der er en risiko for, at det forebyggende arbejde således trænges i baggrunden. Gruppen er dog opmærksom på, at sundhedsvæsenet - navnlig ordningen af alment praktiserende læger - i disse lande har en anden udformning end her i landet.

De fire organisationsmodeller, der opstilles, integrerer ikke bedriftssundhedstjenesten organisatorisk i social-, sundheds- eller arbejdsmarkedssektoren. En isoleret bedriftssundhedstjeneste vil skabe koordineringsproblemer, bl. a. til arbejdstilsyn, arbejdsformidling og social- og sundhedsvæsen.

Endvidere er bedriftssundhedsrådets stilling i forhold til de øvrige organer i arbejdsmiljøadministrationen lidt diffus. Rådet skal have selvstændig kompetence på visse områder.

Organisationsudvalget lægger vægt på, at en bedriftssundhedstjeneste integreres i den enkelte virksomhed (funktionærstatus) som et led i dennes interne organisation. Dette svarer til norske og svenske ordninger og skulle ifølge udvalget sikre de ansattes indflydelse. Medarbejderne får en indflydelse på ansættelsen af sundhedspersonale gennem sikkerhedsorganisationen, der skal udtale sig om eventuelle ansøgere. Det forudsættes, at der er nær kontakt mellem virksomhedens sikkerhedsudvalg og bedriftssundhedstjenesten. Det synes imidlertid ikke tilstrækkelig klargjort, hvorledes de ansatte sikres, at de problemer, de anser for vigtige, bliver væsentlige arbejdsopgaver for bedriftssundhedstjenesten. Små virksomheder har ingen sikkerhedsorganisation. Her er problemet om de ansattes indflydelse særlig påtrængende.

2. Lokale arbejdsmedicinske initiativer, forskning og undersøgelser.

Det eksisterende bedriftssundhedspersonale
Efter angivelse i organisationsudvalgets betænkning er det eksisterende bedriftssundhedspersonale i Danmark:

ca. 70 *bedriftslæger*, hvoraf tre er heltidsansatte, medens hovedparten er beskæftiget 2 timer, eller mindre, ugentligt med bedrifts-

lægearbejde. Det overvejende flertal er alment praktiserende læger,

ca. 140 *fysioterapeuter*, der direkte er beskæftiget med ergonomisk arbejde, enten som konsulenter inden for industri, håndværk og kontorlag og/eller ved undervisning,

ca. 100 *ergoterapeuter*, der er beskæftiget som konsulenter eller fastansatte i erhvervslivet med forebyggende arbejde, og

ca. 40 *bedriftssundhedsplejersker*, hvoraf kun ca. 10 er heltidsansat.

Lokale initiativer

Det erkendte behov for en betydelig styrkelse af den arbejdsmedicinske indsats har ført til en række lokale initiativer rundt om i landet, hvoraf blot nogle eksempler skal nævnes.

I *Hobro* gennemførtes i løbet af 1974 en arbejdsmiljøundersøgelse af en slagterivirksomhed med ca. 180 ansatte og af en metalvirksomhed med ca. 36 ansatte. Arbejdsmiljøundersøgelsen var inspireret af nogle praktiserende læger, der blandt andet ønskede at undersøge, hvorledes praktiserende læger kunne virke i en bedriftssundhedstjeneste på små virksomheder. Erfaringerne er gengivet i en artikel i Ugeskrift for Læger, jfr. bilag 2.

I *Hjørring* støtter kommunen og de lokale organisationer økonomisk en arbejdsmiljøundersøgelse på tre mindre virksomheder. I undersøgelsen deltager arbejdstilsynet, en bedriftslæge, en fysioterapeut samt sikkerhedsorganisationerne m. v. Undersøgelsen har bl. a. til formål at indhøste erfaringer med henblik på at aktivere en bedriftssundhedstjeneste på kommunalt plan. Undersøgelsen, der er initieret af Hjørring kommune, påregnes afsluttet hen på efteråret 1976. Kommunen har i øvrigt givet udtryk for, at man gerne så, at et egentligt kontrolleret forsøg vedrørende bedriftssundhedstjenesten blev udført i Hjørring, eventuelt som afløser for den igangværende arbejdsmiljøundersøgelse. Kommunen har henvist til projekt nr. 18 (forskningsprojekt om nyttevirksomheden af bedriftssundhedstjeneste) i arbejdstilsynets projektkatalog »Forskning for et bedre arbejdsmiljø«, jfr. bilag 3. Arbejdstilsynet har haft kontakt med kommunen og de lokale organisationer om spørgsmålet.

I *Odder* blev 2 typografer i efteråret 1974 indlagt på det lokale sygehus med sympto-

mer som træthed, hovedpine og svimmelhed. På hospitalet var man imidlertid ikke umiddelbart i stand til at stille nogen diagnose i forbindelse med indlæggelsen. En af lægerne besluttede at undersøge sagen nøjere i håb om at finde frem til den egentlige sygdomsårsag. Dette skete i samarbejde med fabrikens sikkerhedsudvalg, og det blev optakten til en egentlig undersøgelse af de helbreds-mæssige forhold i forbindelse med arbejdet på den pågældende grafiske virksomhed, hvor et par hundrede mennesker er beskæftiget med trykning af formularer. Resultatet af undersøgelsen blev for nylig offentliggjort i en rapport, udgivet af Socialmedicinsk Institut ved Århus Universitet.

Rapportens sidste 4 sider er gengivet i bilag 4.

Virksomheden, dens sikkerhedsorganisation og lægen tog sig af den praktiske del af opgaven, medens sygehusets medicinske afdeling og områdets praktiserende læger løbende blev inddraget. Forskningsfonden for Århus amt støttede arbejdet økonomisk. Den involverede læge udtalte blandt andet, at un-

dersøgelsen var et godt eksempel på, hvordan en virksomheds sikkerhedsorganisation kunne samarbejde med et lokalt sygehus om løsning af arbejdsmedicinske problemer; samt at undersøgelsen endelig kunne være et håndgribeligt bevis på, at det kan lade sig gøre at udnytte sygehusvæsenet i en fremtidig bedriftssundhedstjeneste.

Den første weekend i april i år inviterede *Ringkøbing Amtsråd* arbejdsmarkedets parter, arbejdsmarkedsnævn, arbejdsformidling, arbejdstilsyn, lægekredsforeningsrepræsentanter, ergo- og fysioterapeutrepræsentanter m. fl. til arbejdsmiljøkonference. Anledningen var den nye lov om arbejdsmiljø, specielt lovens hjemmel for arbejdsministeren til at fastsætte regler om bedriftssundhedstjeneste. Konferencen har p. t. endnu ikke af født konkrete, lokale initiativer.

I *Sønderjyllands amt* foregår for tiden forhandlinger, bl. a. i arbejdsmarkedsnævnet, med henblik på at søge oprettet et regionalt center for arbejdsmedicin, der hovedsagelig skal betjene de mindre virksomheder med bedriftssundhedsekspertise.

III. Bedriftssundhedstjeneste i andre lande

Der henvises til organisationsudvalgets betænkning, afsnit 4, der er aftrykt som bilag 5.

Som bilag 6 er aftrykt ILO-henstilling nr. 112 af 1959 om indførelse af sundhedstjeneste på arbejdspladserne, ligesom EF-kommisionens henstilling (samt motiver) til medlemslandene, nr. 20/1962, om ved lovgivning at sikre en harmonisering af bedriftslægeordningerne, er gengivet som bilag 7.

Den tyske lov af 12. december 1973 om bedriftslæger, sikkerhedsingeniører m. v. gengives i bilag 8, tillige med én Unfallverhütungsvorschrift om bedriftslæger.

Som bilag 9 er af trykt § 30 om verne- og helsepersonale i det norske forslag til lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m. v.

IV. Opgaverne for en bedriftssundhedstjeneste i Danmark

I organisationsudvalgets betænkning er der formuleret en række såvel generelle som mere konkrete opgaver for en kommende dansk bedriftssundhedstjeneste. Disse bygger i hovedtrækkene på I LO's rekkommendation og EF's henstilling. Dog er der givet en noget bredere ramme for, hvilke egentlige behandlingsopgaver som bedriftslægen kan tage sig af, end den der traditionelt har været i Danmark og en række EF-lande.

Organisationsudvalgets forslag til opgaver

Organisationsudvalget har inddelt BST's opgaver i:

- a) opgaver, der tilsigter at forebygge arbejdsmiljøskader,
- b) behandlende opgaver,
- c) helbredsundersøgelser,
- d) revalidering og erhvervsmæssig genoptræning og
- e) undervisning og instruktion.

Forebyggelse

Forebyggelse af arbejdsmiljøskader er hovedopgaven og omfatter en lang række forskellige teknisk-hygieniske undersøgelser, personundersøgelser, rådgivning ved produktionstilrettelæggelse, job-analyser, ergonomiske arbejdspladsforandringer etc.

Behandlende

De behandlende opgaver er dels akut behandling ved ulykkestilfælde og akut sygdom, dels behandling af egentlige arbejdsbetingede sygdomme i nært samarbejde med de ansattes egen læge.

En forudsætning for, at bedriftssundhedstjenesten bør detlage i behandlingen af en given sygdom eller et symptom er, at der er en sammenhæng mellem den pågældende sygdom/symptom og arbejdssituationen. Her bortses fra helt akutte tilfælde. Hvis ikke man opretholder dette princip, vil bedrifts-

sundhedstjenestens arbejdskapacitet ifølge de udenlandske erfaringer meget hurtigt være beslaglagt af almindelig sygdomsbehandling, og de vigtige forebyggende opgaver vil således ikke blive løst.

Følgende eksempler kan belyse det praktiske samarbejde mellem bedriftssundhedstjenesten og det øvrige sundheds- og socialvæsen:

a) En ansat klager f. eks. til bedriftssundhedsplejersken over pludseligt opståede smerter i nakke/skulderregionen. Ved en undersøgelse konstateres svære muskelinfiltrationer i regionen. Ved en analyse af arbejdssituationen viser det sig, at dels er arbejdsstillingen uhensigtsmæssig for den pågældende, dels er der træk og vekslende temperaturer på arbejdsstedet. Enkelte andre i det aktuelle produktionsled har af og til smerter i samme region, og man konstaterer ligeledes muskelinfiltrationer hos disse. De øvrige, som er beskæftigede samme sted, har hverken smerter eller infiltrationer. Klagen er så medtaget, at arbejdet ikke kan passes, og sygemelder sig derfor.

Bedriftssundhedstjenesten foretager en undersøgelse af arbejdssituationen og konstaterer, at de symptomramte alle sidder for lavt i forhold til arbejdsbordet, hvorefter den forebyggende indsats består i at ændre siddehøjden og afbøde trækken og de skiftende temperaturer. Behandlingen af den sygemeldte varetager den ansattes egen læge, som orienteres om den arbejdsmæssige sammenhæng og de forebyggende foranstaltninger, som er iværksat. Den behandlende læge mener herefter at kunne lade den ansatte gå i arbejde efter smerternes ophør, men førend infiltrationerne er forsvundet. »Raskmeldingen« sker under den forudsætning, at vedkommende bliver instrueret om en hensigtsmæssig arbejdsstilling og får lejlighed til at foretage nogle øvelser i løbet af arbejdsda-

gen. Denne efterbehandling tager bedriftssundhedstjenesten sig af, idet et sådant program iværksættes også for de øvrige infiltrationsramte. Overfor »risikogruppen« som helhed har indsatsen nu både et forebyggende og behandlingsmæssigt sigte.

b) En kvindelig patient henvender sig en tirsdag til egen læge med et akut opstået eksem på hænderne. Egen læge mener, at der er tale om et kontakt eksem og udspørger om, hvilke faktorer i hjemmet og på arbejdspladsen, patienten har formodning om, kan have ændret sig i den seneste tid, idet hun gennem mange år har været beskæftiget i samme produktion og aldrig tidligere har haft overfølsomhedssymptomer. Patienten angiver at have gjort hovedrent i weekenden i sit hjem. På vejen hjem fra arbejdet fredagen før faldt hun for et reklametilbud for et nyt skurepulver og tog heri anledning til den store hovedrengøring. På arbejdspladsen er alt, som det plejer, hvorfor lægen og patienten er enige om, at det akutte udbrud må tilskrives skurepulveret. Patienten må sygemeldes, da hun i sit arbejde er nødt til at omgås både vand og sæbe og visse olier og opløsningsmidler. Efter nogen tid går hun i arbejde igen med ophælede hænder. Allerede tre dage efter møder hun frem hos lægen, og denne gang er udbruddet voldsommere strækkende sig op ad armene, ligesom der er tilløb til udbrud på begge lårs forside, hvor arbejdsbordets våde kant er i berøring med tøj.

Skurepulveret er smidt væk, og rengøringen i hjemmet foregår som til daglig. Patienten er i mellemtiden kommet i tanke om, at allerede om torsdagen og fredagen forud for hovedrengøringen havde hun kløe mellem fingrene og i håndfladerne, når hun kom hjem om aftenen fra arbejdet. Lægen mener nu, at det alligevel må overvejes, om arbejdet har en betydning og retter henvendelse til bedriftslægen.

Bedriftslægen undersøger herefter, hvilke kemiske forbindelser patienten er i berøring med, og kan oplyse, at en bestemt olietype er den sidste månedstid leveret fra et andet firma og er næppe identisk med den tidligere anvendte. Efter at eksemet er forsvundet, og patienten atter er i arbejde, foretager bedriftslægen i samarbejde med arbejdsmedicinsk klinik nogle hudprøver med forskellige olier og finder overfølsomhedsreaktion

over for enkelte af disse. Fra arbejdsmedicinsk klinik oplyses det, at netop disse olier indeholder stoffer, som er hudirriterende, og Arbejdstilsynet kan melde om andre anmeldelser rundt om i landet, som er fremkommet efter introduktionen af disse olier kort tid forinden.

Den pågældende virksomhed indvilliger i at ophøre med brugen, patienten får andet arbejde i virksomheden i en periode. I denne fase efterbehandles hun af bedriftssundhedsplejersken, som en gang dagligt skifter håndforbinding og smører med en salve. Bedriftslægen ser et par gange på hænderne og afslutter behandlingen.

Hvis patienten i første omgang havde henvendt sig til bedriftssundhedstjenesten på grund af mistanke om eksemets arbejdsmæssige årsag, kunne undersøgelserne være sat igang med det samme, men bedriftslægen skulle også i denne situation bede patienten henvende sig til egen læge med henblik på den primære behandling og videre udredning vedrørende hjemlige forhold og samtidig underrette denne om de igangsatte undersøgelser. I begge situationer er de indblandede læger forpligtede til at sikre anmeldelse af den formodede arbejdsbetingede lidelse til overlægen ved Arbejdstilsynet. Bedriftssundhedstjenesten bistår i dette eksempel med diagnosen, sørger for de forebyggende foranstaltninger både over for den ramte og de øvrige i samme arbejdssituation og bistår afslutningsvis med behandlingen. Det er klart, at egen læge i samarbejde med virksomhedens ledelse ville kunne have gennemført det meste af undersøgelses- og behandlingsprogrammet, men den stedlige bedriftssundhedstjeneste kan på grund af viden om stedets kemikalier og erfaring i udredning af sådanne situationer dels fremskynde sagens opklaring, dels langt stærkere end en udenforstående læge påvirke ledelsen til at ændre kemikaliesortimentet og endelig ved sin deltagelse i behandlingen og oplaceringen inden for virksomheden afkorte sygefraværet. Alt i alt er et sådant forløb langt smidigere set med egen læges øjne, end hvis han selv skulle forestå udredningsarbejdet, og ikke mindst er det for patienten en stor fordel, at egen læge kan samarbejde med bedriftssundhedstjenesten, fremfor at hun skulle have foretaget flere rejser til arbejdsmedicinsk klinik m. v.

c) En 60-årig mand som i nogle år har haft sukkersyge, behandlet og kontrolleret af egen læge, får et sår på den ene storetå, som i forvejen er præget af nedsat blodtilførsel. Han bliver så medtaget på grund af infektion i såret, at han må indlægges af egen læge på sygehuset. Her behandles han således, at såret heles, og han kan udskrives uden amputation af forfoden. Det har været nødvendigt at gå fra tabletbehandling over til insulinbehandling, og han får kort før udskrivelsen instruktion i, hvorledes han skal bruge sprøjte og kanyler, samt hvor meget insulin han skal tage morgen og eftermiddag. Ved hjemkomsten er han ikke sikker på instruktionen, og egen læge gentager derfor denne og beder hjemmesygeplejersken tilse ham nogle dage med henblik på at overvåge, at alt inklusive øvelser med fødder og ben og pasning af fødderne går rigtigt til. Efter et par ugers forløb vil han gerne i arbejde igen.

Hans arbejde i en større fabrik ligger 1 times kørsel fra hans bopæl. Hjemmesygeplejersken finder, at han endnu er temmelig usikker med hensyn til indsprøjtningerne, især hvad angår den rette dosering. De fysiske øvelser gennemfører han kun på opfordring, mest fordi han er glemsom. I øvrigt er han i betydelig bedre form end inden sygdomstilfældet. Egen læge kontakter bedriftssundhedsplejersken, og hun indvilliger i at overtage hjemmesygeplejersken opgaver og tager kontakt med kantine, som sørger for den rette kost. Terapeuten sørger for, at øvelserne gennemføres under pauser i arbejdet. Selve den lægelige kontrol med og behandlingen af sukkersygen bør fortsat ligge hos egen læge, da der ikke er nogen årsagssammenhæng mellem arbejdssituationen og hans sygdom. Desuden har han åreforkalkning i hjertet og en del sociale problemer, som sammen med sukkersygen udgør et sådant problemkompleks, at egen læge og socialkontor samt den medicinske sygehusafdeling har et fortløbende samarbejde om denne patient og hans familie. (Yngre kone og mindreårige børn).

Patientens egen læge bistås her af bedriftssundhedstjenesten på samme måde, som han bistås af socialforvaltningen og sygehusvæsenet i den komplekse behandlingsindsats, således at patienten kan bibeholde sit arbejde. Hvis ikke, måtte han formentlig førtids- eller invalidepensioneres.

De her valgte eksempler skulle give et vist indtryk af, hvor grænsen mellem bedriftssundhedstjenestens og det øvrige sundhedsvæsens behandlingsindsats bør drages. De kan formentlig yderligere klargøres, men det bør nok afvente praktiske erfaringer.

Helbredsundersøgelser

Helbredsundersøgelserne har til formål at vurdere de ansattes helbred med henblik på en hensigtsmæssig indplacering i virksomheden eller justering heraf og med henblik på en løbende kontrol af de ansattes helbred som led i bedømmelse af arbejdsmiljøets indvirkning på den enkelte og på gruppen. Der kan være tale om ansættelsesundersøgelser, periodiske undersøgelser af særlig udsatte, generelle helbredsundersøgelser og helbredsundersøgelser efter sygdom. Betænkningen advarer kraftigt mod en ukritisk iværksættelse af helbredsundersøgelser.

Revalidering og genoptræning

Revalidering og erhvervsmæssig genoptræning har hidtil været en opgave, som staten har taget sig af, men som med bistandsloven lægges ud i primærkommunerne. Betænkningen anfører, at revalidering og erhvervsmæssig genoptræning kan blive en meget væsentlig opgave for bedriftssundhedstjenesten, men mener dog samtidig, at bedriftssundhedstjenesten foreløbig kun i et begrænset omfang kan tage denne opgave op.

BST - SiO

I organisationsudvalgets betænkning er bedriftssundhedstjenestens hovedopgaver skitseret således:

- »1) at forebygge arbejdsmiljøskader, herunder
 - 2) at udbedre allerede opståede arbejdsmiljøskader enten alene eller i samarbejde med andre, herunder egnede institutioner i den offentlige sektor.
- Dette kan ske gennem deltagelse i og rådgivning ved
- a) planlægning af nye produktioner og ændringer af allerede eksisterende. Hertil forudsættes kendskab til bl. a. arbejds-hygienje, ergonomi, sygdoms- og forgiftningsslære.
 - b) arbejds-hygienjiske målinger af f. eks. støv, røg, dampe, støj og rum-klimafaktorer i samarbejde med teknisk sagkyndige, herunder

- c) indkøb af og kontrol med personligt beskyttelsesudstyr
- d) beskrivelse af arbejdskravprofiler (gennem jobanalyser) til brug for en hensigtsmæssig placering af de ansatte og dermed til brug for udformning og gennemførelse af
- e) helbredsundersøgelser ved ansættelse samt periodiske undersøgelser over for særligt udsatte grupper eller enkeltpersoner blandt ansatte i virksomheden. Hertil forudsættes bl. a. såvel kendskab til arbejdsmedicin, arbejdsfysiologi, bevægeapparaters funktion, sanseapparatets fysiologi, psykologiske mekanismer, forgiftnings tegn, almindelig sygdomslære og socialmedicin, som til almene principper for en hensigtsmæssig gennemførelse af helbredsundersøgelser,
- f) helbredsundersøgelser efter fravær p. gr. a. sygdom eller ulykkestilfælde med henblik på erhvervsmæssig revalidering og genoptræning, samt iværksættelse heraf inden for virksomhedens egne rammer alene eller i samarbejde med egnede institutioner.
- g) behandling af arbejdsulykker og akut sygdom på arbejdsstedet,
- h) behandling af arbejdsbetingede sygdomme i samarbejde med den offentlige sundheds- og socialservice
- i) undervisning og rådgivning af de ansatte i sundheds- og sikkerhedsmæssige forhold,
- j) deltage i og evt. forestå udarbejdelse af ulykkes- og sygefraværstatistik med henblik på en oversigt over virksomhedens sundhedsmæssige situation,
- k) følge med i den faglige udvikling inden for arbejdshygiejne og -medicin bl. a. med det formål at drage nytte af den for virksomheden relevante nye viden.«

Som det fremgår, er der kun i begrænset omfang foretaget en sondring mellem medicinske opgaver og tekniske opgaver, og de opgaver, som beskrives, dækker begge fagområder. Det fremgår dog af betænkningens afsnit 2, definition, betænkningens afsnit 8 om personalekategorier, ressourcer m. v., og betænkningens afsnit 9 om organisering, at der først og fremmest tænkes på en BST med overvejende medicinske opgaver.

De mere teknisk prægede opgaver er overladt til sikkerhedsorganisationen og virksomhedernes teknikere. Samtidig understreges nødvendigheden af et snævert samarbejde omkring de konkrete og ofte fælles opgaver.

AT's forslag

AT finder den gennemgang af BST's opgaver, som organisationsudvalgets betænkning giver, i det store og hele dækkende og velegnet til at beskrive opgaverne i en dansk bedriftssundhedstjeneste.

En række af opgaverne varetages dog allerede af sikkerhedsorganisationen (SiO) eller hører ind under de opgaver, som SiO ifølge lovgivningen og bekendtgørelser om den interne sikkerhedsorganisation skal tage sig af. Hvorledes opgaverne fremover skal fordeles og koordineres mellem SiO og BST omtales nærmere i afsnit V.

Lovbundne opgaver

[forbindelse med en omtale af BST's opgaver skal AT pege på, at en række af BST's opgaver fremover kan blive lovbundne. § 13, stk. 3, hjemler ministeren ret til at fastsætte regler om bl. a. BST's opgaver. Tilsvarende kan det forventes, at den hjemmel, som § 63 giver ministeren til at fastsætte regler for lægeundersøgelser, først for alvor kan udnyttes, når der findes en bedriftssundhedstjeneste, der effektivt og fagligt forsvarligt kan gennemføre relevante lægeundersøgelser. Som eksempel på fremtidige lovbundne opgaver for BST kan nævnes undersøgelser for blyudsættelse og blyforgiftning, udsættelse for støj, og undersøgelse for høreskader, deltagelse i planlægningen af farligere arbejdsprocesser m. v.

Rapportering

AT skal endelig pege på nødvendigheden af at få regelmæssige tilbagemeldinger fra BST, ikke alene hvad angår lovbundne opgaver, men overhovedet om de undersøgelser og eventuelle fund af arbejdsmiljøskader, som gøres. En sådan rapportering eller tilbagemelding svarer til, hvad der allerede praktiseres i sikkerhedsorganisationens arbejde, hvor mødereferater og årlig ulykkestatistik i en del tilfælde fremsendes til arbejdstilsynet, og det vil være naturligt at knytte den tæt sammen med tilsvarende regler for SiO.

V. Struktur og organisation

Generelle overvejelser

De generelle overvejelser omkring bedriftssundhedstjenestens struktur og organisation er af en lang række grunde tæt knyttet til den interne sikkerhedsorganisations funktion og organisation.

Sikkerhedsorganisationens opgaver

Den interne sikkerhedsorganisation har i forvejen en række opgaver, der enten ligger tæt op ad BST's opgaver eller direkte svarer til opgaver, som BST kunne tænkes at få. Således skal sikkerhedsudvalget ifølge § 7, stk. 1, i arbejdsmiljøplanloven planlægge, lede, rådgive og orientere om, samt føre kontrol med sikkerheds- og sundhedsarbejdet inden for virksomhederne.

Sikkerhedsorganisationen er et centralt led i virksomhedernes eget arbejde med at føre kontrol med arbejdsmiljøet og forbedre dette. I kraft af sin opbygning og organisation giver sikkerhedsorganisationen mulighed for en bred kontakt med de enkelte arbejdere og deres arbejdsmiljøproblemer.

Sikkerhedsorganisationens behov for sagkundskab

En væsentlig forudsætning for, at sikkerhedsorganisationen kan løse de opgaver, som lovgivningen og myndighederne pålægger, er, at sikkerhedsorganisationen råder over den fornødne sagkundskab i såvel sikkerhedsmæssig som sundhedsmæssig henseende. Ofte vil teknisk sagkundskab, knyttet til den enkelte virksomhed, indgå i sikkerhedsorganisationens arbejde.

Mange større virksomheder har således allerede sikkerhedsingeniører.

I enkelte tilfælde har arbejdstilsynet desuden påbudt eller tilrådt sikkerhedsorganisationen at søge især teknisk-hygienisk bistand ved løsning af specielle arbejdsmiljøopgaver, først og fremmest af sikkerhedsmæssig og teknisk karakter. Arbejdsmiljølo-

vens § 12 giver fremover arbejdsministeren hjemmel til at fastsætte regler for, at virksomhederne skal stille sagkyndig bistand til rådighed for sikkerhedsarbejdet.

Arbejdsmiljølovens § 13 giver hjemmel til at fastsætte regler for en bedriftssundhedstjeneste. Den sagkundskab, som i særlig grad savnes i dag ved løsning af sundhedsmæssige opgaver, er en medicinsk sagkundskab.

Politiske forudsætninger

I betænkningen fra folketingets arbejdsmarkedsudvalg er det af en flertalsgruppe understreget, »at det er en forudsætning for det videre arbejde med udformningen af bedriftssundhedstjenesten, at den tænkes opbygget som et integreret led i virksomhedernes interne sikkerhedsorganisation«.

Det er ikke nærmere præciseret, hvori integrationen skal bestå, og hvordan den skal organiseres. En integration kan imidlertid bedre sikre en koordinering af sikkerhedsorganisationens og BST's indsats og derigennem forhindre dobbeltarbejde eller kompetencestridigheder. Den vil desuden øge begge institutioners mulighed for en effektiv indsats. Sikkerhedsorganisationen får i første omgang den nødvendige medicinske ekspertise. BST kan trække på sikkerhedsorganisationens teknikere og drage nytte af sikkerhedsorganisationens brede kontakt til virksomhedens enkelte afsnit og de enkelte medarbejdere. Desuden vil en integration af BST i sikkerhedsorganisationen placere BST naturligt i virksomhedens organisation.

Organisationens forudsætninger

Organisationsudvalgets betænkning har i afsnit 9 om bedriftssundhedstjenestens organisering peget på det ønskelige i, at BST udgør et led i virksomhedens interne organisation, således at den ikke opfattes som et fremmedelement, og peger videre på sikkerhedsorganisationen som det naturlige kontaktledd.

Foruden de allerede anførte synspunkter

ønsker AT særligt at påpege, at en nær tilknytning af BST til sikkerhedsorganisationen betyder en administrativ forenkling i tilsynsarbejdet. En integration af sikkerhedsorganisationens mere teknisk orienterede personale med BST's medicinsk orienterede personale er en videreførelse af det administrative princip, som i øjeblikket gennemføres i kredsene, direktoratet og arbejdsmiljøinstituttet, hvor der sker en udbygning med medicinsk uddannet personale.

Naturlig udvikling i arbejdsmiljøarbejdet

Dertil kommer, at en udbygning af sikkerhedsorganisationen i de kommende år med en BST markerer en naturlig og glidende udviklingslinje i det samlede arbejdsmiljøarbejde. På længere sigt er det formentlig ønskeligt med yderligere udbygning med f. eks. psykologisk og sociologisk sagkundskab.

De små virksomheder

For en rolig og naturlig udbygning af sikkerhedsorganisationen med BST taler desuden det forhold, at sikkerhedsorganisationen desværre endnu ikke er indkørt og fuldt effektiv på alle virksomheder. Dels er sikkerhedsorganisationen ikke fuldt udbygget på de virksomheder, der i dag er omfattet af reglerne, dels dækker reglerne endnu langt fra alle virksomhedstyper. Mange hovedsagelig mindre virksomheder mangler desuden stadig at oprette en sikkerhedsorganisation. Netop de mindre virksomheder vil formentlig også give de største vanskeligheder med etableringen af en BST. Dette problem vil blive særskilt behandlet i afsnit VI.

Sikkerhedsorganisationens tekniske assistance

Som nævnt tidligere har sikkerhedsorganisationen allerede en lang række opgaver af teknisk-hygienisk karakter, og enkelte større virksomheder har ansat sikkerhedsingeniører eller andet personale med teknisk-hygieniske opgaver. Under gennemgangen af BST's opgaver anførtes det, at en række af opgaverne var af teknisk-hygienisk karakter, og at udviklingen gik i retning af at integrere den medicinske og den teknisk-hygieniske BST. Ved at knytte BST til sikkerhedsorganisationen sker der i princippet samtidig en integrering af den medicinske og

den teknisk-hygieniske BST i de tilfælde, hvor sådan ekspertise allerede findes i sikkerhedsorganisation - enten specielt ansat som f. eks. sikkerhedsingeniør eller »udlånt« til teknisk-hygieniske opgaver fra virksomhedens teknikerstab. Tilsvarende gælder i de tilfælde, hvor AT påbyder eller tilråder virksomhederne at stille særlig sagkyndig bistand til rådighed for sikkerhedsorganisationen.

På længere sigt bør det overvejes - med hjemmel i § 12 i arbejdsmiljøloven - at udfærdige mere generelle regler for, hvordan, på hvilke områder og i hvilken takt den teknisk-hygieniske assistance skal tilknyttes sikkerhedsorganisationen.

Imidlertid foreligger der områder med betydelige sundhedsmæssige risici, hvor en effektiv forebyggelse forudsætter, at såvel arbejdsmedicinsk som teknisk-hygienisk sagkundskab stilles til rådighed for sikkerhedsorganisationen.

Derfor foreslås allerede på kort sigt udarbejdet regler efter AML § 12 for sådanne, bestemt angivne stærkt risikobelastede områder om tilknytning af teknisk-hygienisk assistance til sikkerhedsorganisationen, tilpasset den afsnit X foreslåede udbygnings-takt for BST.

Samarbejde med sundheds- og socialsektoren

Foruden vigtigheden af at sikre BST en tæt tilknytning til sikkerhedsorganisationen, er det vigtigt, at BST betragtes som et led i den indsats, der gøres i den primære sundhedstjeneste.

Samarbejde om behandling og sygdomsforebyggelse

En lang række af de opgaver, som BST skal beskæftige sig med, har meget nær sammenhæng med opgaver i sundheds- og socialsektoren. En afgrænsning kan i mange tilfælde være vanskelig eller direkte umulig. Det gælder således visse behandlingsopgaver, jfr. side 44-45 a, b og c, og det gælder en lang række forebyggende opgaver.

BST og revalidering

BST har inden for revalidering og genoptræning efter sygdom særlige muligheder for at yde sundheds- og socialsektoren en meget betydningsfuld støtte og åbne nye muligheder for hele revalideringsarbejdet. Svenske

erfaringer fra bl. a. Volvo fabrikkerne er således meget lovende og perspektivrige.

Arbejdsmedicinske klinikker

BST vil herudover have behov for lejlighedsvis at støtte sig til højt specialiseret arbejdsmedicinsk sagkundskab. AT har i notatet af 13. februar 1976 om arbejdslægerne og de arbejdsmedicinske klinikker beskrevet rammerne for, hvordan denne sagkundskab kan tilvejebringes og organiseres.

Mål for samarbejdet

Ved overvejelserne omkring organiseringen af BST er det derfor et vigtigt mål at sikre et gnidningsfrit og naturligt samarbejde mellem BST, den primære sundhedstjeneste og socialsektoren - herunder at undgå dobbeltarbejde.

I langt de fleste tilfælde, hvor BST konstaterer helbredssvækkelse hos en ansat - også i forbindelse med sociale problemer - vil det naturlige kontaktled til sundheds- og socialtjenesten være den ansattes egen læge. Dette udelukker imidlertid ikke, at BST med den ansattes samtykke, i situationer hvor det skønnes mest hensigtsmæssigt, tager kontakt med den pågældendes hjemstedskommunes social- og sundhedsforvaltning. I situationer, hvor amtets socialcenter skal yde bistand, bør initiativet hertil normalt udgå fra den ansattes hjemstedskommune.

BST i lægehuse m. v.

I Danmark kan dette mål efter AT's opfattelse bedst nås ved at inddrage sundheds- og socialvæsenet i styringen af BST - centralt såvel som lokalt, jfr. AT's forslag til styring af BST. Desuden kan målet nås gennem en placering af BST for små og mellemstore virksomheder lokalt i tilknytning til eksisterende lægehuse eller andre større enheder i den primære sundhedstjeneste.

Erhvervsstrukturen - virksomhedernes størrelse

En væsentlig faktor i overvejelserne omkring organisationen af en kommende bedriftsundhedstjeneste er erhvervslivets struktur, geografiske placering og produktionens art samt de dermed forbundne forskelle i arbejdsmiljørisici.

Sairlige krav til BST

Ved organiseringen af sikkerhedsorganisationen er der taget højde for en række af disse faktorer. Selv om BST foreslås integreret med sikkerhedsorganisationen og dermed til dels gøres afhængig af faktorer, der har bestemt udbygningen af sikkerhedsorganisationen, vil der være hensyn, som nødvendiggør særlige krav til struktureringen og organiseringen af BST.

Målet er en BST for alle arbejdstagere

Sikkerhedsorganisationen dækker i princippet kun visse virksomhedstyper med 10 ansatte eller derover. BST bør efter AT's opfattelse principielt dække samtlige de arbejdstagere, som omfattes af arbejdsmiljøloven (den samlede arbejdsstyrke er ca. 2,5 mill.).

En BST af et sådant omfang er en klar nødvendighed, hvis arbejdsmiljølovens målsætning skal opfyldes. Dernæst er det allerede nedfældet som et mål i EF-henstillingen af 1962. Selv om der kun er tale om en henstilling, kan det på langt sigt forventes, at dette mål markeres stærkere i den fælles EF-arbejdsmiljøpolitik. Endelig kan det nævnes, at dette princip allerede er indføjet i lovgivningen omkring BST i en række vestlige industrilande (eksempelvis Vesttyskland).

Erhvervsstrukturen i Danmark med få større og endnu færre meget store virksomheder udgør et væsentligt problem.

Nogle tal fra organisationsudvalgets betænkning

Organisationsudvalget har i sin betænkning gennemgået nogle statistiske oplysninger, der understreger problemet. Af nogle tabeloversigter fremgår det, at der inden for »industrien« i 1972 i 6.870 virksomheder med 409.836 beskæftigede var:

89 virksomheder med over 500 ansatte eller ca. 26 pct. af de beskæftigede i »industrien«.

731 virksomheder med fra 100-499 ansatte eller ca. 35 pct. af de beskæftigede i »industrien«.

3919 virksomheder med fra 10-99 ansatte eller ca. 37 pct. af de beskæftigede i »industrien«.

1266 virksomheder med under 10 ansatte eller *ca.* 2 pct. af de beskæftigede i »industrien«.

Disse tal har holdt sig ret stabile over en 10-15 år ig periode.

Tilsvarende fordelte tallene for arbejdsgi-verforeningens medlemmer i bygge- og anlægsområdet, i alt *ca.* 84.000 mod totalt 210.000 beskæftiget i branchen sig på følgende vis i 3. kvartal 1970:

12 virksomheder med over 500 ansatte eller *ca.* 9 pct. af de 84 000.

116 virksomheder med 100-499 ansatte eller *ca.* 28 pct. af de 84.000.

1907 virksomheder med 10-99 ansatte eller *ca.* 44 pct. af de 84.000.

4180 virksomheder med under 10 ansatte eller *ca.* 19 pct. af de 84.000.

Byggekrisen har formentlig ændret disse tal ret kraftigt i disse år.

For detailhandel og engroshandel var det samlede antal beskæftigede i 1970 knap 300.000 med 110.000 beskæftiget i engroshandel og 183.000 i detailhandel. Et betydeligt antal er beskæftiget i små virksomheder, selv om udviklingen går hen imod en virksomhedskoncentrering.

Danmarks Statistik

De statistiske oplysninger i organisationsudvalgets betænkning dækker kun en del af den erhvervsaktive befolkning. Denne erhvervsfordeling kan i øvrigt belyses ud fra oversigtstabellerne i Danmarks Statistik.

Personer i arbejdsstyrken fordelt på erhverv ved beskæftigelsesundersøgelserne

Arbejdsstyrken 15-74 år.		
Landbrug, fiskeri m. v.	231.373	9,2
Egentligt landbrug	183.756	7,2
Fiskeri	10.376	0,4
Øvrige landbrugserhverv.	37.241	1,6
Fremstillingsvirksomhed m. v. ²	636.217	26,1
Bygge- og anlægsvirksomhed	195.577	8,1
Handel og omsætning	377.849	15,3
Engroshandel	123.417	5,0
Detailhandel	181.370	7,2
Pengeinstitut, forsikring m. v.	73.062	3,1
Transportvirksomhed	163.350	6,9
Jernbane, sporveje, rutebiltrafik	25.204	1,1
Vognmænd, budtjeneste	42.134	1,8
Skibsfart, losning, lastning	25.513	1,1
Telefon-, post- og telegrafvæsen	46.654	1,9
Anden transportvirksomhed	23.845	1,0
Administration, liberale erhverv m. v. ...	652.744	27,1
Offentlig administration, politi, militær	131.397	5,2
Undervisning, bibliotek, kirke m. v.	171.398	7,2
Sundhedsvæsen, sociale institutioner . .	278.653	11,8
Andre liberale erhverv.	71.296	2,9
Forskellig servicevirksomhed.	126.311	5,4
Forlystelser, hotel, restauration m. v.	59.431	2,6
Anden servicevirksomhed ¹	66.880	2,8
Uoplyst erhverv, indkaldte	42.646	1,9

¹ Inkl. husassistenter

² Herunder offentlige værker og kloakvæsen

Absolutte tal Procentvis fordeling

April
1974

Okt.
1974

2.426.096 100,0

231.373 9,2

183.756 7,2

10.376 0,4

37.241 1,6

636.217 26,1

195.577 8,1

377.849 15,3

123.417 5,0

181.370 7,2

73.062 3,1

163.350 6,9

25.204 1,1

42.134 1,8

25.513 1,1

46.654 1,9

23.845 1,0

652.744 27,1

131.397 5,2

171.398 7,2

278.653 11,8

71.296 2,9

126.311 5,4

59.431 2,6

66.880 2,8

42.646 1,9

Momsregistret

Præcise oplysninger om, hvorledes den erhvervsaktive befolkning fordeler sig på forskellige virksomhedstyper og størrelser, findes ikke. Momsregistret har imidlertid klassificeret samtlige momsregistrerede virksomheder efter branchetilhørsforhold og antal ansatte, jfr. bilag 10, og dette materiale kan i hvert fald supplere de forangående oplysninger. Det fremgår, at virksomhederne efter opgørelsen af april 1976 fordelte sig efter antal ansatte på følgende vis:

	ansatte
113.015 virksomheder havde ..	0
84.172 - ..	1 - 9
10.402 - ..	10- 29
2.165 - ..	30- 49
1.650 - ..	50- 99
1.083 - ..	100- 249
405 - ..	250- 499
219 - ..	500- 999
166 - ..	1.000-4.999
31 ..	5.000 og flere

I alt 213.308 virksomheder.

I gruppen »små virksomheder«, dvs. virksomheder med 29 ansatte og derunder, mangler en række momsregistrerede virksomheder. Alligevel har ca. 208.000 virksomheder under 30 ansatte og dominerer således tal-mæssigt, men ikke nødvendigvis hvad angår antal ansatte.

I gruppen »store virksomheder«, dvs. virksomheder med 500 ansatte og derover, vil der være indregnet en række virksomheder med geografisk spredte mindre enheder, men registreret under samme kodebetegnelse i registret. De ca. 416 virksomheder, der i momsregistret har over 500 ansatte, skal således tages med et betydeligt forbehold, både hvad angår de enkelte enheders størrelse og antal ansatte. Alligevel må der i Danmark være et større antal »store virksomheder« end de 90 industrivirksomheder, og 12 bygge- og anlægsvirksomheder, som er nævnt i organisationsudvalgets betænkning. Det gælder således transportområdet (DSB, SAS og rederierne), telefon-, post- og telegrafvæsenet, blandt hospitalerne og i primær- og amtskommunernes tekniske forvaltninger.

Personaleressourcer - uddannelseskapacitet

Foruden de erhvervsmæssige faktorer spiller ressourcerne væsentligt ind i de samlede overvejelser omkring struktureringen og organiseringen af en dansk BST. Det gælder de direkte udgifter til oprettelse af BST og driften og de indirekte udgifter afledt af deres funktion (eksempelvis udgifter i sundheds- og socialvæsenet og udgifter i virksomhederne forbundet med ændringer foreslået af BST). Det gælder videre mulighederne for at rekruttere et veluddannet personale.

Uden at tage stilling til de udgiftsforslag og personalenormeringsforslag, som er angivet i organisationsudvalgets betænkning og AMG's kritik heraf, skal AT erklære sig enig i, at det ikke over et kortere åremål er muligt at forsyne samtlige danske erhvervsudøvere med en optimal BST, der kan varetage samtlige de opgaver, som er skitseret i afsnit IV, på en faglig fuldt forsvarlig måde. Såvel på det arbejdsmedicinske som på det teknisk-hygieniske, det ergonomiske og det arbejdspsykologiske område er uddannelseskapaciteten meget beskeden. Det vil tage adskillige år, før Danmark råder over et tilstrækkeligt antal kvalificerede undervisere på de nævnte fagområder. Organisationsudvalget har mere indgående gjort rede for disse problemer på det arbejdsmedicinske felt.

Selv om det er ønskeligt, at de økonomiske midler til en BST tilvejebringes hurtigt, vil AT dog stille sig skeptisk over for mulighederne for at finansiere en fuldt udbygget BST inden for et kortere åremål. Det må her ikke glemmes, at andre industrialiserede lande med en bedre udbygningsgrad ofte har haft årtier til at nå det nuværende stade.

Målsætning for BST og prioritering af opgaverne

Et hovedpunkt i overvejelserne omkring organiseringen af en BST er endvidere spørgsmålet, hvilken vægtning forskellige typer af arbejdsmiljøproblemer skal have i BST's arbejde - såvel generelt som på den enkelte virksomhed.

I afsnit IV er det anført, at AT fuldt ud kan tilslutte sig det generelle synspunkt, at BST's hovedopgave er af forebyggende karakter.

Målsætning for BST

AT kan ligeledes fuldt ud tilslutte sig organisationsudvalgets målsætning for en dansk BST:

- 1) at påvise og udrede arbejdsmiljøets betydning for forekomsten af arbejdsmiljøskader (arbejdsbetingede sygdomme og sygdomslignende tilstande samt arbejdsulykker),
- 2) i samarbejde med sikkerhedsorganisationen at forebygge forekomsten af arbejdsmiljøskader, herunder deltage i udbedringen af allerede opståede arbejdsmiljøskader eventuelt i samarbejde med instanser uden for virksomhederne (særligt om BST og revalidering henvises til notatets side 49),
- 3) at medvirke til størst mulig tilpasning mellem arbejdspladsen og de ansatte,
- 4) at fremme de ansattes sundhed både fysisk, psykisk og socialt.

Denne målsætning er på linje med målsætningen i arbejdsmiljøloven.

Ved en praktisk tilpasning af målsætning og opgaver kan en vis prioritering af opgaver dog komme på tale, dels fordi ressourcerne er begrænsede, dels fordi vor viden om arbejdsmiljøskader og metoder til forebyggelse er begrænset på en række områder.

Organisationsudvalget har i afsnit II om definition og afgrænsning af betænkningens område lagt særlig vægt på »den fysiske tilpasning af arbejdet til arbejderne og disses anbringelse ved arbejde, hvortil de er egnede«. Videre har udvalget lagt særlig vægt på, »at BST bør overvåge arbejds-hygien, forestå sundhedsoplysningen, bistå ved arbejdstilpasningsproblemer og være til rådighed ved ulykker og sygdomme opstået på grund af forhold på arbejdspladserne«. Udvalget peger ligeledes på, at en række af BST's opgaver allerede varetages af andre institutioner, først og fremmest i AT, inden for sundheds- og socialvæsenet og i sikkerhedsorganisationen.

Sammenholdes denne afgrænsning med bemærkningerne til lovforslagets § 1, finder AT, at BST's opgaver bør prioriteres således, at beskyttelse mod arbejdsulykker og erhvervssygdomme i traditionel forstand, beskyttelse mod andre påvirkninger, der kan forringe sundheden, og anvendelse af ergonomiske foranstaltninger, hensyntagen til

ældre og handicappede bør prioriteres højest. BST kan endvidere tage sig af trivselsbegrebet, men på dette punkt er aftaler på arbejdsmarkedet dog den væsentligste faktor i regulering af disse forhold.

Specielle overvejelser

Foruden de generelle overvejelser omkring BST's struktur og organisation er der en række mere specielle forhold, der gør sig gældende.

Tavshedspligt

En betydelig del af BST's opgaver berører forhold, hvor der er tale om lægelige oplysninger, og som derfor falder ind under lægelovens bestemmelser om tavshedspligt. Det gælder såvel oplysninger indhentet af en bedriftslæge eller andet sundhedspersonale i BST fra den enkelte ansatte, og det gælder oplysninger indhentet fra instanser i sundhedsvæsenet.

Selv om lægeloven og retspraksis er klar på dette område, er det hensigtsmæssigt, at tavshedspligten også slås fast i reglerne for BST, således som det eksempelvis er sket i tysk lovgivning, jfr. lovens § 8, bilag 8.

Et særligt problem er oplysninger indhentet ved helbredsundersøgelser, hvor der kan opstå en konflikt mellem en ansats (eventuelt nyansats) beskæftigelsesmæssige interesser og undersøgelsesresultatet (en rygsvag patient ønsker et arbejde med tunge byrder), eller mellem en arbejdsgivers krav om fuld indsigt i en ansættelsesundersøgelses resultater og et lægeetisk hensyn til patienten.

Allerede det særlige problem omkring medicinske personoplysninger og undersøgelser gør det nødvendigt at pålægge BST tavshedspligt, selv om BST skal integreres med sikkerhedsorganisationen. For BST's funktion er det af største betydning, at der eksisterer et tillidsforhold mellem den enkelte ansatte og BST's medicinske personale.

Ansættelse — afskedigelse

Ansættelsesforholdene for BST's personale er en anden væsentlig faktor, når det gælder om at sikre tillidsforholdet til virksomhedens parter og dermed et optimalt arbejdsklima.

AT kan her tilslutte sig de retningslinjer, der er givet i organisationsudvalgets betænkning for ansættelse og afskedigelse af personalet. Dog skal det faglige udvalg under be-

driftssundhedsrådet tages op til nærmere behandling i afsnit VIII om styring af BST.

BST skal have indsigt i virksomhedens produktionsforhold

For at BST skal kunne løse sine opgaver, ikke mindst forebyggelsen af potentielle, kommende sundhedsskader, er det vigtigt, at den sikres fuld indsigt i virksomhedens produktionsforhold og tages med på råd ved produktionsplanlægning, produktionsændringer m. v. Uden en sådan indsigt vil meget arbejde blive lapperi på et senere tidspunkt, hvor økonomiske interesser, teknik, m. v. vanskeliggør et rationelt forebyggende arbejde. Om tavshedspligt vedrørende konkurrencemæssige forhold henvises til side 56.

En integration af BST i sikkerhedsorganisationen vil formentlig lette dette arbejde betydeligt, idet arbejdsmiljøloven allerede indeholder bestemmelser om sikkerhedsorganisationens arbejde (jfr. § 8, stk. 4).

Samlede struktur- og organisationsovervejelser

På grundlag af de foregående generelle og mere specielle struktur- og organisationsovervejelser mener AT, at man kan konkludere:

- 1) BST skal opbygges integreret i sikkerhedsorganisationen og fungere som sikkerhedsorganisationens sagkundskab i sundhedsmæssige spørgsmål. Denne integrering tilgodeses gennem ansættelsesproceduren, udformningen af BST's opgaver på den enkelte virksomhed og deltagelse i tilrettelæggelse af opgaver på den enkelte virksomhed.
- 2) Den tekniske sagkundskab, som er nødvendig i BST's arbejde, forefindes allerede i en vis udstrækning i sikkerheds-

organisationen, men bør fremover udbygges med en særlig teknisk-hygienisk sagkundskab og langt mere systematisk indgå i denne. Arbejdsmiljølovens § 12 giver allerede arbejdsministeren mulighed for at fastsætte regler om, at virksomhederne skal stille sagkyndig bistand til rådighed for sikkerhedsarbejdet.

- 5) En kommende revision af bekendtgørelse om den interne sikkerhedsorganisation bør foregå under hensyntagen til pkt. 1 og 2.
- 4) BST bør principielt være til rådighed for samtlige arbejdstagere (erhvervsudøvere) i Danmark (ca. 2,5 mio.), idet målet nås i løbet af en gradvis udbygning.
- 5) Den danske erhvervsstruktur er præget af talrige middelstore og små virksomheder, hvilket er en væsentlig faktor i de organisatoriske overvejelser.
- 6) Såvel de personalemæssige som de økonomiske ressourcer er sparsomme, hvilket nødvendiggør en prioritering af udbygningstakten og de opgaver, som skal tages op.
- 7) Ansættelsesforholdene for BST's personale skal sikre et gensidigt tillidsforhold mellem BST og virksomhedens parter.
- 8) BST skal sikres fuld indsigt i virksomhedens produktionsforhold.
- 9) BST's opgaver skal løses under hensyntagen til lægelovens og offentlighedslovens bestemmelser og principper om tavshedspligt.
- 10) BST skal endelig etablere et snævert samarbejde med sundheds- og socialvæsenet, først og fremmest den primære sundhedstjeneste, således at dobbeltarbejde og eventuelle kompetenceproblemer undgås, jfr. side 50.

VI. Organisationsmodeller

Af hensyn til den videre planlægning, finansiering og styring af BST's udbygning i Danmark er det hensigtsmæssigt, at der udformes nogle generelle retningslinjer for, hvorledes BST kan organiseres.

En model ikke nok

Den generelle ramme for struktureringen og organiseringen af BST, som er søgt afgrænset i afsnit V, kan ikke overføres på en enkelt organisationsmodel. Alene de mange forskelle mellem store og små virksomheder og de forskellige virksomhedstypers vidt forskellige behov umuliggør en blot nogenlunde ensartet og gennemgående model.

Erfaringerne skal gøres først

En enkelt gennemgående model ville heller ikke være særlig hensigtsmæssig i den udbygningsfase, som hele arbejdsmiljøarbejdet er inde i. En fastlåsning af BST til en enkelt principmodel i løbet af en kort årrække ville let afskære samfundet fra at indhøste erfaringer, der på længere sigt kan danne fundamentet for en optimalt fungerende BST i det samlede arbejdsmiljøarbejde.

Forsøgsordninger

Denne åbne holdning til organisationsformerne for BST - herunder bl. a. opgaver, bemanning og struktur - er kommet klart frem i folketingets arbejdsmarkedsudvalgs forudsætning om, at der etableres forskellige forsøgsordninger.

AT kan fuldt ud tilslutte sig, at der i de kommende år startes en række kontrollerede forsøgsordninger, hvor ikke alene forskellige organisationsformer, samarbejdsrelationer, finansieringsmodeller og bemandingsmodeller afprøves; men hvor tillige de opgaver, som er beskrevet i afsnit IV, afprøves. AT har tidligere i pjecen »Forskning for et bedre arbejdsmiljø« skitseret sådanne forskningsprojekter. Kun gennem systematiske og kon-

trollerede forsøg kan der tilvejebringes et solidt planlægningsgrundlag for den videre udbygning og gradvise udnyttelse af den bemyndigelse, som arbejdsmiljølovens § 13 giver ministeren.

Enkelte tilløb til at starte forsøgsprægede BST er allerede taget i forskellige amter, jfr. afsnit II, 2. Disse er oftest præget af lokale initiativer. AT har derfor i afsnit X nærmere gjort rede for, hvordan denne forsøgsvirksomhed kan udnyttes bedre.

3 principmodeller

Selv om AT i øjeblikket finder det mindre hensigtsmæssigt at anvise en detaljeret planlægningsramme for Bst, skal nogle generelle retningslinjer dog angives.

AT mener, at der under hensyntagen til udenlandske erfaringer, målsætninger for en dansk BST og de organisatoriske hovedprincipper, som allerede er gennemgået, kan skitseres 3 principmodeller, der i hovedtrækene er en forenkling af organisationsudvalgets modelforslag.

1. *Bedriftssundhedscentre for flere virksomheder* - først og fremmest for små og mellemstore virksomhedstyper og med en geografisk begrænset funktionsradius.
2. *Branchevis organiseret bedriftssundhedstjeneste.*
3. *Bedriftssundhedstjeneste for en enkelt virksomhed* - først og fremmest større og helt store virksomheder.

Hver af disse 3 modeller kan finansieres og struktureres på mange forskellige måder. I det følgende vil de enkelte modeller blive gennemgået mere udførligt under hensyntagen til de samlede organisations- og strukturovervejelser i afsnit V. Personalenormer, ansættelsesforhold, finansiering og styringen af oprettelsen samt udbygningstakten vil blive mere indgående behandlet i afsnit VII til X.

Model 1 - Bedriftssundhedscentre

Med bedriftssundhedscentre forstås her en BST, der inden for et geografisk afgrænset område varetager BST's opgaver over for en gruppe af virksomheder, offentlige institutioner og selvstændige erhvervsdrivende.

Organisationsudvalget har givet en ret udførlig beskrivelse af bedriftssundhedscentrets struktur, bemandingsforhold og funktion.

Centret tænkes opbygget omkring et modtagelseslokale med tilhørende undersøgelses- og laboratoriefaciliteter. Centret vil især komme til at tage sig af forebyggende opgaver, idet mulighederne for at bistå ved behandlingsprægede opgaver bliver begrænset.

Privat initierede centre

Organisationsudvalget forestiller sig, at en række virksomheder, der ligger i samme område, går sammen for at oprette et bedriftssundhedscenter. Dette er på kortere sigt den mest sandsynlige start på bedriftssundhedscentre.

Offentligt initierede centre - de små virksomheder

AT skal dog kraftigt understrege, at bedriftssundhedscentre på længere sigt rammer de mest realistiske muligheder for tillige at forsyne helt små virksomheder, selvstændige, »enlige« erhvervsdrivende og mindre, offentlige institutioner uden for storbyområderne med service fra en BST. For at dette skal kunne realiseres, mener AT, at det bliver nødvendigt at yde såvel organisatorisk som økonomisk støtte fra det offentlige, jfr. afsnit IX.

Centret og sikkerhedsorganisationen

Et af de vanskeligste problemer omkring bedriftssundhedscentrene er integrationen med den enkelte virksomheds sikkerhedsorganisation og den dermed forbundne indflydelse på centrets funktion.

Center - sikkerhedsudvalg

Det er nødvendigt, at medarbejdere fra centret deltager i sikkerhedsudvalgets ordinære møder, der efter de gældende regler holdes kvartalsvis. Som følge af funktionen vil der herudover være kontakter, der løbende etableres (helbredsundersøgelser, konsultationer omkring arbejdsmiljøopgaver m. v.).

Centrets styrelse

Centret ledes af en styrelse, hvis oprettelse desuden er en nødvendighed for overhovedet at få centret i gang. Hvad enten der er tale om et mere offentligt initieret bedriftssundhedscenter eller et mere privat initieret, bør styrelsens sammensætning formentlig følge de principper, som i dag gælder for sikkerhedsudvalget.

Denne styrelse får det juridiske/økonomiske ansvar for centret.

Centrets service over for den enkelte virksomhed aftales mellem virksomhedens sikkerhedsudvalg og centret inden for rammerne af de generelle regler.

Nærmere regler skal afpasses gældende selskabsret og afvente resultatet af de kontrollerede forsøg. Bedriftssundhedscentre, som i mellemtiden er oprettet, kan formentlig relativt let tilpasses generelle regler, ligesom det skete for sikkerhedsorganisationen ved udstedelse af bekendtgørelser i 1972.

Bredt sammensat personale

Bemandingen af bedriftssundhedscentre bør selvfølgelig tilrettelægges lokalt og indrettes efter lokale behov. En af centermodellens store fordele er, at man ved at samle relativt mange virksomheder og arbejdstagere under et center også får økonomisk grundlag for at ansætte en række forskellige eksperter.

Teknisk sagkundskab

Således kan centret ansætte den tekniske sagkundskab, som er en nødvendighed for BST, men som små virksomheder ikke selv har mulighed for at ansætte eller uddanne blandt egne teknikere.

Nødvendigheden af, at BST har fuld indsigt i virksomhedens produktionsforhold, rummer særlige problemer for bedriftssundhedscentret. Dels er det svært at holde rede på mange forskellige virksomheders produktion, dels kan konkurrencemæssige hensyn give tavshedsproblemer.

Det første problem mindskes i nogen grad ved, at mindre virksomheder også ofte har en mere overskuelig produktion og sjældent eksperimenterer med fundamentalt nye produkter.

Tavshedspligt for BST

Det andet problem nødvendiggør, at BST generelt - og ikke kun når der er tale om cen-

tre - inddrages under samme regler for tavshedspligt, som de, der gælder for AT.

Samarbejde med sundheds- og socialvæsenet
Endelig er det vigtigt, at bedriftssundhedsscentrets arbejde koordineres med det arbejde, der foregår i sundheds- og socialvæsenet. I organisationsudvalgets betænkning peges der især på den primære sundhedstjeneste som et vigtigt kontaktpunkt for en sådan koordinering - og helt nødvendigt i den udstrækning, BST deltager i behandling af arbejdsmiljøskader.

AT kan tilslutte sig, at den nødvendige koordinering til sundheds- og socialvæsenet i vid udstrækning finder sted gennem den primære sundhedstjeneste. Denne udbygger netop i disse år samarbejdet til socialsektoren, jfr. side 50. Foruden samarbejde omkring traditionelle behandlingsopgaver vil der især kunne blive tale om samarbejde omkring revalidering af erhvervshæmmede.

Lægehuse

Organisationsudvalget har videre nævnt lægehuse, forskellige former for samarbejdspraksis mellem 2-5, eventuelt flere læger, som et velegnet udgangspunkt for oprettelse af bedriftssundhedscentre, således kan f. eks. én af de samarbejdende læger i særlig grad uddanne sig inden for det arbejdsmedicinske felt og blive tilknyttet de omliggende virksomheder som bedriftslæge i en væsentlig del af sin arbejdstid. Det kan give bedre og billigere udnyttelse af lokaler, laboratoriemæssige og personalemæssige ressourcer. Da lægehuse tillige i kraft af den praksiskoncentrering og styring, som i stigende grad foregår, ofte ligger i industriområder, vil medarbejderne i virksomhederne i forvejen have lægehusets læger som familielæger. Den vigtige kontakt mellem behandlende læge og det forebyggende sundhedspersonale lettes derved. Det bør sikres, at en sådan ordning bringes i harmoni med overenskomstforholdet inden for sygesikringen.

Model 2 - Branchevis organiseret BST

Den anden hovedmodel er en branchevis organiseret BST. Herved forstås en BST, der lokalt eller på landsplan varetager BST's opgaver over for en bestemt branches virksomheder, enten sammenknyttet under en privat

ordning eller organiseret under et branchesikkerhedsråd.

BST for brancher i storbyområder

Bedriftssundhedscentraler med branchevis tilknytning er foreslået af organisationsudvalget specielt med henblik på brancher, hvor der er en tilstrækkelig stor koncentration i et geografisk afgrænset område.

Oftest vil der her være tale om storbyområder, hvor koncentreringen af virksomheder inden for en afgrænset branche (mekanikerværksteder, malerværksteder, blikkenslagerfirmaer etc.) kan danne et tilstrækkeligt grundlag for oprettelse af en BST.

BST for meget mobile brancher

En anden type af branche-bedriftssundhedstjeneste er landsdækkende BST, eksempelvis for meget mobile fag, hvor BST skal kunne følge skiftende arbejdspladser, der ikke naturligt kan betjenes fra faste centre. Bygge- og anlægsbranchen kan nævnes som eksempel.

En vigtig fordel ved en brancheorganiseret BST er, at den muliggør en effektiv koordinering af arbejdet og indsamling af et i statistisk henseende særlig lødigt materiale (større ensartethed), der bedre og hurtigere kan sikre en overvågning af arbejdsmiljøproblemerne.

Landsdækkende branche-BST

Denne koordinering og landsdækkende overvågning kan være særlig ønskelig for brancher med særlige risici, såsom kemiske virksomheder, oliebranchen o. 1.

Branchesikkerhedsråd

En anden fordel for en branche-BST er, at den organisatorisk har et naturligt udgangspunkt i brancheorganisationer og især branchesikkerhedsrådene.

Branche-BST vil i særlig grad kunne tilknytte personale med højt specialiseret viden, herunder også teknikere.

Ulemperne er i første række den løse tilknytning til sikkerhedsorganisationerne lokalt og især til sundheds- og socialvæsenet lokalt. Tilknytningen til sikkerhedsorganisationer lokalt bør dog kunne sikres gennem deltagelse i disses møder, jfr. pkt. 1, side 54. Kontakten med sundheds- og socialvæsenet lokalt er derimod vanskeligere at organisere,

medmindre branchen har sørget for et lokalt personale eller tilknytning til lokalt bedriftssundhedscenter, der så fungerer inden for branchens generelle ordning.

Model 3 - BST for enkeltvirksomheder

Hermed forstås en BST, der er oprettet for den enkelte virksomhed alene, og som er en integreret del af sikkerhedsorganisationen.

Denne organisationsform vil normalt være bedt egnet for store virksomheder med mindst 500-1.000 ansatte - helst endnu flere - og for store, offentlige institutioner, primærkommuner, amternes tekniske forvaltning og hospitalsvæsenet med personale af samme størrelsesorden.

Integreringen med sikkerhedsorganisationen og virksomhedens øvrige instanser vil næppe volde større besvær, jfr. organisationsudvalgets betænkning:

»Store virksomheder har mulighed for inden for sine egne rammer at opbygge og drive sin egen bedriftssundhedstjeneste. I så-

danne virksomheder opbygges en særlig bedriftssundhedsklinik. S sammensætningen og størrelsen af medarbejderstaben i en klinik vil naturligvis afhænge af virksomhedens særlige behov og muligheder.

En opbygning af sundhedstjenesten på denne måde skaber de bedste forudsætninger for et nært samarbejde såvel med ledelsen og de ansatte som med de virksomhedsfunktioner, der i øvrigt internt beskæftiger sig med sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen. Det gælder sikkerhedsorganisationen, sikkerhedslederen og de funktioner, der knytter sig til ham, samt planlægnings- og driftsfunktionerne.

Den daglige og meget nære kontakt mellem virksomheden og bedriftssundhedstjenestens medarbejdere indebærer naturligvis store fordele og skaber gode betingelser for, at de tidligere nævnte hensigtsmæssige kontakter mellem bedriftssundhedstjenesten og virksomheden, specielt sikkerhedsorganisationen, kan organiseres på effektiv måde.«

VIL Ansættelsesforhold og bemanning

Sammensætningen af personalet i BST må i princippet tilpasses de opgaver, som tillægges den enkelte BST. Disse opgaver vil variere, afhængig af virksomhedens art og størrelse. Det er derfor kun muligt at angive mere generelle personalerammer.

Ud fra udenlandske erfaringer med BST og de opgaver, som er beskrevet for en dansk BST, er der tale om et overvejende medicinsk personale og et teknisk personale.

Medicinsk personale

Det medicinske personale består af:

- 1) læger
- 2) bedriftssygeplejersker
- 3) ergoterapeuter — fysioterapeuter
- 4) andet hjælpepersonale (sygemedhjælpere og sekretærer).

Teknisk personale

Det tekniske personale kan f. eks. være sikkerhedsingeniører og arbejds-hygienikere.

Andre jagtkategorier kan også komme på tale. I den udstrækning, BST fremover tillægges opgaver omkring trivselsprægede problemer, kan det blive relevant at bemane BST med f. eks. psykologer.

Opgavefordelingen

Organisationsudvalget har indgående beskrevet, hvilke opgaver bedriftslæger, bedriftssundhedsplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter kan tage sig af. Mere løst har udvalget beskrevet, hvorledes kompetenceforholdene de forskellige personalekategorier imellem kan fastlægges. AT kan tilslutte sig disse retningslinjer. Det skal dog præciseres, at sikkerhedsudvalget bør deltage i den konkrete opgaveformulering.

Teknisk-hygienisk personale

Derimod har organisationsudvalget kun i begrænset omfang beskæftiget sig med opgaver

og de nærmere retningslinjer for det tekniske personale.

AT har tidligere peget på, at løsningen af BST's teknisk-hygieniske opgaver kan organiseres på forskellig vis - af virksomhedens teknikere - af sikkerhedsingeniører eller andre sikkerhedsteknikere — af sagkundskab købt hos firmaer uden for virksomheden. Arbejds miljølovens § 12 kan i denne forbindelse danne grundlag for mere generelle regler.

Ansættelses-/afskedigelsesforhold

Problemerne omkring ansættelse og afskedigelse af BST's personale har været stærkt diskuteret. Det er vigtigt at sikre BST's personale uafhængighed i faglige dispositioner inden for de rammer, der er fastlagt for deres virkefelt. Lige så vigtigt er det at sikre tillidsforholdet mellem BST's personale og de ansatte samt ledelsen. Svigter tilliden i et af de tre led, er BST's muligheder for at løse sin opgave stærkt begrænset, eller i værste fald umuliggjort. Organisationsudvalget har anbefalet en bestemt fremgangsmåde, således at ansættelsen sker:

- a) efter opslag i fagpressen
- b) efter kvalifikationsvurdering
- c) efter forudgående behandling i sikkerhedsorganisationen og indstilling herfra. Virksomheden må normalt følge denne indstilling.

Ved afskedigelse eller afvisning af en forlængelse af ansættelsen i tilfælde af åremålsansættelse skal sikkerhedsudvalget behandle spørgsmålet, og afskedigelse kan normalt ikke gennemføres, medmindre der er enighed herom i sikkerhedsudvalget.

Om ansættelse/afskedigelse findes del hensigtsmæssigt, at spørgsmålet af de 3 parter kan indbringes for et fagligt udvalg. Spørgsmål om uenighed om funktioner efter bekendtgørelsen bør følge den normale an-

keprocedure: kreds, direktorat, ministerium.

Disse retningslinjer kan AT tilslutte sig, idet det yderligere skal foreslås, at anken får opsættende virkning.

Bemanding

Foruden fastlæggelsen af, hvilke personalekategorier der normalt bør indgå i BST, er det - til brug for såvel planlægningen af den enkelte BST som den samlede udbygning - vigtigt med nogle generelle normer for forholdet mellem antal arbejdstagere og de forskellige personalekategorier.

Organisationsudvalget har udarbejdet sådanne normer på grundlag af internationale tilsvarende normtal:

- 1 læge / 2.000-4.000 helårsansatte
- 1 sygeplejerske / 1.000-2.000 helårsansatte
- 1 fysio/ergoterapeut / 3.000-5.000 helårsansatte
- 1 sekretær / 2.000-4.000 helårsansatte.

Udvalget understreger, at disse normtal alene kan anvendes til en samlet vurdering for personalebehovet på landsplan.

Normtallene bygger på udenlandske erfaringer fra BST, først og fremmest på større og helt store virksomheder med høj udnyttelsesgrad. Desuden forudsætter de en BST, der praktisk taget udelukkende tager sig af forebyggende opgaver. I den udstrækning, BST også skal tage sig af behandlende arbejde, slår disse normtal ikke til for bedriftslægens vedkommende.

I den svenske BST, hvor lægerne forudsættes at anvende ca. 50 pct. til behandling og ca. 50 pct. til forebyggende aktivitet, er normtallet således:

- 1 bedriftslæge / 1.500 heltidsansatte.

Selv om organisationsudvalget er blevet kritiseret for at have skudt over målet og for at have overdimensioneret den lægelige andel, mener AT ikke, at det er hensigtsmæssigt at udarbejde nye normtal på det nuværende erfaringsgrundlag. For store virksomheders vedkommende er der erfaringer for, at en BST-læge kan betjene mere end 3.000 ansatte. Således fungerer en række BST'r i Danmark og udlandet med et større antal arbejdere pr. læge. Omvendt kan der meget let være behov for lavere normtal for BST ved små virksomheder.

AT mener, at fastlæggelsen af egentlige

normtal må afvente forsøg med BST i Danmark. Det er tænkeligt, at man i Danmark med en veludbygget primær sundhedstjeneste kan operere med højere normtal i forhold til udlandet.

Af hensyn til den samlede planlægning vil der i afsnit X blive givet et foreløbigt forslag til udbygningstakten.

Undervisning

Det er fra mange forskellige sider påpeget, at uddannelsen på arbejdsmiljøområdet i Danmark generelt er alt for ringe, og at det er vigtigt at sætte ind her hurtigst muligt. Et veluddannet BST-personale er en forudsætning for, at BST kan løse sine opgaver tilfredsstillende, og for at BST på langt sigt kan blive accepteret.

Organisationsudvalget har indgående beskæftiget sig med uddannelsesproblemerne og konkluderer bl. a.:

- 1) at lægers og sygeplejerskers grunduddannelse i øjeblikket er utilstrækkelig med henblik på en funktion inden for bedriftssundhedstjenesten, hvorimod fysioterapeuternes og ergoterapeuternes uddannelse med supplerende i kortere kursus er direkte anvendelige,
- 2) at kvalificerede danske undervisere inden for arbejdsmedicinen er så få, at man dels må tage dette i betragtning ved opstilling af uddannelseskravene for BST's personale, dels må gå utraditionelle veje for at øge antallet af undervisere,
- 3) at der findes få egentlige arbejdsmedicinske uddannelsessteder. Disse må derfor foretrækkes anvendt i uddannelsen af egentlige arbejdsmedicinske specialister (eksempelvis arbejdslæger, faste læger ved arbejdsmedicinske klinikker etc.) og således, at forudgående ansættelse ved sådanne institutioner ikke på nuværende tidspunkt kan kræves af bedriftssundhedspersonalet,
- 4) at de økonomiske muligheder for kursers afholdelse i øjeblikket er uafklarede, og endelig
- 5) at der mangler et samlet overordnet organ, som kan planlægge og koordinere uddannelsesaktiviteterne samt virke for en udbygning af uddannelseskapalet og løbende justere uddannelseskravene

for de forskellige professioner, som indgår i BST.

AT kan tilslutte sig denne konklusion. AT mener dog, at den fremtidige planlægning og koordination af uddannelsen skal henlægges til BST-udvalget under AMR, jfr. afsnit VIII.

De uddannelsesaktiviteter, som foreslås specielt for bedriftslægernes vedkommende,

bør fremover henlægges til det kommende AMI, jfr. AT's notat af 14. januar 1976 om arbejdsmiljøinstituttet, og AT kan her ligeledes tilslutte sig bemærkningerne om økonomien, men mener, at en mere detaljeret planlægning må afvente opbygningen af AMI og en accept af de her tiltrådte forslag fra organisationsudvalgets betænkning.

VIII. Styring

Styringsmodel for bedriftssundhedstjeneste

I Den centrale styring og rådgivning

Den centrale, overordnede *styring* og *administration* varetages af arbejdsministeriet, medens den løbende, centrale administration udføres af direktoratet for arbejdstilsynet, jfr. AM kap. 13. Ministeriet og direktoratet tager således initiativ til f. eks. udarbejdelse og gennemførelse af en bekendtgørelse om BST.

Den centrale *rådgivning* foregår i arbejdsmiljørådets regi efter arbejdsmiljølovens regler i § 66 og § 67. Det foreslås, at arbejdsmiljørådet nedsætter et bedriftssundhedsudvalg med repræsentation af de væsentlige interesser på området.

De centrale opgaver vil især være følgende:

1. at forestå etapevis etablering af BST,
2. at forestå gennemførelsen af forsøgsordninger inden for den første etape (1977-81) samt at foretage den overordnede evaluering af disse,
3. i øvrigt at fremme og følge udviklingen af BST og udforme den overordnede politik på området,
4. at varetage koordineringen af den lokale udvikling af BST, dvs. mellem amterne.

De første konkrete opgaver efter vedtagelse af en lov om ikrafttrædelse af AML, § 13, er

- a) at udarbejde en bekendtgørelse om BST og tage initiativet til dennes gennemførelse,
- b) at tage initiativ til etablering af uddannelsesstilbud til BST's personalegrupper,
- c) at udarbejde regler efter AML, § 12, for bestemt angivne risikobelastede områder om tilknytning af teknisk-hygienisk assistance til sikkerhedsorganisationen. Reglerne tilpasses den foreslåede udbygningstakt for BST,

- d) at udarbejde en bekendtgørelse om arbejdsmiljøudvalg i amterne og tage initiativet til dennes gennemførelse,
- e) at tage initiativ til gennemførelse af forsøgsordninger om BST 1978-80.

II Den lokale styring og rådgivning

Den amtslige *styring* og *administration* varetages af arbejdstilsynets amtskreds. Det er således kredsen, der eksempelvis tager initiativ til gennemførelse af bekendtgørelsen om BST på lokalt plan efter de retningslinier, som de centrale organer har afstukket.

Den lokale, *rådgivende* funktion varetages af arbejdsmiljøudvalget i amtet, idet det nedsætter et BST-underudvalg med repræsentation af de væsentlige interesser (om behovet for dette lokale organ, jfr. side 64). Det lokale arbejdsmiljøudvalg har følgende sammensætning:

1. Repræsentanter for de lokale organisationer (arbejdsgiver, arbejdstager, arbejdsleder)
2. En repræsentant for amtets sygehus- og socialvæsen
3. Arbejdslægen
4. En repræsentant for arbejdsformidlingen
5. Ad hoc-deltagelse fra andre interesseorganisationer, f. eks. primærkommunernes social- og sundhedsforvaltning og arbejdsmarkedsuddannelserne med henblik på uddannelsen af den interne sikkerhedsorganisation.

Den stedlige fabriksinspektør deltager i udvalgets møder uden stemmeret, ligesom sekretærbistand ydes af arbejdstilsynet.

Udvalget vælger selv sin formand.

De lokale opgaver vil især være følgende:

1. at forestå etableringen af BST i amtet på udvalgte områder,

2. (i visse amter) at forestå den lokale gennemførelse af forsøgsordninger samt foretage den lokale evaluering,
3. i øvrigt at fremme og følge udviklingen af BST og udforme den lokale politik på området,
4. at koordinere udviklingen m. h. t. BST inden for amtet,
5. at administrere en tilskudsordning,
6. at tage initiativer til andre former for samarbejde på f. eks. revalideringsområdet og vedrørende etablering af arbejdsmedicinske klinikker.

De første konkrete opgaver efter vedtagelse af en lov om ikrafttrædelse af AML, § 13, er

- a) at forestå den lokale gennemførelse af arbejdsministeriets bekendtgørelse om BST,
- b) at tage initiativer til, at uddannelses tilbud til BST-personalegrupper udnyttes.

III Bedriftssundhedstjenestens ledelse og drift

BST-centre

- a) Centret ledes af en styrelse, hvis sammensætning formentlig bør følge de principper, som i dag gælder for industriens sikkerhedsudvalg. Styrelsen vælger selv sin formand.

Den daglige ledelse udøves af en centerleder, som udnævnes af styrelsen.

Den enkelte virksomhed træffer aftale med centret om den service, der skal ydes inden for rammerne af arbejdsministerens bekendtgørelse om BST.

De nærmere regler for centrets ledelse og drift nedfældes i en vedtægt på grundlag af en normalvedtægt, som udarbejdes i tilknytning til bekendtgørelsen om BST. Vedtægten skal forelægges den lokale arbejdstilsynskreds, der efter høring af arbejdsmiljøudvalget godkender denne. (En sådan godkendelse vil være en forudsætning for at deltage i tilskudsordningen).

- b) Et BST-center kan etableres som et BST-konsulentfirma (f. eks. lægehus), hvor de enkelte virksomheder via deres sikkerhedsorganisation tegner kontrakt om den service, der skal ydes inden for ram-

merne af arbejdsministerens bekendtgørelse om BST.

Brancherettet BST

Som ovenfor under a), idet dog vedtægten for en landsdækkende brancherettet BST godkendes af direktoratet for arbejdstilsynet efter høring af AMR (bedriftssundhedsudvalget).

BST for enkeltvirksomheder

BST opbygges som et integreret led i virksomhedens sikkerhedsorganisation og ledes af sikkerhedsudvalget.

Den daglige ledelse af BST udøves af en kompetent person, som indstilles hertil af sikkerhedsudvalget. BST's øvrige medarbejdere ansættes og afskediges ligeledes efter indstilling af sikkerhedsudvalget.

ad alle tre modeller

1. Tilknytning af en BST til en virksomhed skal anmeldes til det lokale arbejdstilsyn, der efter høring af arbejdsmiljøudvalget godkender ordningen.
2. Uoverensstemmelser om ansættelse og afskedigelse afgøres efter tilsvarende principper, som uoverensstemmelser vedrørende sikkerhedsrepræsentanternes beskyttelse.
3. Behandlingen af øvrige uoverensstemmelser, vedrørende gennemførelse og administration af BST-bekendtgørelsen, følger arbejdsmiljølovens regler i kap. 13, hvorefter arbejdstilsynets kreds normalt træffer afgørelse i 1. instans, direktøren for arbejdstilsynet i 2. instans og arbejdsministeren i 3. instans efter høring af arbejdsmiljørådet.

Efter AT's opfattelse opbygges og styres en dansk BST efter de her skitserede retningslinjer bedst i et samarbejde efter arbejdsmiljølovens organisatoriske principper mellem de administrative myndigheder, arbejdsministeriet og arbejdstilsyn og de rådgivende organer, der rummer repræsentation for de implicerede parter.

På centralt plan nedsættes et BST-udvalg under arbejdsmiljørådet

Den overordnede rådgivning på centralt plan bør derfor naturligt foregå i arbejdsmiljørådets regi. (Om arbejdsmiljørådet henvi-

ses til lovens §§ 66 og 67 samt til AT's notat af 14. januar 1976 om arbejdsmiljøinstituttet side 4 og 5).

AT skal derfor foreslå, at der under arbejdsmiljørådet nedsættes et bedriftssundhedsudvalg.

Udvalgets medlemmer, der ikke nødvendigvis alle behøver at høre til rådets medlemskreds, udpeges af arbejdsmiljørådet.

Da bedriftssundhedsudvalget under arbejdsmiljørådet skal varetage alle centrale rådgivningsopgaver i forbindelse med opbygningen og funktionen af BST, herunder den centrale rådgivning vedrørende den administration af den foreslåede tilskudsordning, må udvalgets sammensætning have en sådan bredde, at alle væsentlige interesser er repræsenteret, uden at udvalget dog bliver for stort.

Bedriftssundhedsudvalget bør nedsættes så betids, at det kan inddrages i de kommende kontrollerende forsøg vedrørende forskellige former for BST.

På lokalt plan nedsættes et arbejdsmiljøudvalg

For bl. a. at sikre en effektiv opbygning og funktion af BST vil et lokalt organ på amtsplan efter AT's opfattelse være nødvendigt.

Det lokale organ vil i kraft af dets sammensætning besidde det nødvendige lokal-kendskab til en række forhold såsom virksomhedstyper og størrelser, virksomhedernes geografiske placering, sundhedsressourcer og placering, sikkerhedsorganisationernes opbygning og virke etc, som har afgørende betydning for områdets arbejdsmiljøpolitik.

1 dag findes på lokalt plan f. eks. kontaktgrupper med repræsentanter udpeget af hovedorganisationerne, der har til opgave at støtte AT's byggekonsulenter inden for bygge- og anlægsområdet. Den stedlige fabriksinspektør er formand for kontaktgruppen.

På lokalt plan har AT i dag endvidere jævnligt kontakt med bl. a. de lokale organisationer og amtets myndigheder, herunder sundheds- og miljømyndigheder.

AT finder det ønskeligt, at kontaktgrupperordningen og den mere uformelle kontakt til amtets interessegrupper og andre bliver reorganiseret og formaliseret i et egentligt lokalt arbejdsmiljøudvalg.

Der er i dag et stigende behov for et lokalt

forum, hvori drøftelser og gensidig orientering om alle vigtige arbejdsmiljøspørgsmål kan finde sted. Der er endvidere behov for at samle forskellige grupper med interesse for og indflydelse på områdets arbejdsmiljøpolitik. Disse behov kan efter AT's mening bedst tilgodeses ved at oprette et lokalt arbejdsmiljøudvalg. Et sådant arbejdsmiljøudvalg kan ses som arbejdsmiljørådets lokale pendant. At lade de lokale arbejdsmiljøudvalg virke under arbejdsmarkedsnævnene - som foreslået af organisationsudvalget - findes uhensigtsmæssigt af den grund, at nævnene ikke er sammensat med henblik på nævnte funktioner. Det ville desuden være et brud med arbejdsmiljølovens organisatoriske principper.

AT skal derfor foreslå, at der i hvert amt nedsættes et arbejdsmiljøudvalg med følgende sammensætning:

1. Repræsentanter for de lokale organisationer (arbejdsgivere, arbejdstagere, arbejdsledere)
2. En repræsentant for amtets sygehus- og socialvæsen
3. Arbejdslægen
4. En repræsentant for arbejdsformidlingen
5. Ad hoc-deltagelse fra andre interesseorganisationer, f. eks. primærkommunerne social- og sundhedsforvaltning og arbejdsmarkedsuddannelserne med henblik på uddannelse af den interne sikkerhedsorganisation.

Den stedlige fabriksinspektør deltager i udvalgets møder, uden stemmeret, ligesom sekretærbistand ydes af arbejdstilsynet.

Der nedsættes et stående BST-underudvalg under det amtslige arbejdsmiljøudvalg

Med repræsentation fra de implicerede parter, herunder fra sundhedspersonalegrupperne lokale repræsentationer, oprettes et stående BST-underudvalg under det amtslige arbejdsmiljøudvalg.

BST-underudvalget vil få en væsentlig opgave i at rådgive omkring opbygningen og funktionen af BST på lokalt plan, samt lokal rådgivning omkring administrationen af den foreslåede refusionsordning (styringsmiddel).

Således skal BST-underudvalget bl. a. sikre samarbejdet (integrationen) mellem

virksomhedernes interne sikkerhedsorganisation og BST samt sikre den mest hensigtsmæssige opbygning af bedriftssundhedsapparatet under hensyn til de foreslåede modeller sammenholdt med de lokale forhold.

Et sådant BST-underudvalg kunne bl. a. ses som bedriftssundhedsudvalgets lokale pendant. Udvalget bør nedsættes så betids, at det kan deltage i kontrollerede forsøg vedrørende BST.

IX. Omkostninger og finansiering

Omkostninger

Udgifter - løn, etablering, drift

Udgifterne til BST kan i hovedtrækkene deles op i lønudgifter, etableringsudgifter og driftsudgifter. En nogenlunde præcis oversigt over størrelsen af disse udgifter er det på indeværende tidspunkt ikke muligt at opstille. En række væsentlige forudsætninger for en samlet udgiftsberegning mangler, da det danske erfaringsgrundlag omkring BST er begrænset, og fordi udenlandske erfaringer omkring udgifter kun i begrænset omfang kan overføres på danske forhold. BST i andre lande har en anden prioritering af behandlende og forebyggende opgaver, ligesom arbejdsfordelingen mellem den primære sundhedstjeneste og BST giver forskellige beregningsgrundlag for udgifterne.

Forsøg - udgiftsmæssig styring

På længere sigt skulle det derimod være muligt at tilvejebringe en række af de nødvendige forudsætninger gennem de i afsnit X omtalte forsøgsordninger. **Det** er derfor vigtigt, at forsøgsordningerne tilrettelægges sådan, at de foruden oplysninger om funktionsmæssige fordele og ulemper ved forskellige organisationsformer tillige kan tilvejebringe vurderingsgrundlaget for økonomien i de forskellige former for BST. Kun herigennem kan der tilvejebringes et rationelt grundlag for en udgiftsmæssig styring af BST og rimelig prioritering af opgaverne.

Lønudgifter

Lønudgifternes størrelse afhænger af, hvilke personalekategorier der skal indgå i BST, hvilke generelle normeringsfaktorer der anvendes for de enkelte personalekategorier, herunder i hvilken udstrækning allerede fungerende personalegrupper overføres til BST, og hvilke lønniveauer der lægges til grund for beregningerne.

Organisationsudvalget har ganske vist foretaget en beregning, der i 1974-priser gav følgende lønomkostninger til en BST omfattende samtlige erhvervsaktive reduceret med antallet af selvstændige og medhjælpende hustruer, i alt 1.805.000 arbejdstagere:

Mill. kr.

Læger	600 × 195.000 =	117
Sygeplejersker	1200 × 80.000 =	96
Sygehjælpere og sekretærer	600 × 60.000 =	36
Fysio- og ergo- terapeuter	450 × 80.000 =	36
i alt		285

På kort sigt er det sandsynligt, at BST's personale vil omfatte netop disse personalekategorier. Ligeledes er det sandsynligt, at de anførte lønudgifter korrigeret for den mellemliggende lønudvikling er realistiske, selv om det understreges, at de er skønsmæssige og ikke resultatet af lønforhandlinger. Derimod er de tilgrundliggende normeringsfaktorer mere usikre, ligesom der kan blive tale om at inddrage andre personalekategorier.

Etableringsudgifter

Etableringsudgifterne vil afhænge af dels de opgaver, som BST skal tage op, dels af den udnyttelsesgrad af bestående lokaler og apparatur, som er mulig i hvert enkelt tilfælde.

BST's opgaver er indgående beskrevet i afsnit IV, men prioriteringen af forskellige opgaver vil være afgørende for udgiftsniveauet. Således kan omfattende helbredsundersøgelser, der stiller store krav til apparatur og laboratorieanalyser, blive en udgiftskrævende faktor, medens opgaver, såsom jobanalyser, rådgivning ved produktionsplanlægning o. l., er mindre ressourcekrævende og dermed billigere. Nogle af BST's opgaver

gennemføres allerede eller er under kraftig ekspansion uafhængigt af BST's indførelse. Det gælder især teknisk-hygieniske undersøgelser, og der vil i dette tilfælde kun blive tale om regnskabsmæssige omposteringer.

Organisationsudvalget har på grundlag af oplysninger fra Den almindelige danske Lægeforening vedrørende omkostninger til etablering og drift af lokaler, udstyr, inventar m. v., anslået disse etableringsomkostninger til ca. 250.000,- kr. pr. læge i 1974 eller ca. 48.000,- kr. pr. år pr. læge i BST ved en afskrivning over 10 år og med en rentefod på 15 pct. Der er her tale om udgiftsberegninger til BST's medicinske arbejde. Udgifter til det tekniske arbejde er ifølge svenske erfaringer billige.

Etableringsudgifterne vil som omtalt også afhænge af udnyttelsesgraden af bestående faciliteter. Mange virksomheder og offentlige myndigheder har f. eks. lokaler, der for mindre beløb kan inddrages og istandsættes til BST og derved alt andet lige reducere omkostningsniveauet. I andre tilfælde vil der i eksisterende lægehuse være en uudnyttet kapacitet, som også vil betyde en reduktion i omkostningsniveauet.

Driftsomkostninger

Driftsomkostningerne, rejse, uddannelse, kontorartikler, porto, artikler til sygdomsbehandling m. v., vil i første række afhænge af, hvilke opgaver der tages op. For den medicinske del af BST har organisationsudvalget anslået driftsomkostningerne til 10 pct. af lønudgifterne og etableringsudgifterne. Dette er formentlig et realistisk udgangspunkt for en overslagsberegning ikke alene for den medicinske del af BST, men tillige for den tekniske. Sidstnævnte indgår dog allerede i et vist omfang i mange virksomheders sikkerhedsarbejde, og der vil i sådanne situationer være tale om omposteringer, som ikke belaster det samlede udgiftsniveau.

Besparelser

Til beregningen af omkostningsniveauet for en fuldt udbygget dansk BST hører principielt også en beregning over de besparelser, som en fuldt udbygget BST kan give, navnlig på længere sigt, i virksomhederne og på de offentlige budgetter i kraft af det forebyggende arbejde, som herigennem udføres. I virksomhederne kan der eksempelvis være

tale om et reduceret antal sygefraværsdage. På de offentlige budgetter kan der foruden reduktion i udgifterne til sygefravær blive tale om reducerede udgifter på en lang række punkter indenfor sundheds- og socialsektoren eller overførsler af udgifter fra disse to sektorer til BST.

AT har ikke kunnet finde undersøgelser fra andre lande med en veludbygget BST, der på relevant vis har belyst disse forhold. Selv om det er en almindelig forventning i samfundet, at et sygdomsforebyggende arbejde vil kunne reducere eller i det mindste bremse udgiftsstigninger i sundheds- og socialsektoren, så savnes velunderbyggede undersøgelser, der kan bekræfte dette. Så vidt det kan lade sig gøre, bør de kommende forsøg med BST prøve at belyse også dette aspekt af BST.

Konklusion

Samlet må AT konkludere, at det ikke i øjeblikket er muligt at tilvejebringe en mere præcis oversigt over udgifterne ved etableringen af en fuldt udbygget dansk BST og slet ikke alternative udgiftsberegninger til brug ved den politiske beslutningsproces. Det er nødvendigt, at der i det kommende år gennemføres forsøg, hvor udgiftskomplekset inddrages som et centralt punkt i forsøget.

De erfaringer, som herigennem indhøstes, bør lægges til grund for den videre styring af udbygningstakten og udfærdigelse af konkrete retningslinjer for BST's opgaver og organisation.

AT mener dermed ikke, at disse erfaringer bør berøre fastlæggelsen af hovedprincipperne for udbygningen af en dansk BST, således som de er formuleret i afsnit X. Tværtimod er det nødvendigt at fastlægge de hovedretningslinjer, inden for hvilke forsøgene skal foregå.

Finansiering

BST finansieres i dag af den enkelte virksomhed.

Organisationsudvalgets forslag

Organisationsudvalget har i sine overvejelser kun anført nogle enkelte principper for finansiering af en kommende dansk BST. Som den ene finansieringsmåde nævnes et fond, der bygger på en øre pr. timebidrag fra i princippet samtlige offentlige og private

virksomheder. Denne finansieringsform forkastes under henvisning til den omfattende administration et sådant fond ville kræve, en administration, der vil forekomme mere og mere urimelig i takt med udbygningen af BST.

Virksomhedsbetalt BST

Den anden finansieringsmåde er den ret enkle, at virksomhederne, og dermed produktionen, også direkte afholder udgifterne.

Da en del af BST-s funktion vil aflaste det offentlige sundheds- og socialvæsen både gennem reduktion af arbejdsmiljøskader og overtagelse af behandlingsopgaver foreslås en offentlig refusionsordning på max. 20 pct. af udgifterne.

De vanskeligheder, som er beskrevet i foregående afsnit, med at fastlægge omkostningsniveauet for BST, gør det tilsvarende vanskeligt at fremsætte et detaljeret finansieringsforslag. Selv om organisationsudvalgets forslag er enkelt, mener AT dog, at overvejelserne omkring BST's finansiering bør udbygges omkring nogle hovedretningslinjer.

Produktionen skal bære udgifterne

AT kan tilslutte sig det hovedprincip, at virksomhederne skal betale den del af BST's virksomhed, som er afledt af risici forbundet med produktionen i videste forstand. Særlig risikofyldt produktion, der stiller øgede krav til eksempelvis helbredsundersøgelser og arbejdshygiejniske undersøgelser, vil herigennem automatisk medføre en relativt dyrere BST.

Refusion

Videre mener AT, at det er ønskeligt med en offentlig refusionsordning til den del af BST-s virksomhed, der reelt betyder en økonomisk aflastning af forskellige skattefinansierede offentlige institutioner.

Til sygdomsbehandling

Direkte kan BST føre til en aflastning inden for sygdomsbehandling. Da sygdomsbehandlingen i BST formelt er begrænset til akutte sygdomme og ulykkestulfælde samt ganske få arbejdsbetingede sygdomstilfælde og reelt bør fastholdes på dette niveau, kan der kun blive tale om beskedne beløb.

Direkte og indirekte vil BST tage generelle forebyggende opgaver op eller få tillagt

sådanne over for den erhvervsaktive befolkning. Kun ganske få forebyggende opgaver over for denne del af befolkningen er i dag offentligt finansieret (livmoderkræftundersøgelser). På længere sigt kan dette dog ændre sig i takt med en ændret politik over for forebyggende opgaver. Foreløbig bliver der dog næppe tale om større beløb, som her kan overføres til BST.

Tilskud til revalidering

Det er tidligere nævnt, at BST kan få betydelige opgaver i revalideringsarbejdet og derigennem aflaste det skattefinansierede offentlige revalideringsarbejde. Der kan her blive tale om revalidering af ikke alene klienter med en arbejdsmiljøforårsaget lidelse alene, men også alle andre kategorier af revalidenter, hvorfor det er rimeligt med tilskud fra det offentlige. Når BST er parat til at tage sådanne opgaver op, bør finansieringen overvejes og forslag udarbejdes som led i den samlede revalideringspolitik.

Tilskud, stimulering

Endelig skal AT pege på muligheden for at yde tilskud til BST for at stimulere virksomhederne til at gå i gang med at oprette denne.

Tilskud til små virksomheder

Tilskudsordninger kan for de helt små virksomheder få en speciel betydning som et middel til at sikre disse en rimelig BST. BST i disse virksomheder er som tidligere nævnt svære at få i gang på trods af relativt mange arbejdsmiljøproblemer, og de er ifølge svenske erfaringer mere udgiftskrævende end BST i store virksomheder, idet der især bruges mere tid på transport og mødeaktivitet. Det kan derfor overvejes at yde disse et procentvis større tilskud.

Administrativ forenkling af tilskudsordningerne

En ordning med en række forskellige refusioner og tilskud er erfaringsmæssigt vanskelige at administrere. Dette problem kan klares lettest ved at samle refusioner og tilskud til en samlet procentsats i stil med den af organisationsudvalget foreslåede ordning. Ønsker man videre at yde særlig støtte til små virksomheder, kan procentsatsen gradueres efter virksomhedens størrelse.

Ved arbejdsministeriets og AT's administration af BST-tilskudsordninger i henhold til lovgivningen bør arbejdsmiljørådet, bedriftssundhedsudvalget og de lokale arbejdsmiljøudvalg - som beskrevet i afsnit VIII om styring - have en betydelig grad af indflydelse.

Da det i øjeblikket ikke er muligt at beregne det samlede udgiftsniveau for BST med en rimelig sikkerhed, må man forvente en politisk tilbageholdenhed over for denne form for tilskudsordning. Gennem de tidligere omtalte forsøgsordninger, vil det i løbet af en årrække være muligt at skaffe større klarhed omkring dette problem og dermed bane vejen for en politisk beslutning.

Tilskud til forsøg stat, kommune og diverse fonds

Indtil dette er gennemført, er løbende tilskud til forsøgsvirksomhed fra det offentlige en nødvendighed. Desuden kan peges på støttemuligheder fra arbejdsmiljøfondet og andre. Lokalt vil det således være muligt for det enkelte amt eller én eller flere kommuner gennem deltagelse i dannelsen af bedriftssundhedscentre at stimulere og yde tilskud til dannelsen af BST. For statens vedkommende skal AT foreslå, at der på arbejdsministeriets budget afsættes midler til forsøgsvirksomhed.

Konklusion

1. Finansieringen af BST er primært en

virksomhedsopgave, idet produktionen og de arbejdsmiljørådsici, som denne rummer, må bære udgifterne.

2. Finansieringen skal være enkel i administrativ henseende, hvorfor en kollektiv fondsfinansiering er mindre hensigtsmæssig.
3. Den del af BST's funktion, som i øjeblikket varetages af det offentlige og finansieres over skatterne, bør refunderes.
4. Særligt tilskud til de små virksomheder kan blive nødvendigt for at sikre disse en BST.
5. Tilskudsordningerne og refusionerne bør udformes så enkelt, at de let kan administreres. En samlet procentsats - eventuelt graderet efter virksomhedsstørrelser - er en mulig løsning.
6. Arbejdsmiljørådet, bedriftssundhedsudvalget og de lokale arbejdsmiljøudvalg bør rådgive ved administrationen af tilskudsordningerne.
7. I en overgangsfase bør det offentlige yde tilskud til forsøgsordninger, eventuelt suppleret af fondsstøtte, idet det er en forudsætning at virksomhederne selv yder en del af finansieringen.

I en overgangsfase vil det være naturligt, at en del mellemstore og helt store virksomheder starter en BST. De må da selv klare finansieringen medmindre de indgår i en forsøgsordning. Når retningslinjerne for tilskudsordningerne er fastlagt, kan disse virksomheder eventuelt inddrages.

X. Udbygning og forsøgsordninger

BST - en opbygning fra grunden

Den BST, som i dag findes i Danmark, dækker kun få virksomheder, jfr. Organisationsudvalgets betænkning og notatets afsnit II om lokale arbejdsmedicinske initiativer. Med få undtagelser er det desuden kun et beskedent spektrum af de traditionelle BST-opgaver, som i dag varetages af den eksisterende BST. Ved udformning af et forslag til opbygning af en dansk BST, der skal leve op til arbejdsmiljølovens målsætning og intentioner, vil der således i realiteten være tale om en opbygning fra grunden.

Hovedprincipper bør vedtages nu

Selv om en detaljeret planlægning ikke er mulig og næppe heller ønskelig i øjeblikket, bør det ikke hindre, at hovedprincipperne for BST slås fast i overensstemmelse med overvejelserne i afsnit IV—IX.

BST for særlige risikogrupper

Tilsvarende bør de anførte forbehold ikke hindre, at der etableres BST for særlig udsatte arbejdspladser. Det bør blot sikres, at nyetablerede og allerede indkørte former for BST kan justeres i overensstemmelse med indhøstede erfaringer og den stedfundne udvikling.

Etapevis udbygning

På denne baggrund foreslås det at gennemføre en etapevis udbygning af BST. I første fase vedtages hovedprincipperne gennem lovgivningen (lov om ikrafttræden af AML § 13, jfr. AML, § 88). Sideløbende hermed gennemføres en udbygning af BST, hvor særlige hensyn til de ansattes sikkerhed eller sundhed taler for det. Tilsvarende påbegyndes en mere systematisk uddannelse af forskellige personalekategorier. Endelig foreslås en række undersøgelser (forsøg) gennemført af BST's opgaver, organisation og finansiering.

Beslutning forud for videre udbygning

På grundlag af de erfaringer, som herigenem indhøstes, foreslås den videre udbygning taget op til fornyet overvejelse ved afslutning af første etape. Først efter en beslutning omkring BST's videre udformning, udbygningstakten og tilskudsordningen gennemføres den videre udbygning af BST i 2. etape.

Manglende forudsætninger for langsigtet, detaljeret planlægning

Et forslag til en langsigtet og detaljeret plan for opbygning af en dansk BST er ikke realistisk i øjeblikket. Der foreligger ganske vist betydelige udenlandske erfaringer, men disse kan kun i en vis udstrækning overføres til danske forhold.

Et forslag til en langsigtet og detaljeret plan for opbygning af en dansk BST omfattende samtlige erhvervsaktive danskere er næppe heller ønskelig i øjeblikket med det beskedne erfaringsgrundlag, som er forhånden. I Danmark er en vis åbenhed ønskelig. Det gælder både de opgaver og personalekategorier, der skal indgå i BST, og de organisations- og finansieringsformer, der vælges. Her spiller det ikke alene ind, at erfaringsgrundlaget er spinkelt i Danmark. Det er lige så afgørende, at det samlede arbejdsmiljøarbejde ændres og udbygges i disse år med heraf følgende nye mål og krav.

Endelig vanskeliggøres en detaljeret og langsigtet planlægning af, at også hele uddannelsesapparatet for de personalekategorier, der skal indgå i BST, og det specialiserede serviceapparat, der skal betjene BST, for tiden overvejes.

Første etape

Som allerede nævnt bør lovgivningen omkring BST vedtages og sættes i kraft 1. juli 1977, således som det er forudsat i lov om arbejdsmiljø og i betænkning fra folketingets

arbejdsmarkedsudvalg af 10. december 1975. Videre bør hovedprincipperne for en dansk BST nedfældes i en bekendtgørelse med hjemmel i arbejdsmiljølovens § 13. Denne bekendtgørelse foreslås udarbejdet med udgangspunkt i de principper, som er nedfældet i dette notats afsnit IV-IX, jfr. især den punktvis resumering i afsnit XI.

Bekendtgørelsen bør træde i kraft 1. juli 1977.

I tilslutning til vedtagelse af arbejdsmiljølovens § 13 foreslås nedsat et bedriftssundhedstjenest udvalg under arbejdsmiljørådet i overensstemmelse med forslaget i afsnit VIII. Udvalget bør i første række få til opgave at rådgive ved udarbejdelsen af en bekendtgørelse om BST, etablering af uddannelses tilbud til BST's personalegrupper, nedsættelse af arbejdsmiljøudvalg i amterne med BST-underudvalg, herunder udarbejdelse af retningslinjer for disses funktion og iværksættelse af undersøgelser omkring BST. Herudover vil udvalget løbende få mere generelle opgaver, jfr. afsnit VIII.

Arbejdsmiljøudvalg - 1977

De amtslige arbejdsmiljøudvalg, herunder BST-underudvalg, nedsættes så betids, at de kan deltage i planlægning af lokale aktiviteter, dvs. senest med udgangen af 1977.

Undervisning - efteråret 1977

En vigtig forudsætning for, at udbygning af BST kan komme i gang for alvor, er, at der hurtigst muligt etableres en systematisk uddannelse af BST's personale. I Organisationsudvalgets betænkning er der peget på, at det dér foreslåede bedriftssundhedsudvalg forestår udviklingen, at kurserne henlægges til arbejdsmiljøinstituttet, og at de organisationer, som har udarbejdet betænkningen, nedsætter et kursusudvalg, der så hurtigt som muligt tager initiativ til at starte en kursusaktivitet.

Et sådant kursusudvalg er endnu ikke nedsat, men Den alm. danske Lægeforening har på eget initiativ gennemprøvet det i betænkningen foreslåede kursus for bedriftslæger.

Det foreslås derfor, at bedriftssundhedsudvalget under Arbejdsmiljørådet straks tager dette arbejde op og udarbejder kurser for bedriftslæger, bedriftssundhedsplejersker og fysioterapeuter samt ergoterapeuter. Ud-

valget bør videre optage kontakt med arbejdsmiljøfondet med henblik på at opnå støtte til finansiering og rådgivning ved tilrettelæggelse af kurserne, idet det dog understreges, at såvel den faglige ledelse som den egentlige planlægning henlægges til AMI. På længere sigt bør kursustilbud til andre end de her nævnte personalegrupper overvejes (sikkerhedsingeniører, arbejdshygiejnere m. fl.).

Kursus for bedriftslæger

På grundlag af de erfaringer, som er indhøstet gennem det første kursus for bedriftslæger (14 dage og 28 deltagere) foreslås dette kursus udvidet til 3 uger, men med den samme procentvis fordeling imellem de enkelte fag. Deltagerantallet foreslås reduceret til ca. 20. Videre foreslås gennemført 3 kurser over en 2-årig periode svarende til ca. 30 læger pr. år. Første kursus bør gennemføres senest efteråret 1977.

Da ingen eller kun meget få kan deltage i et sådant kursus på egen regning, foreslås deltagegelse gjort frit for de optagne. Udgifterne vil skønsmæssigt andrage:

Undervisning (timeløn, ledelse, administration m. v.	80.000 kr.
Ophold (internat), 20 deltagere à 200 kr.	60.000 -
i 3 X 5 dage.	
Tilskud til rejser, administration m. v.	10.000 -
I alt	150.000 kr.

Kursus for bedriftssundhedsplejersker

Tilsvarende bør etableres kursus for bedriftssundhedsplejersker efter samme retningslinjer som for bedriftslæger. Indledningsvis foreslås et 2-ugers kursus med 3 kurser pr. år eller ca. 60 uddannede bedriftssundhedsplejersker pr. år. Efter ét år bør en udvidelse overvejes, således at kurset udvides til 1 måned. Ved udvidelsen bør især basal viden fra sundhedsplejerskeuddannelsen ved sygeplejerskehøjskolerne i Århus og København inddrages. Første kursus bør etableres senest efteråret 1977.

Udgifterne for 1. år anslås pr. kursus til:	
Undervisning (timeløn, ledelse, administration m. v.)	26.000 kr.

Ophold (internat) 20 deltagere
i 2 X 5 dage à 200 kr. 40.000 -
Tilskud til rejser. 6.000 -
I alt 72.000 kr.

2. og efterfølgende år:

Undervisning 52.000 kr.
Ophold (internat) i 4 X 5 dage .. 80.000 -
Tilskud til rejser. 12.000 -
I alt 144.000 kr.

Kursus for fysio- og ergoterapeuter

Endelig bør kurser for fysioterapeuter og ergoterapeuter etableres. Da disse personalekategorier i deres grunduddannelse har en lang række fag med langt tættere tilknytning til BST-arbejdet, foreslås kurserne begrænset til 2-ugers kurser. Der foreslås 3 kurser pr. 2 år med 20 deltagere pr. kursus eller 30 uddannede pr. år.

Udgifterne pr. kursus svarer til udgifterne for bedriftssundhedsplejerskerne for 1. år eller ca. 72.000 kr. pr. kursus.

BST for særlig udsatte virksomheder - 1978-1982

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at gennemføre en systematisk og relevant opdeling af danske brancher, virksomheder eller enkeltarbejdssteder efter forskellige grader af arbejdsmiljørisici, hverken med hensyn til fysiske, psykiske eller sociale risici. Alligevel foreligger der et betydeligt erfaringsmateriale fra Arbejdstilsynets tilsynsarbejde og forskellige arbejdsmiljøundersøgelser, først og fremmest AMG's arbejdsmiljøundersøgelse fra Rapport nr. 2, der gør det muligt at udpege en række særlig udsatte brancher og virksomhedstyper.

Med hjemmel i arbejdsmiljølovens § 13 og med udgangspunkt i den foreslåede bekendtgørelse om BST foreslås det, at der over en periode på 5 år etableres en foreløbig BST for denne gruppe af virksomheder, idet en justering kan komme på tale på grundlag af erfaringerne fra første etape og i tilslutning til den foreslåede planlægning af anden etape.

Forslag til prioritering

De brancher og virksomhedstyper, som foreslås inddraget, er for det første sådanne virksomheder,

somheder, som i særlig grad rummer risici for erhvervelse af velkendte arbejdsmiljøsygdomme, såsom silikose, metalforgiftninger (bly- og kviksølvforgiftning), opløsningsmiddelforgiftninger og andre kemiske forgiftninger og eksem.

Virksomheder med velkendte risici

Følgende brancher og virksomhedstyper falder i særlig grad ind under denne kategori:

Sten-, ler- og glasindustrien, hvor først og fremmest silikosefarligt støv og andet støvlungesygdomsfremkaldende støv især kan forekomme. Denne gruppe virksomheder har desuden en række andre betydelige arbejdsmiljørisici, såsom støj- og eksemrisici, klimapåvirkninger og støvpåvirkninger.

Kemisk industri og mineralolie- samt asfaltindustri. Når disse industrier foreslås inddraget, er det, fordi de ansatte i særlig grad udsættes for hele det brede spektrum af kemikalier, som i dag anvendes i samfundet. Desuden vil arbejdet med nye stoffer først foregå i disse brancher, hvorved eventuelle sundhedsrisici først kan påvises her.

Jern- og metalværker, jernstøberier. Denne gruppe af virksomheder rummer traditionelt en lang række velkendte ulykkes- og sundhedsfarer. Silikoserisikoen i støberibranchen er velkendt, men også andre sundhedsfarlige støvforekomster og gasarter kan forekomme. Dernæst er disse industrier præget af en række voldsomme fysiske og klimatiske påvirkninger (støj, vibrationer, tunge byrder og kulde- og varmpåvirkninger).

Skibsværfter og bådbyggerier. Skibsværfterne foreslås inddraget, da disse arbejdspladser længe har rummet en lang række arbejdsmiljøproblemer af samme type som omtalt under jern- og metalværker samt jernstøberier. Herudover kan nævnes svejseproblemer og problemer omkring malerarbejde. Bådbyggerier er inddraget på grund af især problemer med organiske opløsningsmidler (styren).

Garverier, lædervareindustri - gummiindustri. Disse industrier har traditionelt haft især en række sundhedsrisici på grund af arbejde med en række forskellige kemiske stoffer. Specielt kan nævnes eksemrisici og sundhedsfarlige organiske opløsningsmidler. Garverier og lædervareindustri er i AMG-arbejdsmiljøundersøgelse noteret for særlig

mange fysisk-kemiske påvirkninger og har en relativ høj symptomfrekvens samt stressindeks foruden en ret høj ulykkesfrekvens.

Andre virksomheder

Dernæst foreslås en mere broget gruppe af virksomheder inddraget med særlig mange klager over fysisk-kemiske påvirkninger, generelle sygdomssymptomer, ulykkesrisici og stress. Følgende brancher og virksomhedstyper falder i særlig grad ind under denne kategori:

Bygge- og anlægsbranchen. Denne branche rummer en broget blanding af arbejdsmiljørisici. For det første har branchen langt den højeste ulykkesfrekvens pr. 100 ansatte i Danmark. Dernæst rummer den i stigende grad sundhedsrisici som følge af arbejde med nye typer bygningsmaterialer (forskellige plaststoffer, malingstyper med højt indhold af organiske opløsningsmidler, trækonserveringsmidler m. v.). Endelig udsættes forskellige grupper for voldsomme klimatiske påvirkninger, fysiske påvirkninger, løft af tunge byrder m. v.

Renovationsvirksomhed og kloakvæsen rummer en lang række risici for udsættelse for forskellige sundhedsfarlige gasarter og infektioner.

Slakteri, kødwarefabrikation mv. foreslås inddraget på grund af særlige ulykkesrisici, men tillige fordi disse brancher i AMG's arbejdsmiljøundersøgelse havde en høj procent af gene- og sygdomssymptomer og fysisk-kemiske påvirkninger. Endelig vil en BST-ordning for denne type virksomheder være hensigtsmæssig af hensyn til sundheds- og veterinærmyndighedernes krav til produktkontrol.

Skotøjsfabrikation, konfektionsfabrikation, sukkervare- og chokoladefabrikation og tobaksindustrien er alle i AMG's arbejdsmiljøundersøgelse rangeret højt, hvad angår såvel sygdomssymptomer som ud fra det opstillede stressindeks.

Ud fra oplysningerne fra Statistisk Årbog 1975: Befolkningens fordeling på erhverv ved folketællingen 1970, tabel 19, er der foretaget en beregning over antal personer i erhverv 1970 i de anførte brancher. Der kan være visse mindre forskudninger siden opgørelsen i 1970, og tallene bør tages med et vist forbehold.

Kemisk industri	22.400
Mineralolie- og asfaltindustri	4.100
Sten-, ler- og glasindustri	29.700
Jern- og metalværk, jernstøberi	12.400
Skibsværfter og bådebyggerier	23.000
Garverier og lædervareindustri	3.000
Gummiindustri	4.500
Bygge- og anlægsvirksomhed	210.500
Renovationsvirksomhed og kloakvæsen	2.000
Slakteri, kødwarefabrikation m. v.	25.200
Skotøjsfabrikation	4.700
Konfektionsfabrikation	17.000
Sukkerware- og chokoladefabrikation	3.700
Tobaksindustri	6.000
	368.200

1 oplysningerne fra Danmarks Statistik vil der være inkluderet såvel faglærte som ufaglærte arbejdere, forskellige funktionærgrupper og selvstændige, enlige erhvervsdrivende.

Listen skal ses som et minimumsforslag, der samtidig danner grundlag for en samlet budgettering og ramme for udbygningen i første etape.

BST-centre, brancheordninger og BST for store virksomheder

I listen vil der indgå samtlige virksomhedsstørrelser. Alle tre modeltyper for BST omtalt i afsnit VI vil derfor komme på tale. Således vil det være naturligt at organisere BST for bygge- og anlægsområdet i en brancheorienteret BST i stil med den svenske Bygghälsan.

I første fase foreslås anvendt en i forhold til Organisationsudvalgets forslag højere norm for antallet af arbejdstagere pr. personalekategori i BST. Herved tages der hensyn til såvel den usikkerhed, der hersker omkring normeringsfaktorerne for de forskellige personalekategorier som ønsket om en gradvis udbygning af BST på grundlag af indhøstede erfaringer.

Sættes som foreløbig norm for udbygningen 1 bedriftslæge/5.000 ansatte (arbejdere, såvel som funktionærer), 1 fysio/ergoterapeut/5.000 ansatte, 2 sygeplejersker/5.000 ansatte og 1 sekretær/5.000 ansatte, fås følgende udgiftsoverslag for femte år, idet udgifterne er beregnet på grundlag af oplysningerne i Organisationsudvalgets betænkning

og korrigeret for udgiftsstigningen, idet der hermed ikke er taget stilling til den nøjagtige lønmæssige indplacering, der beror på forhandling mellem de forhandlingsberettigede parter:

73 bedriftslæger á 220.000 kr. =	16,0 mill. kr.	
146 bedriftssygeplejersker		
á 90.000 kr.	13,0	- -
73 fysio/ergoterapeuter		
á 90.000 kr. =	7,0	- -
73 sekretærer á 70.000 kr. = ..	5,0	- -
I alt ca.	41,0 mill. kr.	
Etablering:		
73 BST á 58.000 kr. =	4,0	- -
I alt ca.	45,0 mill. kr.	
Diverse driftsomkostninger:		
10 pct. heraf	4,5	- -
Total ca.	49,5 mill. kr.	

For hver BST vil de gennemsnitlige udgifter skønsmæssigt andrage ca. 680.000 kr./år eller ca. 136 kr. pr. erhvervsaktiv omfattet af BST.

Tilskud

I afsnit IX er det anført, at udgifterne bør bæres af virksomhederne, men at der bør ydes et tilskud fra det offentlige. For at sikre igangsættelse af denne udbygningsplan foreslås en tilskudsordning på de i Organisationsudvalget foreslåede 20 pct. af totaludgifterne eller ca. 10 mio. kr. Denne tilskudsordning kan siden revideres efter afslutning af første etape.

15 nye BST pr. år

Selve igangsættelsen bør som tidligere anført gennemføres over en 5-årig periode eller med ca. 15 pr. år. Fordelingen af BST på centre, brancher og store virksomheder bør planlægges med rådgivende bistand af bedriftssundhedsudvalget. Af hensyn til sikring af BST for små og mellemstore virksomheder inden for de før omtalte virksomhedstyper, skal der placeres mellem 2 og 5 BST-centre i hvert amt, således at der i hele landet over en 5-årig periode etableres ca. 50 BST-centre, mens de resterende 25 BST fordeles på brancher og store virksomheder.

Andre initiativer

Ud over de nævnte virksomheder vil der givet være en række andre virksomhedstyper, der i denne periode ønsker at etablere en BST. Dette kan selvfølgelig gennemføres, og med den planlagte kursusvirksomhed er der sikret et vist overskud af uddannet personale. Der vil blot ikke være mulighed for at opnå økonomisk tilskud til anden form for BST-aktivitet.

Undersøgelse over BST 1978-1980

I første etape foreslås endelig gennemført en række undersøgelser over BST med det formål at vurdere hensigtsmæssigheden i de foreslåede organisationsformer, forholdet mellem forebyggende og behandlende opgaver, samarbejdsrelationerne, udgiftkomplekset, herunder nyttevirkningen af BST, og bemandingsnormerne. Undersøgelserne bør videre danne grundlag for den videre planlægning af 2. etape og eventuelt af tilskudsordningen.

Arbejdstilsynet har tidligere i projektforslag 1975 »Forskning for et bedre arbejdsmiljø« i projekt nr. 18 stillet forslag om udforskning af nyttevirkningen af BST. Dette projektforslag foreslås nu udvidet og omformuleret, så det dækker de ovenfor beskrevne formål.

Undersøgelserne bør omfatte BST-centre for små og mellemstore virksomheder og BST for helt store virksomheder. BST for brancher søges ikke primært inddraget; desuden er en brancheorienteret BST foreslået oprettet for bygge- og anlægsbranchen, hvor erfaringer vil kunne indhentes fra den svenske Bygghälsan.

Da undersøgelserne skal danne grundlag for planlægningen af 2. etape, bør de omfatte et bredt spektrum af virksomheder, såvel inden for som uden for rammerne af 1. etape.

Styring af undersøgelserne

Selve styringen af undersøgelserne foreslås henlagt til styringsgrupper med repræsentation fra de virksomheder og arbejdstagere, som undersøgelserne berører, lokale repræsentanter fra amtets arbejdsmiljøudvalg, bedriftssundhedsudvalget, arbejdstilsynet og den eller de institutioner, som skal forestå den egentlige tilrettelæggelse og bearbejdning af undersøgelserne.

Indledende planlægning - Arbejdstilsynet
 Den overordnede planlægning af undersøgelserne med udarbejdelse af foreløbigt projekt og budget samt etablering af kontakter til egnede virksomheder, forskningsinstitutioner m. v. foreslås varetaget af Arbejdstilsynet i nært samarbejde med det rådgivende bedriftssundhedsudvalg.

Til brug for dette arbejde og af hensyn til den samlede oversigt over første etape og dens udgiftsramme er nogle generelle ønsker og retningslinjer beskrevet i bilag 11, ligesom der her er gennemført et groft skøn over budgettet. Det understreges dog, at der kun er tale om et eksempel.

Tidsplan

Det kan resumeres, at undersøgelserne foreslås planlagt af arbejdstilsynet og bedriftssundhedsudvalget i foråret 1977. Detailplanlægningen foreslås gennemført i sidste halvdel af 1977, således at selve undersøgelsen kan starte ca. 1. januar 1978 og løbe over 2 år. Bearbejdningen af data, rapportskrivning m. v. beregnes afsluttet i midten af 1980, hvilket giver ca. 1 Vi år til videre bearbejdning af resultaterne med henblik på revision af lovgivning og tilskudsordning samt planlægning af anden etape 1982.

Udgifterne:

Til etablering og drift af BST centre i 5 år (omfattende 3.000 arbejdstagere):	3.630.000 kr.
Heraf udgør offentlige tilskud. .	1.314.400 -
Til etablering og drift af BST i 5 år på stor virksomhed (ca. 1.500 arbejdstagere). . . .	1.875.000 -

Heraf udgør offentlige tilskud .	601.000 -
Til selve undersøgelsen (3 år) finansieret over fonds og andre offentlige midler.	1.320.000 -

En detailprojektering og budgetudarbejdelse afhænger af en lang række konkrete forhold, herunder mulighederne for at finde egnede virksomheder og kontrolområder. Udarbejdelsen af projektoplæg må derfor afvente de overvejelser og forhandlinger, som Arbejdstilsynet og bedriftssundhedsudvalget skal foretage.

2. etape - 1983-

I indledningen til forslag til første etape er det konkluderet, at udbygningen af BST i Danmark bør gennemføres etapevis for at sikre mulighed for justering af såvel indholdet i BST som udgifterne til denne. En tilsvarende etapevis udbygning af BST er ikke gennemført systematisk i andre vestlige lande. Den svarer dog ret nøje til den faktiske udvikling i såvel de skandinaviske lande som i en række EF-lande, hvor udviklingen som oftest er begyndt mere tilfældigt med lokale aftaler og overenskomster, der gradvis er taget op i lovgivningen og gjort stadig mere generelle og udbredte.

Det foreslås derfor, at der ca. 1-1V2 år før, første etape er gennemført, påbegyndes en grundig gennemgang af de indhøstede erfaringer - såvel fra de planlagte undersøgelser som mere generelle erfaringer. På dette grundlag bør en justering overvejes. Endvidere foreslås nye planer udarbejdet for en videre udbygning af BST for nye brancher og virksomheder og for allerede eksisterende former for BST.

XL En oversigt over notatet med tids- og budgetschema

Indledning

Her refereres nogle politiske forudsætninger fra arbejdsmarkedsudvalgets betænkning over forslaget til lov om arbejdsmiljø omkring embedsmandsgruppens nedsættelse og udskydelsen af ikrafttrædelsen af lovens § 13 om bedriftssundhedstjeneste.

Arbejdsmarkedsudvalgets flertal finder, at den politiske beslutning om den fremtidige sundhedstjenestes opbygning må afvente embedsmandsgruppens arbejde, som har til formål at sikre et økonomisk-administrativt holdbart grundlag, inden det endelige forslag om BST udformes.

Flertallet har lagt vægt på, at arbejdsministeren over for udvalget har betonet, at han i folketingssamlingen 1976-77 regner med, at overvejelserne om udformningen af BST vil være afsluttet, og at der på denne baggrund vil være mulighed for at forelægge folketinet et konkret forslag herom.

Afsnit I:

Virksomhedernes sikkerheds- og sundhedsarbejde efter arbejdsmiljøloven

Det er arbejdsmiljølovens intention, at virksomhedernes egen arbejdsmiljøindsats på bl. a. det arbejdsmedicinske område skal styrkes gennem etablering af en bedriftssundhedstjeneste.

Endvidere giver loven arbejdsministeren hjemmel til at fastsætte regler om, at virksomheder (arbejdsgivere) skal stille sagkyndig bistand til rådighed for sikkerhedsarbejdet, hvor hensynet til de ansattes sikkerhed eller sundhed taler for det.

Afsnit II:

Dansk materiale om bedriftssundhedstjeneste

Da notatet i væsentlig grad bygger på organisationsudvalgets betænkning af marts 1975 om en dansk bedriftssundhedstjeneste, er uddraget af betænkningens resumé gengivet,

ligesom organisationernes udtalelser over betænkningen er gengivet i notatets bilag 1.

1. Arbejdsmiljøgruppens foreløbige vurdering af organisationsudvalgets forslag er gengivet i uddrag.

2. Endvidere indeholder afsnittet en beskrivelse af en række eksempler på lokale initiativer, forsøg og undersøgelser på det arbejdsmedicinske område. Disse initiativer udspringer af det erkendte behov for en betydelig styrkelse af den arbejdsmedicinske indsats.

Afsnit III:

Bedriftssundhedstjeneste i andre lande

I notatet behandles andre landes bedriftssundhedstjeneste i følgende fem bilag:

Bilag 5: Organisationsudvalgets betænkning, afsnit 4, om bedriftssundhedstjeneste i andre lande (Norge, Sverige, Finland, EF-regler, Vesttyskland, Frankrig, Holland)

Bilag 6: ILO-henstilling nr. 112 af 1959 om indførelse af sundhedstjeneste på arbejdspladserne

Bilag 7: EF-kommissionens henstilling nr. 20/1962 (samt motiver) til medlemslandene om ved lovgivning at sikre en harmonisering af bedriftslægeordningerne

Bilag 8: Den tyske lov af 12. december 1973 om bedriftslæger, sikkerhedsingeniører m. v. samt en Unfallverhütungsvorschrift om bedriftslæger

Bilag 9: § 30 om verne- og helsepersonale i det norske forslag til lov om arbejderværn og arbejdsmiljø m. v.

Afsnit IV:

Opgaverne for en bedriftssundhedstjeneste i Danmark

Her gennemgås opgaverne for en BST, således som de er beskrevet i organisationsudvalgets betænkning. Det konkluderes, at organisationsudvalgets gennemgang af BST-opgaver i det store og hele er dækkende og ve-

legnet til at beskrive opgaverne i en dansk BST.

Det bemærkes dog, at en række af de skitserede opgaver hører ind under de opgaver, som sikkerhedsorganisationen ifølge lov og bekendtgørelser skal varetage. Den fremtidige fordeling og koordination af opgaver mellem sikkerhedsorganisation og BST behandles i notatets afsnit V.

Der peges endvidere på, at en række BST-opgaver fremover kan blive lovbundne, idet arbejdsmiljølovens § 13, stk. 3, og § 63 giver arbejdsministeren hjemmel til at fastsætte regler dels om BST's opgaver, dels om lægeundersøgelser, f. eks. for blyforgiftning og høreskader.

I notatet peges på nødvendigheden af en regelmæssig rapportering eller tilbagemelding fra BST om, såvel lovbundne opgaver som om undersøgelser og eventuelle fund af arbejdsmiljøskader. Regler herom bør knyttes tæt sammen med tilsvarende regler for sikkerhedsorganisationen.

Afsnit V:

Struktur og organisation

Som udgangspunkt knyttes de generelle overvejelser omkring BST's struktur og organisation af en lang række grunde tæt til den interne sikkerhedsorganisations funktion og organisation.

En integration af BST i virksomhedernes interne sikkerhedsorganisation vil sikre en koordinering af sikkerhedsorganisationens og BST's indsats og derigennem forhindre dobbeltarbejde og kompetencestridigheder.

Integrationen vil desuden øge begge organers mulighed for en effektiv indsats. Sikkerhedsorganisationen får den nødvendige medicinske ekspertise, og BST kan trække på sikkerhedsorganisationens teknikere og den teknisk-hygieniske assistance efter § 12 i AML og drage nytte af sikkerhedsorganisationens brede kontakt til virksomhedernes enkelte afsnit og de enkelte medarbejdere.

En integration vil desuden placere BST naturligt i virksomhedernes organisation.

En integration vil betyde en administrativ forenkling i tilsynsarbejdet, idet det vil være en videreførelse af det administrative princip, som i øjeblikket gennemføres i arbejdstilsynets kredse, direktoratet og det kommende arbejdsmiljøinstitut, hvor en udbyg-

ning med medicinsk uddannet personale finder sted.

Det vil være nødvendigt, at integrationen foregår i en rolig og naturlig udbygningstakt.

I overvejelserne omkring organiseringen af BST peges der på vigtigheden af et naturligt og gnidningsfrit samarbejde mellem BST, den primære sundhedstjeneste og socialektoren. Dette sikres dels ved at inddrage sundheds- og socialektoren i styringen af BST såvel på centralt som lokalt plan, dels ved at placere BST for små og mellemstore virksomheder lokalt i tilslutning til eksisterende lægehuse eller andre større enheder i den primære sundhedstjeneste.

En anden væsentlig faktor i overvejelserne omkring organiseringen af en kommende BST er erhvervslivets struktur, geografiske placering og produktionens art samt de dermed forbundne arbejdsmiljørisici.

Også ressourcespørgsmål indgår i de samlede overvejelser omkring struktureringen og organiseringen af en BST i Danmark. Det gælder de direkte udgifter til oprettelse og drift af BST samt de indirekte afledte udgifter; det gælder mulighederne for at rekruttere et veluddannet personale.

Det konkluderes, at det ikke over et kortere åremål vil være muligt at forsyne samtlige danske erhvervsudøvere med en optimal BST, der kan varetage samtlige skitserede opgaver på en fagligt fuldt forsvarlig måde.

Endvidere omtales målsætning for BST og prioritering af opgaver, og der henvises til bemærkningerne til arbejdsmiljølovens § 1 og den der omtalte udvidede forståelse af begrebet »et sikkert og sundt arbejdsmiljø«.

I afsnittet behandles visse mere specielle forhold. Det vil være nødvendigt at pålægge BST tavshedspligt. De retningslinjer, der i organisationsudvalgets betænkning er givet for ansættelse og afskedigelse af BST-personale tiltrædes. BST skal sikres fuld indsigt i virksomhedernes produktionsforhold og tages med på råd ved produktionsplanlægning, produktionsændringer m. v.

På baggrund af de generelle og mere specielle struktur- og organisationsovervejelser konkluderes:

1) BST skal opbygges integreret i sikkerhedsorganisationen og fungere som sikker-

hedsorganisationens sagkundskab i sundhedsmæssige spørgsmål. Denne integrering tilgodeses gennem ansættelsesproceduren, udformningen af BST's opgaver på den enkelte virksomhed og deltagelse i tilrettelæggelse af opgaver på den enkelte virksomhed.

2) Den tekniske sagkundskab, som er nødvendig i BST's arbejde, forefindes allerede i en vis udstrækning i sikkerhedsorganisationen, men bør fremover udbygges med en særlig teknisk-hygienisk sagkundskab og langt mere systematisk indgå i denne. Arbejdsmiljølovens § 12 giver allerede arbejdsministeren mulighed for at fastsætte regler om, at virksomhederne skal stille sagkyndig bistand til rådighed for sikkerhedsarbejdet.

3) En kommende revision af bekendtgørelse om den interne sikkerhedsorganisation bør foregå under hensyntagen til pkt. 1 og 2.

4) BST bør principielt være til rådighed for samtlige arbejdstagere (erhvervsudøvere) i Danmark (ca. 2,5 mio.), idet målet nås i løbet af en gradvis udbygning.

5) Den danske erhvervsstruktur er præget af talrige middelstore og små virksomheder, hvilket er en væsentlig faktor i de organisatoriske overvejelser.

6) Såvel de personalemæssige som de økonomiske ressourcer er sparsomme, hvilket nødvendiggør en prioritering af udbygningstakten og de opgaver, som skal tages op.

7) Ansættelsesforholdene for BST's personale skal sikre et gensidigt tillidsforhold mellem BST og virksomhedens parter.

8) BST skal sikres fuld indsigt i virksomhedens produktionsforhold.

9) BST's opgaver skal løses under hensyntagen til lægelovens og offentlighedslovens bestemmelser og principper om tavshedspligt.

10) BST skal endelig etablere et snævert samarbejde med sundheds- og socialvæsenet, først og fremmest den primære sundhedstjeneste, således at dobbeltarbejde og eventuelle kompetenceproblemer undgås.

Afsnit VI:

Organisationsmodeller

Det findes ikke hensigtsmæssigt at fastlåse BST til en enkelt principmodel; men tre principmodeller skitseres:

1. Bedriftssundhedscentre
2. Branchevis organiseret BST
3. BST for enkeltvirksomheder

Afsnittet indeholder en argumentation for valget af disse tre modeller, og det findes relevant i de kommende år at starte kontrolrede forsøgsordninger.

Afsnit VII:

Ansættelsesforhold og bemanning

Det er kun muligt at angive mere generelle personalerammer.

Det medicinske personale består af: 1) læger, 2) bedriftssygeplejersker, 3) ergoterapeuter-fysioterapeuter, 4) andet hjælpepersonale (sygemedhjælpere og sekretærer).

Det tekniske personale kan være sikkerhedsingeniører og arbejds-hygienikere eller anden sagkundskab, f. eks. købt hos rådgivende firmaer uden for virksomheden (AML § 12).

Såfremt BST fremover tillægges opgaver omkring trivselsprægede problemer, kan psykologer og socialrådgivere inddrages.

Organisationsudvalgets beskrivelse af kompetenceforholdene mellem de forskellige personalekategorier tiltrædes, idet det præciseres, at sikkerhedsudvalget bør deltage i den konkrete opgaveformulering.

Ligeledes tiltrædes organisationsudvalgets procedure for ansættelse og afskedigelse af BST-personel, idet det betones, at spørgsmål om uenighed om funktioner efter bekendtgørelser bør følge den normale ankeprocedure: kreds, direktorat, ministerium. Anke bør have opsættende virkning.

Generelle normtal for forholdet mellem antal arbejdslæger og de forskellige personalekategorier er i afsnit X givet som et foreløbigt forslag til udbygningstakt.

På undervisnings- og uddannelsesområdet tiltrædes organisationsudvalgets konklusioner, idet det dog findes rigtigst, at den fremtidige planlægning og koordination af uddannelsen henlægges til BST-udvalget under AMR, jfr. afsnit VIII.

Afsnit VIII:

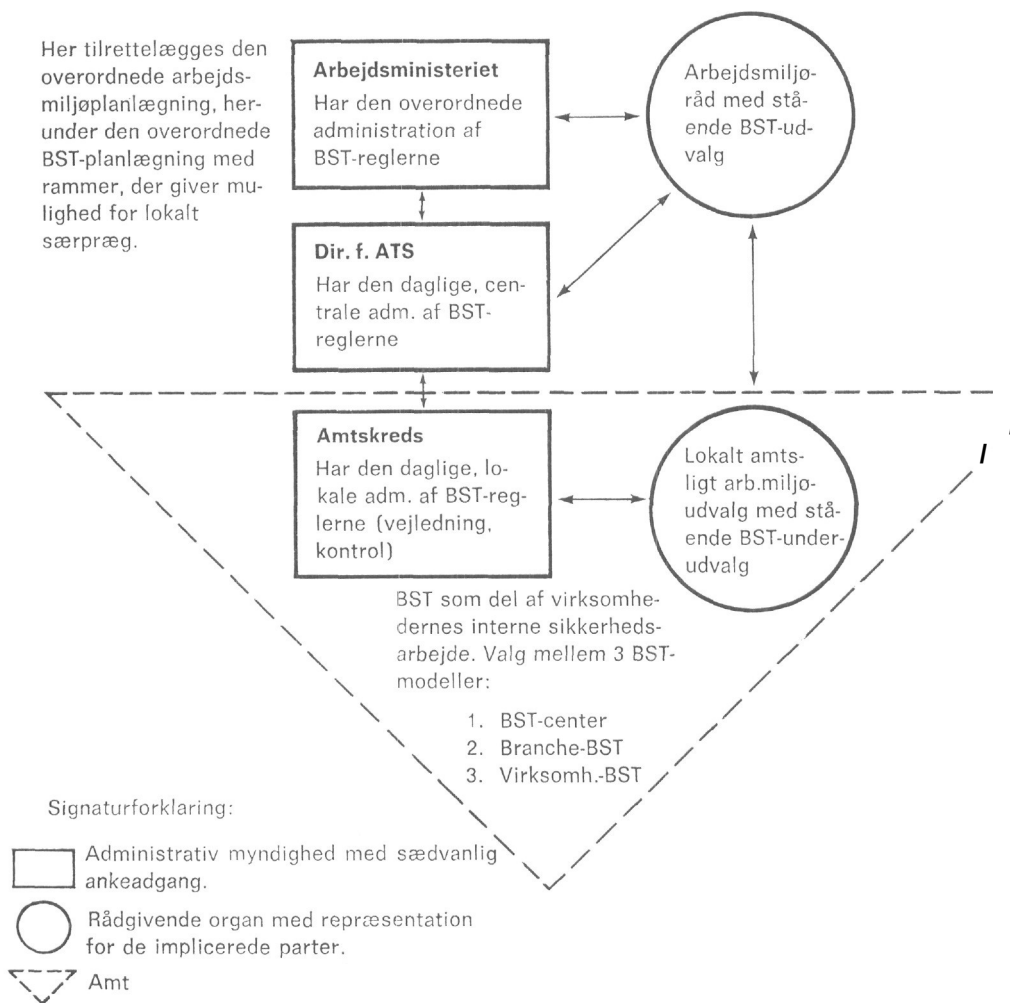
Styring

Opbygningen og styringen af en BST i Danmark bør ske i et samarbejde efter arbejdsmiljølovens organisatoriske principper mel-

lem de administrative myndigheder, arbejdsministeriet og arbejdstilsyn og de rådgivende organer, der rummer repræsentation

for de implicerede parter. Den foreslåede styringsmodel gengives her:

STYRINGSMODEL



Afsnit IX:

Omkostninger og finansiering

Efter en række økonomiske overvejelser konkluderes, at det ikke p. t. er muligt at tilvejebringe en acceptabel oversigt over udgifterne ved etableringen af en fuldt udbygget dansk BST og slet ikke alternative udgiftsberegninger til brug ved den politiske beslutningsproces. I de kommende års kontrollede forsøg bør udgiftskomplekset inddrages som et centralt punkt. Erfaringer herfra bør

lægges til grund for den videre styring af udbygningstakten og udfærdigelse af konkrete retningslinjer for BST's opgaver og organisation.

Uafhængig heraf bør hovedprincipperne for udbygningen af BST i Danmark, således som de er beskrevet i afsnit X, fastlægges nu.

Angående finansieringen af en kommende BST i Danmark konkluderes:

1. Finansieringen af BST er primært en

virksomhedsopgave, idet produktionen og de arbejdsmiljørisici, som denne rummer, må bære udgifterne.

2. Finansieringen skal være enkel i administrativ henseende, hvorfor en kollektiv fondsfinansiering er mindre hensigtsmæssig.

3. Den del af BST's funktion, som i øjeblikket varetages af det offentlige og finansieres over skatterne, bør refunderes.

4. Særligt tilskud til de små virksomheder kan blive nødvendigt for at sikre disse en BST.

5. Tilskudsordningerne og refusionerne bør udformes så enkelt, at de let kan administreres. En samlet procentsats -- eventuelt graderet efter virksomhedsstørrelser - er en mulig løsning.

6. Arbejdsmiljørådet, bedriftssundhedsudvalget og de lokale arbejdsmiljøudvalg bør rådgive ved administrationen af tilskudsordningerne.

7. I en overgangsfase bør det offentlige yde tilskud til forsøgsordninger, eventuelt suppleret af fondsstøtte, idet det er en forudsætning, at virksomhederne selv yder en del af finansieringen.

I en overgangsfase vil det være naturligt, at en del mellemstore og helt store virksomheder starter en BST. De må da selv klare finansieringen, medmindre de indgår i en forsøgsordning. Når retningslinjerne for tilskudsordningerne er fastlagt, kan disse virksomheder eventuelt inddrages.

Afsnit X:

Udbygning og forsøgsordninger

Selv om en detaljeret planlægning ikke er mulig og næppe heller ønskelig i øjeblikket, bør det ikke hindre, at hovedprincipperne for en kommende BST i Danmark fastlægges i overensstemmelse med overvejelserne i afsnit IV til IX.

Ligeledes bør de anførte forbehold ikke hindre, at der hurtigt etableres BST for særligt udsatte arbejdspladser, når blot det sikres, at nyetablerede og allerede indkørte former for BST kan justeres i overensstemmelse med indhøstede erfaringer og den stedfundne udvikling.

På denne baggrund foreslås det at gennemføre en etapevis udbygning af BST. I

første fase vedtages hovedprincipperne gennem lovgivningen. Sideløbende hermed gennemføres en udbygning af BST, hvor særlige hensyn til de ansattes sikkerhed eller sundhed taler for det. Tilsvarende påbegyndes en mere systematisk uddannelse af forskellige personalekategorier. Endelig foreslås en række undersøgelser (forsøg) gennemført af BST's opgaver, organisation og finansiering.

På grundlag af de erfaringer, som herigenem indhøstes, foreslås den videre udbygning taget op til fornyet overvejelse ved afslutning af første etape. Først efter en beslutning omkring BST's videre udformning, udbygningstakten og tilskudsordningen gennemføres den videre udbygning af BST i 2. etape.

Lovgivningen omkring BST bør vedtages og sættes i kraft 1. juli 1977, således som det er forudsat i lov om arbejdsmiljø og i betænkning fra folketingets arbejdsmarkedsudvalg af 10. december 1975. Videre bør hovedprincipperne for en dansk BST nedfældes i en bekendtgørelse med hjemmel i arbejdsmiljølovens § 13. Denne bekendtgørelse foreslås udarbejdet med udgangspunkt i de principper, som er nedfældet i dette notats afsnit IV-IX, jfr. især den punktvis resumering i afsnit XI.

Bekendtgørelsen bør træde i kraft 1. juli 1977.

I tilslutning til vedtagelse af arbejdsmiljølovens § 13 foreslås nedsat et bedriftssundhedstjenesteudvalg under arbejdsmiljørådet i overensstemmelse med forslaget i afsnit VIII. Udvalget bør i første række få til opgave at rådgive ved udarbejdelsen af en bekendtgørelse om BST, etablering af uddannelses tilbud til BST's personalegrupper, nedsættelse af arbejdsmiljøudvalg i amterne med BST-underudvalg, herunder udarbejdelse af retningslinjer for disses funktion og iværksættelse af undersøgelser omkring BST. Herudover vil udvalget løbende få mere generelle opgaver, jfr. afsnit VIII.

De amtslige arbejdsmiljøudvalg, herunder BST-underudvalg, nedsættes så betids, at de kan deltage i planlægning af lokale aktiviteter, dvs. senest med udgangen af 1977.

Med hjemmel i arbejdsmiljølovens § 13 og med udgangspunkt i den foreslåede bekendtgørelse om BST foreslås det, at der over en periode på 5 år etableres en foreløbig BST for en gruppe af særlig udsatte virksomhe-

der efter notatets forslag til prioritering. Ligeledes foreslås i første etape gennemført en række kontrollerende forsøg, jfr. bilag 11.

Tids- og budgetschema over første etape gengives på omstående side.

Skema over udbygningen og udgifterne for første etape i 1976-priser

År	BST				UDDANNELSE				FORSØG			
	Antal		Udgifter		Antal uddannede			Udgifter	Udgifter			
	Nye	I alt	Samlede udgifter	Heraf offentlige	Læger	Sygeplejersker	Fysio/ergoterap.		Samlede udgifter	Offentlige udgifter	Virksomhedsudgifter	Forskningsudgifter
1977*												220.000
1978	13	13	8,8 mill.	1,8 mill.	40	60	40	300.000 216.000 144.000	1.223.000	489.200	733.800	440.000
1979	15	28	19,0 mill.	3,8 mill.	20	60	20	150.000 432.000 72.000	1.223.000	489.200	733.800	440.000
1980	15	43	29,2 mill.	5,8 mill.	40	60	40	300.000 432.000 144.000	1.223.000	366.900	856.100	220.000
1981	15	58	39,4 mill.	7,9 mill.	20	60	20	150.000 432.000 72.000	1.223.000	305.750	917.250	
1982	15	73	49,6 mill.	9,9 mill.	40	60	40	300.000 432.000 144.000	1.223.000	244.600	978.400	
I alt	73	73	146,0 mill.	29,2 mill.	160	300	160	3,7 mill.	6,1 mill.	1,9 mill.	4,2 mill.	1,3 mill.

Samlet antal BST (incl. forsøgsordning) i 1982: 75

Samlede offentlige udgifter for perioden 1977-1982: 32,4 mill.

Samlede udgifter for virksomheder for perioden 1977-1982: 150,2 mill.

* Hvis uddannelsen som foreslået i teksten side 70 og 71 skal påbegyndes senest efteråret 1977, må de anførte udgifter rykkes frem til midten af 1977.

Organisationernes udtalelser over betænkningen

Den almindelige danske Lægeforening

Kristianiagade 12, 2100 København Ø.

15. maj 1975

Under henvisning til udvalgets skrivelse senest af 5. maj 1975 vedrørende den til udtalelse fremsendte »Betænkning om en dansk bedriftssundhedstjeneste« skal man herved meddele, at betænkningen har været behandlet inden for lægeforeningen.

Hovedbestyrelsen skal herefter bemærke, at lægeforeningen kan tilslutte sig de grundlæggende principper, der kommer til udtryk i betænkningen, men hovedvægten lagt på det hygiejniske, det profylaktiske og det arbejdsmedicinske område. P.L.O. har i sin udtalelse oplyst, at det er organisationens tanke med udgangspunkt i betænkningen at søge den alment praktiserende læges opmærksomhed intensiveret i retning af de arbejdsbetingede sygdomme og tilstande, ligesom man med hensyn til emner for efteruddannelseskurser vil være opmærksom på det særlige behov, som etableringen af en bedriftssundhedstjeneste vil give anledning til. Det er ligeledes organisationens agt at søge udarbejdet en ny standardoverenskomst for bedriftslæger på grundlag af betænkningens retningslinier.

Med hensyn til de enkelte punkter i betænkningen skal det fremhæves, at lægeforeningen anser det for noget positivt, at virksomhedernes sikkerhedsorganisation inddrages i proceduren omkring bedriftslægens ansættelse og afskedigelse, idet en sådan ordning formentlig vil bidrage til at skabe et frugtbart samarbejde mellem bedriftslægen og de ansatte.

Man kan i særlig grad anbefale de synspunkter, der kommer til udtryk på betænkningens side 125, og hvorved man åbner mulighed for, at en række virksomheder, der

ligger i samme område, går sammen for at løse deres fælles behov for bedriftssundhedstjeneste, uanset disse virksomheder ikke tilhører samme branche. Hvorvidt denne virksomhed bør udøves fra et egentligt bedriftssundhedscenter, vil det formentlig ikke være muligt at udtale sig om, før bedriftssundhedstjenesten har virket et stykke tid. Med hensyn til inddragelsen af lægehuse i bedriftslægearbejdet, finder man at dette vil være særdeles hensigtsmæssigt, bl. a. ud fra den betragtning at bedriftslægevirkomheden her kan udøves, uden at dette går ud over lægens funktion som alment praktiserende læge i øvrigt, idet de øvrige læger i samarbejdspraksis sørger for den nødvendige lægedækning i det omfang, den pågældende bedriftslæge er beskæftiget med bedriftslægevirkomhed. Det fremhæves, at der ikke herved bør tilstræbes nogen specialisering af den pågældende læge, idet man tværtimod finder, at det er en fordel, at den pågældende opretholder sin snævre kontakt til arbejdet i almen praksis.

Under diskussionen af de opgaver, som er tillagt bedriftssundhedsorganisationen, har lægeforeningen bl. a. drøftet helbredsundersøgelserne. Der er enighed om, at disse er et vigtigt led i BSO's arbejde, men lægeforeningen nærer betænkelighed ved nyansættelsesundersøgelserne. Det er vigtigt, at disse ikke bruges til at diskriminere i ansættelsesforhold f. eks. ved, at en arbejdsgiver sætter som betingelse for ansættelse, at den arbejdssøgende gennemgår en nyansættelsesundersøgelse, og at arbejdsgiveren har adgang til resultaterne. Ud over de konsekvenser, dette kan få for den enkelte arbejder, vil det let føre til mistillid til BSO. Betænkningen lægger vægt på, at der er tale om rådgivning af den nyansatte på baggrund af undersøgelsesresultaterne. Lægeforeningen mener,

at bedriftssundhedsrådet bør udarbejde mere faste rammer for nyansættelsesundersøgelserne, så misbrug kan undgås.

I omtalen af BSO's personale savnes psykologer.

Løsningen af BSO's trivselsfremmende opgaver forudsætter efter lægeforeningens opfattelse deltagelse af psykologer.

En forudsætning for, at BSO kan udbygges og løse opgaverne på tilfredsstillende vis, er, at BSOs personale kan uddannes i arbejdsmedicin og arbejdshygiejne. Der er tale om et betydeligt uddannelsesbehov for især bedriftslæger og bedriftssundhedsplejersker. Lægeforeningen kan af betænkningen forstå, at det næppe er realistisk med mere end 14 dages kursus i arbejdsmedicin og arbejdshygiejne i starten suppleret med specielle tværfaglige kurser. Man mener imidlertid, at man meget hurtigt må udbygge undervisningstilbudet. Arbejdsmedicin og arbejdshygiejne er meget forsømt i grund- og videreuddannelsen, og fagene udvikler sig hurtigt. Skal BSO kunne fungere efter hensigten, og skal arbejdet samtidig være fagligt tiltrækkende, er det nødvendigt med en hurtig udbygning af undervisningstilbudet. Da sådanne videreuddannelsesplaner ikke er omtalt i betænkningen, mener lægeforeningen, de hurtigt bør udarbejdes, og hovedbestyrelsen har for sit vedkommende allerede anmodet lægeforeningens uddannelseskomité om at tage dette spørgsmål op til overvejelse.

Lægeforeningen kan tilråde oprettelsen af arbejdsmedicinske klinikker. Antallet af disse bør minimalt være én klinik for hvert universitetsamt, men det ideelle er formentlig, at der etableres en arbejdsmedicinsk klinik i hvert amt.

Lægeforeningen har bemærket sig forslaget om omfanget af bedriftslægens behandlingsret. Man har med tilfredshed noteret sig, at ud over behandling af arbejdsulykker kan bedriftslægen påtage sig behandling af arbejdsbetingede sygdomme, som kan behandles, uden at den pågældende arbejder er fraværende fra arbejdet, dog således at behandlingen sker i samarbejde med patientens egen praktiserende læge. Man finder, at denne formulering og de i betænkningen anførte eksempler på behandlingsret på aldeles udmærket måde illustrerer den behandlingsret, som bedriftslægen bør have.

Endelig skal det understreges, at lægefore-

ningen går klart ind for, at de helbredsundersøgelser, der foretages af bedriftslægen, ikke er at betragte som almindelige helbredsundersøgelser, men undersøgelser, som går på spørgsmålet om, hvorvidt den undersøgte person kan tåle et bestemt arbejde.

Med disse bemærkninger skal hovedbestyrelsen anbefale betænkningen i sin helhed.

P.h.v.

Francis Zachariae

I Bendt Sørensen.

Landsorganisationen i Danmark

Rosenørns Allé 14, 1970 København V.

22. juli 1975

De senere års afsløring af de store problemer for mennesket i arbejdsmiljøet har med uhyggelig tydelighed vist, at der må ske en kraftig stigning i indsatsen for at løse disse problemer. En afgørende indsats må lægges i det forebyggende arbejde på de enkelte arbejdspladser, og her er de nye interne sikkerhedsorganisationer en betydelig nyskabelse, som vi knytter store forventninger til.

Selv om vi således finder de interne sikkerhedsorganisationer som værende et udtryk for et rigtigt princip, må vi imidlertid konstatere, at der endnu ikke er skabt de rette forudsætninger for, at de kan løse de meget store problemer i arbejdsmiljøet. Medlemmerne af de interne sikkerhedsorganisationer må - for at kunne leve op til forventningerne - have en langt kraftigere støtte end hidtil bl. a. i form af klarere kompetence, bedre uddannelse og fornøden ekspertbistand.

Betænkningen om en dansk bedriftssundhedstjeneste beskriver en god del af den fornødne ekspertise, og Landsorganisationen har derfor det håb, at betænkningens forslag realiseres hurtigst muligt, således at ekspertise fra det medicinske arbejdsfelt kan komme ud på arbejdspladserne og støtte sikkerhedsorganisationens medlemmer i deres forebyggende indsats mod ulykker og helbredsskader. De er ligeledes vigtigt, at det medicinske personale og de offentlige myndigheder i den egentlige sundheds- og socialsektor efterlever betænkningens forslag.

Landsorganisationen er klar over, at for-

nøden ekspertbistand til sikkerhedsorganisationerne også må omfatte personalekategorier fra de tekniske, psykologiske og sociale område, idet de menneskelige problemer i arbejdsmiljøet sjældent er rent medicinske, men oftest er sammensat af en række faktorer også fra disse områder. I den forbindelse er man specielt opmærksom på, at betænkningen foreslår en struktur for bedriftssundhedstjenesten, der vil være velegnet til at samarbejde med de øvrige nævnte funktioner i arbejdet, når de forhåbentlig også bliver inddraget i sikkerhedsorganisationernes arbejde med løsningen af arbejdsmiljøets problemer.

Landsorganisationen finder, at der med betænkningen er taget et afgørende skridt til løsning af arbejdsmiljøets problemer, og man skal derfor anbefale arbejdspladsernes parter, det medicinske personale og de offentlige myndigheder at medvirke til realiseringen af betænkningens forslag.

P. f. v.

S. Bachne Vognbjerg

I Finn Thorgrimson

Dansk Arbejdsgiverforening

Vester Voldgade 113, 1503 København V.

12. juni 1975

Betænkningen om en dansk bedriftssundhedstjeneste har været forelagt Dansk Arbejdsgiverforenings forretningsudvalg og hovedbestyrelse. Arbejdsgiverforeningen kan herefter tilslutte sig, at betænkningen offentliggøres, således at dens indhold kan indgå i overvejelserne, når arbejdsministeren i overensstemmelse med § 13 i den kommende lov om arbejdsmiljø fastsætter regler om, at der ved virksomheder, hvor hensynet til de ansattes sikkerhed eller sundhed taler for det, skal oprettes en bedriftssundhedstjeneste.

Når Dansk Arbejdsgiverforening i sin tid gik ind i det udvalgsarbejde, som nu har resulteret i den foreliggende betænkning, var det ud fra erkendelsen af, at der i mange tilfælde savnes en mere udbygget medicinsk indsats over for en række af arbejdsmiljøproblemerne. Betænkningen indeholder

imidlertid ikke en nærmere analyse af behovene i de forskellige brancher og virksomhedstyper og derfor heller ikke en prioritering, som angiver, i hvilken rækkefølge behovene bør opfyldes. Arbejdsgiverforeningen lægger i relation hertil vægt på, at opbygning og udformning af en bedriftssundhedstjeneste sker i overensstemmelse med de enkelte virksomheders og branchers behov og muligheder. Det er vigtigt, at de enkelte brancher får indflydelse på opbygningen af bedriftssundhedstjenesten inden for deres område. Vi vil derfor gerne fremhæve - som det også er sket i den foreliggende betænkning - at arbejdsministerens bemyndigelser til at udforme regler forudsætter, at Arbejdsmiljørådet og i givet fald branchesikkerhedsråd medvirker ved udarbejdelsen.

Vi ser igennem denne procedure en sikring af, at parterne inden for de enkelte brancher får en betydelig indflydelse på, hvorledes en bedriftssundhedstjeneste i givet fald skal opbygges inden for deres område. Ved dette arbejde vil betænkningen indgå som et væsentligt informationsmateriale og en idébog, som peger på en række behov og angiver nogle modeller for, hvorledes en bedriftssundhedstjeneste kan opbygges. Betænkningen vil således lette arbejdet med udformningen af bedriftssundhedstjenester, som er tilpasset branchernes behov.

En række principielle spørgsmål er blevet afklaret gennem udvalgsarbejdet og betænkningen. Spørgsmålet om ansættelse af bedriftssundhedstjenestens personale foreslås i betænkningen løst på en måde, som sikrer, at der tages hensyn både til ledelsen og de ansatte i den enkelte virksomhed. Ansættelsesproceduren vil skabe basis for et naturligt samarbejde i virksomheden om sundhedsspørgsmålene, hvilket efter Arbejdsgiverforeningens opfattelse er en grundlæggende forudsætning for, at et sådant arbejde kan lykkes.

Betænkningen lægger vægt på, at bedriftssundhedstjenesten skal opbygges som et naturligt led i den enkelte virksomheds interne organisation. På denne måde skabes basis for accept blandt virksomhedens medarbejdere, og det vigtige samarbejde med virksomhedens sikkerhedsorganisation vil få gode muligheder for at udvikle sig. Bedriftssundhedstjenesten vil ikke blive betragtet som et udefra kommende kontrollerende ele-

ment, men få sin status som en intern servicefunktion.

Betænkningen lægger op til, at det skal blive naturligt for medicinsk uddannet personale at arbejde i en erhvervsvirksomhed og anviser i denne forbindelse veje til løsning af spørgsmålet om bedriftssundhedstjenestens behandlende opgaver. Arbejdsgiverforeningen er opmærksom på, at der i dagens situation ikke er den fornødne uddannelsesmæssige basis for en bred opbygning af den arbejdsmedicinske indsats i samfundet som helhed. Det i betænkningen foreslåede bedriftssundhedsråd vil i relation til disse problemer få en meget vigtig opgave.

Det er vor opfattelse, at den foreliggende betænkning generelt set har et realistisk og erhvervsnært indhold og er et godt udgangspunkt for udviklingen af den medicinske indsats til gavn for virksomheder og medarbejdere i dansk erhvervsliv.

Med venlig hilsen

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING

Leif Hartwell

Arne Lund

Dansk Sygeplejeråd

Vimmelskaftet 38, 1161 København K.

14. maj 1975

Kommentarer til »Betænkning om en dansk Bedriftssundhedstjeneste«, afgivet marts 1975.

Dansk Sygeplejeråd har med interesse læst denne betænkning og er enig i betænkningens intentioner at få skabt en dansk bedriftssundhedstjeneste af højt niveau, der i så vid udstrækning som muligt kan fungere som et led i den indsats, som gøres i den primære sundhedstjeneste.

Betænkningen beskriver på overskuelig måde den nuværende bedriftssundhedstjeneste i Danmark og en række andre lande, ligesom der henvises til EF-reglerne og ILOs formulering af bedriftssundhedstjenestens opgaver.

En svaghed i betænkningen er den meget brede definition på bedriftssundhedstjenesten og dens opgaver, idet der f. eks. ikke er beskrevet, hvad der menes med profylakse, ligesom de enkelte gruppers arbejdsområde

heller ikke er beskrevet. Med hensyn til fastlæggelse af behovet for personale til bedriftssundhedstjenesten kan vi ikke se nogen klar argumentation for det foreslåede antal.

Et meget vigtigt spørgsmål ved gennemførelse af en bedriftssundhedstjeneste er uddannelse af personer til at varetage opgaver i denne. Betænkningen fastslår, at grunduddannelsen for såvel læger som sygeplejersker for tiden lader meget tilbage at ønske, og at der generelt er behov for, at grunduddannelserne får indbygget emner inden for arbejdsmedicin. De uddannelsesforslag, der findes i betænkningen, skønnes dog at være yderst beskedne.

Dansk Sygeplejeråd er af den opfattelse, at et højt uddannelsesniveau for alle personalekategorier i bedriftssundhedstjenesten er en absolut forudsætning, for at den skal komme til at virke efter sin hensigt.

Dansk Sygeplejeråd ser det som noget positivt, at denne betænkning er fremkommet, og vi ønsker at arbejde videre med dens forslag med henblik på en dygtiggørelse af vore medlemmer til at varetage opgaverne inden for bedriftssundhedstjenesten.

Vi kan dog kun se på betænkningen som et bredt formuleret debatoplæg, hvori adskillige forhold trænger til en nærmere præcisering, hvis der skal kunne opbygges en tilstrækkelig effektiv bedriftssundhedstjeneste, der ikke blot går ud på en reparation af skader.

Dansk Sygeplejeråd vil fortsat arbejde med betænkningen og vil gerne deltage i det kommende arbejde i bedriftssundhedsrådet.

Med venlig hilsen

for Dansk Sygeplejeråd

Kirsten Stallknecht

formand

/ Annelise Sand Pedersen.

Danske Fysioterapeuter

Nannasgade 28, 2200 København N.

4. juli 1975

Betænkning vedrørende en dansk bedriftssundhedstjeneste.

Under henvisning til at udvalget har anmodet Danske Fysioterapeuter om at fremsætte

generelle kommentarer til betænkningen, skal det herved meddeles, at betænkningen har været behandlet med interesse inden for foreningen DF.

DF's bestyrelse kan herefter tilslutte sig de principielle betragtninger og forslag, der kommer til udtryk i betænkningen.

DF kan kun understrege det klare behov, der er for en udbygget indsats med henblik på forebyggelsen af erhvervsbetingede lidelser og skader i Danmark.

DF lægger stor vægt på, at betænkningen beskriver en bedriftssundhedstjenesteordning og ikke en bedriftslægeordning, idet dette giver mulighed for, at de enkelte virksomheders og branchers sundhedsmæssige behov bliver afgørende for, hvilken eller hvilke af de i betænkningen nævnte personalekategorier, der ønskes tilknyttet.

Betænkningen har med henblik på bedriftssundhedstjenestens etableringsudgifter som beregningsgrundlag anvendt en enkelt af bedriftssundhedstjenestens personalekategorier. Det korrekte beregningsgrundlag vil være en kombination af antal ansatte i virksomheden og virksomhedens type og behov. Kun derved opnås den i øvrigt i betænkningen tilsigtede fleksibilitet i den enkelte bedriftssundhedstjenestes opbygning.

Den i betænkningen foreslåede arbejds- og ansvarsfordeling inden for en udbygget bedriftssundhedstjeneste muliggør tillige en høj effektivitet, ligesom ansættelsesproceduren og tjenestens indplacering i virksomhedens interne organisation forekommer hensigtsmæssig.

Betænkningen anfører det nødvendige i et nært samarbejde med det tekniske personale. DF er enig i, at den medicinske og tekniske ekspertise nødvendigvis må indgå i nært samarbejde.

DF skal dog ikke undlade at bemærke, at lappeskrædderfunktionen er både dyr og vanskelig, hvorfor der allerede i bygnings- og konstruktionsfasen bør anvendes medicinsk-fysiologisk ekspertise.

Betænkningens forslag om udbygning af den arbejdsmedicinske service på regionalt og centralt plan samt om etablering af et bedriftssundhedsråd med henblik på vejledning og udvikling af bedriftssundhedstjenestens organisation kan DF anbefale og tilsige sin arbejdskraft til.

DF erkender - og dette bekræftes af det

allerede i dag relativt store antal fysioterapeuter beskæftiget med ergonomisk arbejde - at fysioterapeuternes grunduddannelse samt deres kliniske erfaringer gør denne faggruppe iøjnefaldende velegnet til at deltage i bedriftssundhedstjenestearbejdet. En vis supplerende uddannelse, specielt med henblik på de særlige forhold og sundhedsmæssige behov, der gør sig gældende inden for dansk erhvervsliv, er der behov for, og foreningen kan tilslutte sig ideen med tværfagligt koordinerede kurser.

DF kan som helhed anbefale betænkningen som grundlag for de videre foranstaltninger i henhold til lov om arbejdsmiljø.

Med venlig hilsen

Vivian da Costa Ferreira
formand

Foreningen af autoriserede ergoterapeuter

Nannasgade 28, 2200 København N

22.mai 1975

Foreningen af autoriserede Ergoterapeuters bestyrelse har med interesse gennemgået »Betænkning om en dansk Bedriftssundhedstjeneste«.

Vi finder det glædeligt, at betænkningen er udarbejdet af et bredt sammensat tværfagligt udvalg, men må beklage, at betænkningen udelukkende beskæftiger sig med den fysiske tilpasning, idet det er erkendt, at tidlig nedslidning og udstødning fra arbejdsmarkedet i betydelig omfang skyldes psykiske belastninger. Vi tænker her på den øgede automatisering, som medfører mindre fysisk arbejde, men øgede overvågnings- og kontrolfunktioner med deraf større ansvar for den enkelte og øgede krav til sanser og reaktionsevne.

Den ensidige behandling, betænkningen giver ILO's henstilling nr. 112 af 1959 punkt b, er så meget mere beklagelig, som vi er af den opfattelse, at de fysiske og psykiske arbejdsmiljøfaktorer ikke kan adskilles.

Foreningen af aut. Ergoterapeuters bestyrelse må endvidere beklage betænkningens adskillelse af virksomhedernes sikkerhedstjeneste og bedriftssundhedstjeneste. En integrering af de to funktioner anser vi for langt mere funktionsdygtigt og derfor ønskeligt.

Foreningen af aut. Ergoterapeuter ser imidlertid frem til snarest at få et organiseret forebyggende arbejde igangsat og medvirker gerne hertil.

p. b.v.

Bente Christensen.

formand.

om en dansk bedriftssundhedstjeneste« giver udtryk for.

Med venlig hilsen

For FR

Poul Andersen

/ Inge Rasmussen.

**FR (Fællesrepræsentationen)
Hovedorganisation for arbejdsleder-
& tekniske funktionærforeninger
i Danmark**

Store Kongensgade 59 A,
1264 København K.

Foreningen af arbejdsledere i Danmark

Vermlandsgade 67, 2300 København S

5. maj 1975.

Foreningen af arbejdsledere i Danmark's afdelingsformænd og hovedbestyrelse har på et møde i dagene 2. og 3. maj bl. a. drøftet »Betænkning om en dansk bedriftssundhedstjeneste« og skal herom udtale, at man helt kan tilslutte sig de principielle tanker, der kommer til udtryk i betænkningen.

20. juni 1975

Idet vi henviser til sekretariatets skrivelse af 18. juni d. å. og beklager den sene besvarelse, skal FR udtale, at vi helt kan tilslutte os de principielle tanker som »Betænkning

Med venlig hilsen

Peter Thorning.

Bedriftssundhedstjenesten på små virksomheder

Nogle erfaringer fra tre virksomheder i Hobro.

**Af Sven Nielsen, Ole Nielsen,
Klaus Norling Matthiassen
og Bjørn Kofoed**

I de senere år er interessen for arbejdspladsernes helbredsforringende påvirkninger øget voldsomt, ønsket om bedriftssundhedspleje vokser, og efterhånden ytrer alle fraktioner inden for sundhedsvæsenet trang til at være med i arbejdet.

Nordjyllands lægekredsforening afholdt i september 1973 et weekend-møde om arbejdsmedicin. På dette møde fortalte daværende formand for Lægeforeningen, Jørgen Fog, om planerne for en kommende dansk bedriftssundhedspleje.

Dette meget inspirerende indkæg afslørede to væsentlige problemer: Hvorledes skabes der en rimelig dækning for de små virksomheder? Og kan der skabes noget brugbart, uden at der skal stables et mammutforetagende på benene?

Praktiserende læger som bedriftslæger.

Hovedparten af Danmarks arbejdere er beskæftiget på små virksomheder med under 300 ansatte, og disse virksomheder ligger spredt jævnt ud over landet. De fleste af de ansatte på disse virksomheder har deres hjem i nærheden af arbejdspladsen.

Den fraktion inden for sundhedsvæsenet, som er jævnest fordelt ud over landet, er den praktiserende læge. Derfor forekom det os rimeligt, at der satsedes på den praktiserende læge til at varetage grundarbejdet inden for bedriftssundhedsplejen: han var i forvejen på stedet, han kendte de lokale forhold og kendte en stor del af de ansatte.

Kunne den praktiserende læge udrette noget som bedriftslæge, ja, så undgik man at stable et stort system på benene, ligesom man undgik at slå revner i læge-patientfor-

holdet ved at indskyde et hierarki i form af fuldtids-bedriftslæger.

Uddybende om læge-patientforholdet vil vi af hensyn til forståelsen indskyde, at det er det helt fundamentale i den praktiserende læges arbejde. Det kan være svært at forstå for andre - selv for læger med anden placering i sundhedsvæsenet - men for kort at illustrere det kan man sige, at det ville være skadeligt, om et sygt menneske ikke blev betragtet som en helhed, men blev »splittet op« i f. eks. en syg arbejder, hvis sygdommen var arbejdsbetinget, og som derfor skulle til behandling hos en særlig bedriftslæge, eller en syg sportsmand, hvis sygdommen skyldtes sportsudøvelse, og som derfor skulle behandles af en idrætslæge osv.

Med andre ord: hvis den praktiserende læge kunne bruges, forekom det os, at de to store problemer var kommet nær på en løsning.

Man kan ikke påstå, at lægerne i deres uddannelse har lært meget om arbejdsmedicin. På den anden side er mange af de sundhedsmæssige problemer, som arbejdspladserne frembyder, ikke ukendte for lægerne. Blot har de i reglen truffet dem løsrevet fra opståelsesstedet.

For at komme ud over funderingerne besluttede vi os til at undersøge, hvad en praktiserende læge uden særlig forudsætning for at påtage sig bedriftssundhedsmæssige opgaver kunne udrette.

Egne undersøgelser.

Valg af virksomheder til undersøgelsen.

Da der allerede findes en del erfaringer vedrørende bedriftssundhedspleje på store virksomheder, valgte vi tre virksomheder her i

byen, og for at få så megen bredde i problemerne som muligt besluttede vi os for en slagterivirksomhed, NORCOLD med 180 ansatte, en metalvirksomhed, Lars Pedersens metalvarefabrik med 36 ansatte, og en tekstilvirksomhed, TOCAN med 80 ansatte. Størrelsen af disse virksomheder var relevant for undersøgelsen og relevant fordi størstedelen af danske industriarbejdere er beskæftiget på virksomheder af denne størrelse.

Da arbejdet blev mere tidkrævende end forudset, måtte undersøgelsen på tekstilfabrikken udgå.

Forarbejdet til den egentlige undersøgelse.

Der blev herefter rettet henvendelse til Fællesorganisationens formand her i byen, Rasmus Nielsen, samt de pågældende virksomheders ledelse for at høre om deres indstilling til undersøgelser af den skitserede art. Da interessen for at lave undersøgelsen var stor, henvendte vi os til de øvrige læger i byen og til lægekredsforeningen for at sikre kollegial forståelse.

Der arrangeredes derpå et møde med Fællesorganisationens formand, de involverede fagforbunds formænd, de udvalgte virksomheders ledelse, tillidsmænd og sikkerhedsrepræsentanter, formanden for den lokale arbejdsgiverforening samt Jørgen Elikofer fra L.O.

Nogen tid senere blev der afholdt møder på virksomhederne for alle ansatte. På mødet fremlagde vi undersøgelsesprogrammet i detaljer.

Stemningen var i alle tilfælde skeptisk på disse møder, idet det tydeligt blev sagt, »at man ikke ønskede nogen, der skulle komme og sige, hvad man måtte og ikke måtte«.

Men da det først var lykkedes at overbevise de ansatte om, at man arbejdede vederlagsfrit, ikke havde noget tilhørsforhold til ledelsen, ikke havde myndighed til at dekrettere noget som helst, og at alle tre parter (ansatte, ledelse og læge-fysioterapeut) når som helst kunne trække sig ud af forsøget, ja, så svingede stemningen på møderne mærkbart, og der kom en glimrende kontakt i stand.

Det var en omstændelig indledning til en undersøgelse, men at det var en nødvendighed for at etablere en god kontakt med virksomhedens ansatte, var utvivlsomt.

Tilrettelæggelsen af undersøgelsen.

Arbejdet faldt i tre trin rent tidsmæssigt.

- 1) Analyse af lokaler med henblik på sundhedsfarlige faktorer såsom belysning, ventilation, temperatur, træk, støj osv.
- 2) Dernæst en detaljeret gennemgang af hver arbejdsproces og de dertil knyttede maskiner og redskaber. Denne analyse foregik »på gulvet« ved siden af manden, mens han arbejdede. Samtidig talte vi med den pågældende om, hvad han selv fandt belastende, om evt. gener svandt i løbet af dagen, i løbet af week-enden, eller om der skulle længere restitution til. Det var i disse situationer med manden under fire øjne i fæid med at udføre sit arbejde, at vi fik at vide, hvor skoen trykkede, samtidig med at vi kunne se, hvorfor den trykkede, og hvordan det kunne ændres.
- 3) Sluttelig en objektiv undersøgelse, hvor vi særlig lagde vægt på de funktioner eller legemsområder, som især blev belastede i det pågældende arbejde. **Samtidig** optog vi en fritidsanamnese med henblik på evt. påvirkninger i fritiden, som kunne forstærke belastninger på arbejdspladsen.

i journal beskrev vi endelig de enkelte produktionsrums udformning, hvilke sundhedsforringende faktorer der fandtes, og hvorledes de evt kunne afhjælpes. Hver enkelt arbejdsproces blev beskrevet: arbejdsstilling, arbejdsdragt, arbejdets karakter (repetitivt, statisk eller dynamisk, om der var udsættelse for støj, støv, træk, kemiske stoffer, hvorledes lysforholdene på arbejdsstedet var osv.). Ligeledes blev fundene ved den individuelle undersøgelse journaliseret.

Undersøgelsen på Lars Pedersen's metalvarefabrik.

Fabrikken fremstillede rustfri fade, kander og lignende. Arbejdsgangen var følgende: man modtog rustfri stålplader, som i det første rum blev klippet i stykker og i det følgende rum presset eller drejet i form og derefter slebet blanke enten på en automatisk slibemaskine eller i hånden med roterende børster. Til slut blev emnerne rensset i en maskine med perklorbad og ultralyd og endelig på lageret pakket til forsendelse.

Analysér af arbejdslokaler samt arbejdsprocesser. Ved gennemgangen af fabriksbygningen fandt vi følgende sundhedsmæssige problemer: hårde gulve (cement), uhensigtsmæssige ventilationsforhold, idet anlægget ikke var baseret på cirkulation af luften, kun udblæsning. Udsugning fandtes kun enkelte steder ved særlig støvende maskiner. Om sommeren kunne temperaturen nå op mod 30 grader. Visse steder i fabrikken var der kulde- og trækproblemer, når de store porte ved vareindlevering og -udlevering stod åbne.

Støjniveauet overskred ikke det tilladte maksimum, bortset fra en enkelt arbejdsplads ved et ultralydrenseapparat. Denne støj fra højfrekvent. Ved et par andre maskiner lå støjniveauet omkring 80 db og var af lavere frekvens.

Der var mange dårlige arbejdsstillinger uden mulighed for at bedre arbejdsstillingerne ved hjælp af indstillelige borde og stole, ligesom maskinerne bar præg af at være fremstillet uden megen skelen til den menneskelige fysiologi og anatomi.

Enkelte arbejdspladser var meget støvende. Arbejderne havde de pågældende steder efter få timers forløb skorstensfejerudseende. Støvet var tidligere blevet undersøgt. Stovpartiklerne var af en sådan størrelse, at de ikke kunne inhaleres i bronchioli.

Fabriksinspektør Skovgård-Petersen foretog støjmåling ved de mest larmende maskiner.

Lønssystemet. De ansatte var for nogle vedkommende af lønnen med enkeltakkord, for de øvrige vedkommende med fast løn. Ingen af de ansatte følge sig presset af tempoet, som var moderat. Ca. halvdelen af de ansatte var efter eget ønske beskæftiget ved en og samme maskine. Arbejdet ved samtlige maskiner var repetitivt og af blandet statisk-dynamisk karakter.

Individuel undersøgelse af de ansatte.

Sygelige forandringer med relation til arbejdet blev fundet med hensyn til hørelse og muskelforandringer.

Overlæge Jordan fra Hørecentralen i Aalborg stillede audiometrice til rådighed, således at hver enkelt kunne få undersøgt hørelsen. Audiogrammerne blev vurderet på Hørecentralen, som rubricerede audiogrammerne således:

27 pct. havde normal hørelse

39 pct. havde let støjbetinget hørenedsættelse

18 pct. havde svær støjbetinget hørenedsættelse

16 pct. havde ukarakteristiske hørenedsættelser.

Fordelingen af høreskader svarer til fordelingen inden for lignende virksomheder i øvrigt.

Det andet område, hvor der fandtes flest sygelige forandringer, var med hensyn til muskelinfiltrationer.

Undersøgelsen af muskulaturen blev foretaget af den samme fysioterapeut og fundene inddelt i fire sværhedsgrader: 0 – ———— ‡
– + + +, hvor 0 er ensbetydende med normal muskelstatus.

Der blev undersøgt fire muskelgrupper: nakke/skulder, arme, ryg, ben og sæde. Der fandtes god overensstemmelse mellem infiltrationernes fordeling og den pågældende arbejdsstilling, men ikke sikker relation til infiltrationernes sværhedsgrad.

Det var bemærkelsesværdigt, hvor ofte fysioterapeuten, som på undersøgelsestidspunktet ikke havde »været på gulvet«, dvs. ikke vidste hvilket arbejde eller hvilken arbejdsstilling den pågældende havde, på basis af sin undersøgelse kunne rekonstruere en forkert arbejdsstilling.

Medgået tid.

Analysen af produktionslokaler og arbejdsprocesser krævede 50 lægetimer for et fabriksanlæg med syv produktionslokaler og 33 beskæftigede. Af tidsmæssige grunde blev fysioterapeuten kun sporadisk involveret i denne del af arbejdet. Hver eneste arbejdsproces blev analyseret i mindste detalje og arbejderen interviewet under arbejdet. Vi fik et meget nuanceret billede af arbejdssituationen og kunne på stedet udbyde de forskellige problemer.

Forslag til ændringer.

Vi foreslog: ændret ventilationsanlæg, etablering af læskærme eller presenningsafskærmning ved portene for at forhindre træk, gummimåtter at stå på, kraftigere udsugning ved de støvende maskiner, støjafskærmning af maskiner, diverse ændringer ved maskinernes udformning og placering,

således at arbejdsstillingen blev mere hensigtsmæssig - indstillelige stole og borde.

Bortset fra gummimåtter og til en vis grad borde og stole krævede disse ændringsfor-slag bistand af forskellige teknikere.

Herudover blev anbefalet konstant brug af høreværn.

Her som andre steder må man nok erkende, at en profylaktisk indsats med dæmpning af maskinstøj er eneste vej frem.

Vi anbefalede at skifte arbejdspladser for at få brugt varierende muskelgrupper og, såfremt man ikke ville det, da at indføre korte, hyppige pauser, evt. pausegymnastik. Desuden indøvelse af korrekt arbejdsstilling.

Arbejdsulykker.

Der var få arbejdsulykker, dels i forsøgsperioden, dels i det par år virksomheden har bestået: klemte fingre, overfladiske snitsår, forvridninger o. lign., til trods for at der skulle være mulighed for svære skader.

I hvor høj grad ændringerne ville være blevet taget til følge, vil aldrig blive opklaret, idet virksomheden på grund af den generelle krise i industrien måtte lukke, inden ændringer kunne iværksættes.

Opskæringsfabrikken Norcold.

Denne virksomhed var vanskelig at gå til, dels på grund af størrelsen, 180 ansatte, dels fordi der var flere forskellige funktioner: en opskæringsafdeling, en fryseafdeling, rengøringsafdeling og værksted og maskinafdeling.

Generelt om lokalerne i alle afdelinger kan siges, at hovedproblemet var kulde og træk. Lysforholdene var, bortset fra enkelte rum og ved enkelte arbejdspladser, i orden. Der var ingen støjproblemer bortset fra værksted og maskinafdeling samt et enkelt sted ved et transportbånd, hvor frosne skinker faldt ca. 1 meter ned på et stålbord.

De enkelte afdelinger.

Opskæringsaf delingen: veterinærmyndighederne kræver, at temperaturen i opskæringsafdelingen, holdes under +10 grader. Dette opnås ved køleribber ophængt forskellige steder på vægge og under loftet. Disse køle-ribber var enkelte steder anbragt ca. 1 meter over den arbejdendes hoved og var uafskærmede. Når en sådan køleribbe var i funktion,

var kuldeudstrålingen ned over nakke og skuldre særdeles mærkbar. Endelig var der træk fra de store portåbninger ud til lade-ramperne. Dette problem var søgt løst dels ved anbringelse af en presenning, som kunne spændes ud mellem portåbningen, og lastbi-len, dels ved hjælp af lamelporte, dvs. at portåbningen var forsynet med lodret hæn-gende, 40 cm brede, tykke plasticlameller, som tillader gennemgang og gennemkørsel med truck.

Opskæringsaf delingen er delt i to afsnit: afsnit I med opdeling af halve grisekroppe i mindre enheder, afsnit II med finopskæring og pakning.

I førstnævnte afsnit var alle nødt til at følge hinandens arbejdstempo, lønssystemet var fællesakkord.

Det, som straks sprang i øjnene, var det fantastisk opskruende tempo, hvor alle bevægelser var forcerede, og hvor der ikke var restitutionspausers mellem de enkelte arbejdsbevægelser.

Arbejdet foregik dels ved transportbånd, dels ved skæreborde. Arbejderne styrede selv tempoet, idet de selv stillede på det kontrolur, som bestemte den hastighed, hvor-med svinekroppene blev ført ind på båndet. Den helt dominerende årsag til det forcerede tempo må søges i aflønningssystemet.

Der betales en bestemt pris per opskåret svinekrop, og når dagens leverance til slagte-riet er behandlet, kan man gå hjem.

Andre arbejdsmiljøproblemer i dette afsnit var kulde- og trækproblemer som i de øvrige afdelinger. Alligevel var frekvensen af muskelinfiltrationer og disses sværheds-grad langt alvorligere end i de øvrige afde-linger.

Antallet af arbejdsulykker var på samme niveau som i de øvrige afsnit.

Hovedforskellen i forhold til skæreafde-lingens andet afsnit - finopskæring og pak-nings - var aflønningstypen. I sidstnævnte af-delings var der enkeltakkord eller timeløn. Den enkelte skulle tempomæssigt ikke følge trop med de andre. Der var da også en betydelig forskel, hvad angår muskel infiltra-tioner, både antal og sværhedsgrad.

Arbejdet foregik dels ved skæreborde, dels ved transportbånd, hvoraf de fleste kunne indstilles i højden. Indstillingen var dog så besværlig, at der måtte kaldes folk til fra værkstedet, og derfor blev der så godt

som aldrig foretaget de påkrævede instillinger.

I hele opskæringsafdelingen var der mange forkerte arbejdsstillinger, dels på grund af uhensigtsmæssige borde og transportbånd, uhensigtsmæssigt værktøj, dels »fejl« ved selve den måde arbejderen indtog sin stilling på. Det ser ud til, at nogle selv efter instruktion fortsætter med en uhensigtsmæssig arbejdsstilling - den mest nærliggende forklaring, havde vi indtrykket af, var ønsket om at holde tempoet/lønnen.

Fryseafdelingen: I fryserummene lå temperaturen omkring - 23 grader. Arbejdsbelysningen i disse rum var svag. Rummene var forsynede med sikkerhedsdøre, således at man ikke ved uheld kunne blive låst inde, ligesom man ikke måtte arbejde alene i rummet, når der skulle læsses og stables over en vis højde. Læsningen foregik dels manuelt, dels ved hjælp af gaffeltruck. Truckføreren var iført styrthjelm, og over førerpladsen var anbragt et beskyttelsesnet.

Det største problem i fryseafdelingen var knyttet til arbejdsdragten. Ideelt må man kræve en arbejdsdragt, der tillader truckføreren at holde varmen, så længe han sidder stille på trucken, men som samtidig tillader sved at fordampe, når han må stige af og læsse manuelt. Den dragt, der blev anvendt, bestod yderst af en svær lærredskedeldragt, inden for en vatteret nylondragt. Den var udmærket, så længe man sad stille på trucken, men den tillod ikke sveden at fordampe, således at kulden blev mærkbar, når man atter satte sig op på trucken.

Truckene gav også problemer: mange af sæderne var uhensigtsmæssigt udformede, ligesom mange af betjeningshåndtagene var forkert udformede og forkert placeret.

Værkstedes-maskinhus: Problemet her var støj, i værkstedet dels på grund af selve arbejdet (smedearbejde), dels på grund af en kompressor, som ikke var støj afskærmet. Maskinafdelingen havde en infernalsk støj, men sædvanligvis opholdt der sig ingen i denne afdeling.

Rengøringsafdelingen: Til rengøringen anvendes Alkaklar®, der har nogen ætsvirkning. Det anvendes til rengøring af gulvene, sprøjtes under tryk ud gennem en dyse anbragt på et kostelignende redskab. Håndtaget kunne være svært at få ordentligt greb på med våde gummihandsker, håndtaget var

for tyndt. Trykket i strålen af tog stærkt allerede få cm fra dysen, men rammes en person helt henne ved dysen, er der mulighed for læsioner. Kalciphos har fremkaldt en del eksemmer, bl. a. fordi dette middel er det, som oftest kommer i kontakt med huden.

Den individuelle undersøgelse af de ansatte. Antallet af muskelinfiltrationer var meget stort med mange svære forandringer og med mange muskelgrupper angrebet på den samme mand. Specielt var det alvorligt i de afsnit, hvor der arbejdedes på fællesakkord.

De fleste infiltrationer fandtes i nakke og skuldre, herefter ben, ryg, færrer i armene. Sværeste infiltrationer fandtes hos dem, som havde været ansat i mere end tre år.

Der fandtes overensstemmelse mellem klager og objektive fund i 88 pct. af tilfældene. Fysioterapeuten kendte intet til den undersøgte klager før undersøgelsen.

65 pct. af de undersøgte havde før ansættelsen på virksomheden haft muskelbelastende arbejde af lignende art, 20 pct. havde ikke haft muskelbelastende arbejde, 15 pct. var uoplyst.

På de ansatte i fryseafdelinger, værkstedet og rengøringssektoren blev der ikke foretaget muskelundersøgelse.

Forslag til forbedringer af arbejdsmiljøet.

Generende træk på mange forskellige steder afhjælpes, og hvor det ikke er nok, må man anbefale bedre arbejdsdragt. Lettere indstillelige borde og transportbånd. Gummimåtter på de hårde gulve. Instruktion i korrekte arbejdsstillinger og nedskæring af tempoet med indførelse af flere pauser.

Hævet rumtemperatur (til f. eks. svenske normer), opvarmede knivsblade for at lette skæringen i det frosne kød, anden gulfvstrøelse i stedet for salt, som gjorde gulvene kolde, våde og glatte. Men disse 3 sidste forslag kunne ikke gennemføres på grund af veterinærmyndighedernes bestemmelser.

Arbejdsulykker.

Snit og stiksår er selvsagt de hyppigste; herudover har der været forvridninger, slag på grund af faldende genstande, et par faldulykker. Skaderne blev vurderet af en samarit, som herefter enten behandlede selv eller henviste til sygehusets skadestue.

Vi førte i forsøgets sidste måned opgørelse

over antal af ulykker og behandlinger hos samaritten. Antallet af arbejdsulykker i denne måned var præget af, at brynjehandsker og brynjeforklæder var kommet i anvendelse i meget højere grad end tidligere. Denne udvikling havde vi indtrykket af i høj grad blev forceret på grund af den øgede interesse for sikkerhedsproblemer, der opstod i undersøgelsens løb.

I opgørelsesmåneden foretog den pågældende samarit 27 behandlinger, heraf var de 10 behandlinger af friske læsioner. Tre af disse blev henvist til læge eller sygehuset. Resten var efterbehandlinger i form af forbindsskiftninger.

I undersøgelsens løb blev også anvendelsen af beskyttelsesforklæde meget mere almindelig. Dette synes dog også at være sammenfaldende med, at der blev markedsført en model af ringe vægt.

Muskellaffektioner i pct.

	Firma		
	Lars Pedersen	Norcold fælles- akkord	Norcold enkelt- akkord
Sværhedsgrad			
0	.18	8	43
+	.61	34	43
+ +	.15	44	14
+ + +	.0	14	0
Antal muskelgrupper			
1	.15	19	31
2	.35	29	16
5	.17	44	10
4	.9	0	0

Formidlingen af information til ansatte og ledelse.

Da vi afsluttede de individuelle undersøgelser og havde fundet de alarmerende muskelfund, afholdtes et møde med ledelsen og de pågældende slagtere.

Vi fremlagde fundene, deres relation til arbejdstempo og konsekvenserne.

For at afhjælpe problemet foreslog vi, at den hastighed, hvormed svine kroppene blev lagt op på båndet, blev ændret fra hvert fjerde sekund til hvert sjette eller syvende sekund, og at man skiftede mellem de for-

skellige arbejdspladser. Eller at der, såfremt man ønskede at bibeholde den hurtige takt, blev indskudt flere korte pauser fremfor få og lange.

Der var ikke særlig stor tilslutning fra slagternes side, hvad angår disse temponedsættende foranstaltninger, som ikke ville nedsætte indtjeningen, men som ville øge arbejdstiden fra gennemsnitlig syv timer per dag til otte timer.

Da dette problem var mest aktuelt, og et møde var berammet for at foretage en afstemning med hensyn til den takt, der skulle fortsættes med, svigtede svineleverancerne, og produktionen blev lagt over på okser, hvor dette tempoproblem ikke findes i samme grad.

Om denne generelle temponedsættelse var blevet accepteret, er det svært at gætte på. Indførelse af skiftende placeringer blev umiddelbart accepteret.

En landsdækkende bedriftssundhedspleje.

Gang på gang i undersøgelsesperioden på de to fabrikker diskuterede vi den generelle problematik i en landsdækkende bedriftssundhedsplejeordning. De fleste af de følgende betragtninger har deres rod i konkrete sagsforhold og problemer, vi mødte under undersøgelsen, men det er klart, at meget har karakter af funderinger og ikke på nogen måde kan udledes af det foran beskrevne.

Indledningsvis skal kort nævnes forfatterens udgangspunkt for overhovedet at udtale sig om problematikken.

Vi har været læger siden 1962-1963, har derefter i fem-seks år arbejdet på et alsidigt udvalg af hospitalsafdelinger, og siden ca. 1969 har vi arbejdet som praktiserende læger.

Forannævnte undersøgelse på de to virksomheder med henholdsvis 36 og 180 ansatte havde i direkte anvendt tid følgende omfang: 200 lægetimer, 40 fysioterapeuttimer, 10 audiometrietimer og 5 fabriksinspektørtimer. Skulle slagterifabrikken have været undersøgt så detaljeret som metalvarefabrikken, var tallene blevet væsentligt større, specielt for fysioterapeutens vedkommende. På metalvarefabrikken blev samtlige ansatte undersøgt, alle lokaler og hele produktionsapparatet. På slagterivirksomheden derimod kun 77 repræsentativt udvalgte an-

satte, alle lokaler og hele produktionsapparatet.

Arbejdsområdet.

Samtlige arbejdspladser, hvor landets 1,8 mill. arbejdstagere er beskæftiget. Det, indsatsen skal gå på, er arbejdsmiljøet. Skader forårsaget af arbejdsmiljøet skal påpeges, og der skal anvises løsningsmulighed for at forebygge.

Både arbejdsplads og arbejdstager skal »tilpasses« med det sigte først og fremmest at bringe arbejdstagerne uskade gennem arbejdsdagen.

De bestående ordninger skal ikke omtales her ud over en bemærkning om, at de i for ringe grad har ført til forbedringer for arbejdstagerne. En af hovedårsagerne til dette er, at de aldrig har formået at komme i tæt kontakt med de daglige miljøproblemer.

Organisationsformen.

Organisationen af bedriftssundhedsplejen kan sandsynligvis ikke være den samme på virksomheder af forskellig størrelse. Fuldtidslæge, fuldtidssygeplejerske, fuldtidsfysioterapeut hører landets få store virksomheder til. Men i mindre virksomheder vil personale med deltidsarbejde i en bedriftssundhedstjeneste være mest nærliggende. Ud fra vore erfaringer, hvad angår læge og fysioterapeut-arbejdet, anser vi et ugentligt timetal på minimalt 10 og maksimalt 20 timer for det optimale omfang. I hvilken udstrækning andre personalekategorier skal indgå, er svært for os at vurdere, men vi konstaterede, at vi ofte kunne have haft nytte af en ergonomisk uddannet tekniker (højt kvalificeret), og at noget af lægearbejdet kunne være udført af sygeplejersker.

Vi anser en udbygning af arbejdsmedicinske klinikker for absolut nødvendig. Mange af problemerne vil være af generel art og vil med fordel kunne løses centralt, fremfor at hver enkelt bedriftslæge skulle tumle med problemet, som eksempel kan nævnes udformning af hensigtsmæssig arbejdsdragt til frysehusarbejdere.

Vort bestående indtryk var, at et tæt samarbejdende team af læge, fysioterapeut, tekniker i kontakt med manden på fabriksgulvet og hans repræsentanter var tilstrækkeligt til den diagnosticerende og rådgivende indsats.

Hvad angår ansættelsesforhold, er det vort indtryk, at bedriftssundhedstjenestetimet ideelt set ikke skal ansættes og betales af arbejdsgiveren. Mistroen er uhyre let at rejse. En offentlig ansættelse ville være udmærket, men en form, hvor sikkerhedsudvalget har indstillingsretten, og arbejdsgiver, fagforbund og det offentlige deler lønudgifterne, ville sandsynligvis også være rimelig.

De fysiske rammer omkring arbejdet - lokalerne - er et vanskeligt problem på de små virksomheder. Om mobile undersøgelseslokaler er en mulighed, kunne undersøges.

Muligheden for at knytte bedriftssundhedstjenesten til lægehuse i området bor også overvejes. På amtsbasis kunne denne enhed så knytte forbindelse til arbejdsmedicinske klinikker, laboratorier af mere teknisk art osv.

Uddannelsen.

For læger og fysioterapeuter er det vort indtryk, at en alsidigt praktiserende læge og fysioterapeut med ti til maksimalt tyve timer ugentligt i bedriftssundhedstjenesten gennem det daglige arbejde på virksomhederne og ganske korte kurser hurtigt vil være velkvalificeret til arbejdet.

Et indledende kursus på ca. 40 timer skønner vi vil være fuldt tilstrækkeligt som udgangspunkt.

Behandlingsret.

Bedriftslæge, fysioterapeut m. fl. bør ikke have behandlingsret, når bortses fra enkelte meget store og meget afsides beliggende virksomheder. De ulykker og sygdomme, som måtte opstå på arbejdspladsen, og som vil kræve lægehjælp, vil så godt som altid medføre, at den pågældende må afbryde arbejdet, og behandlingen kan da lige så godt foregå ad de sædvanlige kanaler.

Bedriftssundhedstjenestens funktion er behandling af arbejdsmiljøet og en profylaktisk indsats for arbejdstagerne, f. eks. undersøgelser ved ansættelser og indflydelse på arbejdsagerens placering i produktionen.

I det år, vi har arbejdet med dette forslag, har vi aldrig savnet at kunne udføre behandlinger på virksomhederne.

De fleste virksomheder er så små, at personalet ved bedriftssundhedstjenesten kun vil opholde sig ganske få timer om ugen på

virksomheden, og de timer vil meningsfuldt kunne anvendes til undersøgende og kontrollerende virksomhed.

Konklusion.

Vi har tidligere været inde på ansættelsesforhold og også kort berørt finansieringen. Formålet med den foreslåede form var at skabe en vis uafhængighed, som vi mener tjener alle parter og ikke mindst arbejdstagerne bedst. På basis af det antal timer, vi har brugt til forsøget, mener vi, at følgende vil være tilstrækkeligt minimum, forudsat at der ikke skal udføres nogen behandlingsmæssig virksomhed:

to lægetimer per 100 mand per uge
to fysioterapeuttimer per 100 mand per uge.

Antallet af sygeplejersketimer per uge, ergo-

terapeuttimer osv. skal vi ikke udtale os om. Det er vort indtryk, at såfremt man tænker i de skitserede baner - behandling af arbejdsmiljø, profylaktisk individuel indsats, instruktion m. v. - nås den højeste og mest økonomiske effekt ved hjælp af et lille, højt kvalificeret team, der meget af tiden er ude i produktionslokalerne.

Naturligvis må de angivne timetal være forskellige på virksomheder af forskellige type. Det er imidlertid vores opfattelse, at disse tal vil gælde for hovedparten af industrivirksomheder. Vi mener også, at tallene for »papirarbejdere« må være betydeligt mindre. Forsøger vi at omsætte de angivne timetal til antal læger, fysioterapeuter osv., vil vi for en bedriftssundhedstjeneste, der skal betjene de 306.000 arbejdere i industrien, kunne regne os frem til et behov på 153 heltidslæger og heltidsfysioterapeuter.

Projekt nr. 18 : Emne: Nytttevirkningen af bedriftssundhedstjenesten

Begrundelse:

En betydelig udbygning af bedriftssundhedstjenesten forventes at ville finde sted i det kommende årti.

Traditionelt varetager bedriftssundhedstjenesten en række forskellige opgaver med især forebyggende sigte. Der er imidlertid meget få og ufuldstændige undersøgelser over nyttevirkningen af de forskellige opgaver. For at kunne tilrettelægge udbygningen af bedriftssundhedstjenesten på hensigtsmæssig vis, herunder udarbejde retningslinier for hvilke arbejder der først og fremmest bør tages op i forskellige virksomhedstyper, er der behov for at gennemføre systematiske undersøgelser over bedriftssundhedstjenestens nyttevirkning.

Beskrivelse:

Undersøgelsen foreslås gennemført i 2 ensartede industriområder med mellemstore virksomheder, formentlig beliggende i 2 sammenlignelige provinsbyer. I det ene område etableres en bedriftssundhedstjeneste bestående af såvel en medicinsk som en teknisk

del. Det andet område skal være kontrolområde.

Undersøgelsen foreslås indledt med en arbejdsmedicinsk og en arbejdshygiejnisk registrering af sundhedstilstanden og arbejdshygiejnen i de to områder. Derefter etableres bedriftssundhedstjenesten i det ene område. Efter 2 år gentages den indledende arbejdsmedicinske og arbejdshygiejniske undersøgelse. Endvidere afsættes til planlægning og bearbejdning af undersøgelsen 1 år.

Udgifter: ca. 900.000 kr.

Løbende udgifter til bedriftssundhedstjenestens daglige drift afholdes ved de deltagende virksomheder. Der åbnes dog mulighed for tilskud til særlige af projektet forårsagede udgifter.

Forskningsudgifter omfatter udgifter til indledende og afsluttende arbejdsmedicinske og arbejdshygiejniske undersøgelser, løn til forskningspersonalet i 3 år, driftsudgifter (kontorholdsudgifter, rejser m. v.) og udgifter til databearbejdning (statistik, konsulent-service, edb-kørsel m v.).

Socialmedicinsk Institut, Århus Universitet

Udgivelse nr. 11.

Diskussion og konklusion.

Det spørgsmål, der ved undersøgelsens start blev stillet, var, om der, specielt blandt de ansatte i trykkerihallen, fandtes en ophobning af visse symptomer, og om der i øvrigt kunne findes tegn på større sygelighed her.

Dette er undersøgt ved en sammenligning af symptomforekomst m. v. mellem de ansatte i på den ene side trykkerihallen og på den anden side de øvrige afdelinger.

Der fandtes procentvis flere personer med symptomangivelser blandt de ansatte i trykkerihallen. Dette var tilfældet for langt de fleste symptomer. Ved den statistiske bearbejdelse viste det sig imidlertid, at kun for symptomer som hoste, ondt i halsen og hørenedsættelse samt for summen af symptomer var der en statistisk sikker ophobning hos de ansatte i trykkerihallen. Tilsvarende fandtes søvnløshed hos dem, der arbejder på skiftehold.

Videre fandtes flere sygedage pr. ansat, flere indlæggelser og et større forbrug af smertestillende medicin hos de ansatte i trykkerihallen.

Endelig fandtes en sammenhæng mellem de symptomer, man angav, og den af lægen oplyste henvendelsesårsag, ligesom der fandtes en sammenhæng mellem summen af de angivne symptomer og antallet af lægekon-takter.

Konklusionen bliver således, at der gennemgående er flere symptomer og større sygelighed hos de ansatte i trykkerihallen sammenlignet med de øvrige ansatte, og at dette bekræftes af oplysningerne fra egen læge.

Som anført i kapitel 5 betyder påvisningen af disse sammenhænge ikke, at der er en årsagssammenhæng, men at de kan danne

udgangspunkt for yderligere undersøgelser dels af arbejdsmiljøet og dels af de ansatte med henblik på påvisningen af årsagsforhold.

Det må endvidere fremhæves, at man har koncentreret opmærksomheden omkring *forskelle* mellem afdelingerne, idet de øvrige afdelinger er betragtet som en slags normalmateriale. Dette vil imidlertid sige, at findes der belastende faktorer i flere afdelinger, vil de ikke kunne afsløres ved en sammenligning. Om den høje frekvens af ryg- og muskelsmerter i alle afdelinger kan tilskrives arbejdsforholdene, må undersøges ved mere direkte, f. eks. ergonomiske metoder.

Som tidligere nævnt blev der umiddelbart før undersøgelsen afskediget ca. 30 medarbejdere, og der er også efter undersøgelsen sket afskedigelser. At en sådan utryghed i sig selv kan have indflydelse på sygeligheden, er bl. a. påpeget af Knud Jacobsen (21).

De relativt mange, der giver udtryk for nedsat hørelse, sammenholdt med virksomhedens støjundersøgelse, giver anledning til i første omgang at tilråde årlige audiometerundersøgelser for at kortlægge graden af hørenedsættelse samt imådegå yderligere støj skader. Desuden må det anbefales, at der foretages foranstaltninger i et forsøg på at sænke støjniveauet. Som påpeget i arbejdsmiljøgruppens rapport nr. 3 har støjen ud over den direkte hørebeskadigende virkning også virkning på organismen som helhed (nervøse reaktioner og mave-tarm symptomer), hvorfor man anbefaler, at der arbejdes på at få gennemført en støjgrænse på 75 dB(A). Såfremt der yderligere skal tages komforthensyn, anbefales en grænse på 70 dB(A).

Symptomerne hoste og ondt i halsen, som blev angivet med størst hyppighed blandt de ansatte i trykkerihallen, kunne tyde på en større grad af slimhindeirritation,. Denne slimhindeirritation kunne skyldes tobak. Forskelle i de ansattes tobaksforbrug og rygevaner (arten af den anvendte tobak og inhalationsvaner) kunne være en forklaring på de fundne resultater, men dette er ikke undersøgt. En undersøgelse af luftens indhold af sundhedsskadelige opløsningsmidler viste, at for de enkelte så vel som for summen af de undersøgte stoffer lå de alle under de gældende hygiejniske grænseværdier. Imidlertid tager disse ikke højde for de langsigtede og lettere påvirkninger af den menneskelige organisme. For en lang række af de organiske opløsningsmidler gælder det, at de også ved de anerkendte grænseværdier medfører øget risiko for kroniske irritations-tilstande i slimhinderne (22).

Dette kunne give anledning til overvejelser af, om ikke også disse forhold burde tages i betragtning ved fastlæggelsen af de hygiejniske grænseværdier. Hertil kommer muligheden for, at der findes skadelige stoffer, der ikke er undersøgt før.

Som tidligere nævnt har arbejdsmiljøgruppen påpeget nødvendigheden af en højere uddybning af problemerne omkring opløsningsmidler. Spørgsmål som fastlæggelse af grænseværdier, deklarationspligt samt instruktion i arbejde med disse stoffer trænger til en afklaring, og arbejdsmiljøgruppen har i den 3. rapport peget på en række løsninger.

I forbindelse med den her forelagte undersøgelse kan man pege på en nøjere undersøgelse af de ansatte i trykkerihallen, f. eks. ved en lungemedicinsk vurdering, ligesom det må betragtes som vigtigt, at sikkerhedsudvalget får kendskab til alle nyindførte produkters sammensætning.

Forudsætningen for at gennemføre de anbefalede undersøgelser og vurdere resultaterne i sammenhæng med virksomhedens produktion og forhold i det hele taget, er en eller anden form for organiseret bedriftssundhedstjeneste.

Som nævnt i indledningen kan denne undersøgelse illustrere, hvorledes et samarbejde mellem en virksomheds sikkerhedsorganisation og et lokalt sygehus kan formaliseres. Tilknytningen af en specialist i arbejdsmedicin til de enkelte sygehuse er

netop en af de muligheder, der peges på i betænkningen om en dansk bedriftssundhedstjeneste. I øjeblikket råder sygehusene imidlertid hverken over personalemæssige eller kvalifikationsmæssige forudsætninger for at kunne varetage den yderligere uddybning af de nævnte arbejdsmedicinske problemer.

I betænkningen om en dansk bedriftssundhedstjeneste er ligeledes redegjort for de eksisterende arbejdsmedicinske uddannelser i Norden, og det konstateres, at der i Danmark i øjeblikket ikke eksisterer nogen ordnet arbejdsmedicinsk uddannelse.

Sammenlignet med Sverige og Finland (25) er den i betænkningen foreslåede uddannelse ganske utilstrækkelig.

I bemærkningerne til betænkningen tilråder D.a.d.L. (Den almindelige danske Lægeforening) en hurtig udbygning af undervisningstilbudet i arbejdsmedicin og arbejds-hygiejne. Ligeledes peger D.a.d.L. på, at det ideelle formentlig er etablering af arbejdsmedicinske klinikker i alle landets amter.

Afslutning.

Samarbejdet med virksomhedens sikkerhedsudvalg er i hele undersøgelsesperioden gået gnidningsløst. Jeg har haft uhindret adgang til virksomheden og har løbende deltaget i sikkerhedsudvalgsmøderne. Her er undersøgelsesforløbet, igangsatte arbejds-hygiejniske undersøgelser og miljøforbedrende foranstaltninger blevet diskuteret. Vanskeligere har det været at få oplyst indholdet af de forskellige stoffer og materialer, der anvendes i produktionen, men dette skyldes leverandørernes vægren.

Virksomheden er positivt indstillet over for miljøforbedrende foranstaltninger, hvilket ikke mindst skyldes veluddannede og aktive sikkerhedsrepræsentanter.

Den her præsenterede undersøgelse er i sig selv et udtryk for virksomhedens interesse i at få belyst forholdene mere dybtgående.

Samarbejdet mellem virksomheden og sygehuset kan illustrere, hvorledes det er muligt, såfremt afdelingen er indstillet herpå, at foretage mere udadvendte undersøgelser og engagere afdelingen i problemstillinger, der ligger uden for det mere traditionelle hospitalsregi, i dette tilfælde et tilløb til en fremtidig bedriftssundhedstjeneste.

Undersøgelsen kan ligeledes illustrere vig-

tigheden af at etablere kontakt til områdets praktiserende læger. Dette er lykkedes i forbindelse med denne undersøgelse og har dels resulteret i en betydelig interesse for de ar-

bejdsmedicinske problemer blandt de praktiserende læger, dels mere konkret i en besvarelsesprocent på 100 på spørgeskemaerne til de praktiserende læger.

4. Bedriftssundhedstjeneste i andre lande

4.1. Skandinavien.

Udviklingen af bedriftslægeordninger i de andre skandinaviske lande er gået hurtigere end herhjemme. De erfaringer, man har gjort, kan anvendes ved omlægning og en udbygning af den danske ordning.

4.1.1. Norge.

I Norge blev ordningen for 25 år siden opbygget efter forhandlinger mellem Norsk Arbejdsgiverforening, norsk LO og Den norske Lægeforening. Man fastlagde her retningslinierne for oprettelse af Bedriftslægerådet.

4.1.1.1. Bedriftslægerådet.

Bedriftslægerådet består af én repræsentant fra hver af de tre organisationer. Rådet har sit eget sekretariat, der finansieres ligeligt af de tre organisationer. Det overvejes at udvide rådet med en repræsentant fra Helsedirektoratet, en fra Rigstrygdeverket og en fra Statens Arbejdstilsyn.

Sekretariatets opgaver er følgende:

- 1) at arbejde for at indføre bedriftslægeordninger i flest mulige virksomheder,

- 2) indhente oplysninger og føre fortegnelse over alle virksomheder, som har indført bedriftslægeordninger,
- 3) bringe de forskellige virksomheders bedriftslægeordninger i overensstemmelse med de vedtagne retningslinier,
- 4) udarbejde en årsberetningsmodel, som kan anvendes af bedriftslægerne, og foretage statistisk bearbejdelse af det indkomne materiale,
- 5) besvare alle forespørgsler og behandle tvivls- og stridsspørgsmål i forbindelse med bedriftslægevirksomheden,
- 6) eventuelt foretage indstilling ved besættelse af bedriftslægestillinger.

Ordningen er baseret på en frivillig overenskomst mellem de tre parter. Der er i Norge ingen lovbestemmelser, der påbyder en virksomhed at ansætte en bedriftslæge.

For at illustrere udviklingen af bedriftslægeordninger i de år, Bedriftslægerådet har eksisteret, skal følgende diagrammer vises:

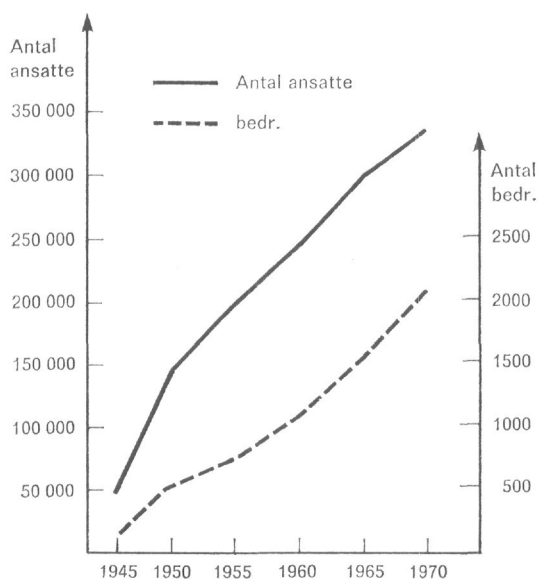


Fig. 4.1

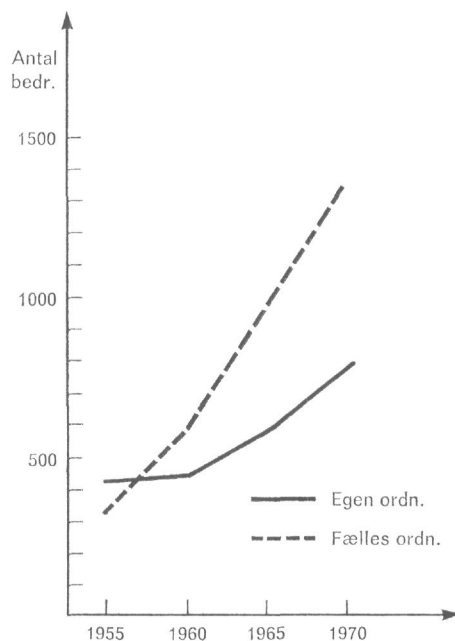


Fig. 4.2

Fig. 4.1. viser, at antallet af virksomheder med bedriftslægeordninger i perioden 1946-70 er steget fra 110 til ca. 2.100. Samtidig er antallet af ansatte i disse virksomheder steget fra 45.000 til 335.000. Af fig. 4.2. fremgår det, at tilgangen til ordningen i den sidste del af perioden især er kommet fra mindre virksomheder med fælles bedriftslægeordning.

Ifølge Bedriftslægerådets årsrapport var der i 1973 registreret 639 bedriftslæger i Norge. Heraf er ca. 30 heltidsansatte.

4.1.1.2. Bedriftslægeordningen.

Formålet med ordningen er:

»at bevare og fremme de ansattes helbredstilstand - både fysisk, mentalt og socialt samt at fremme arbejdshygiejnen«.

Dette søges opnået ved regelmæssige lægeundersøgelser og sundhedsvejledning og ved regelmæssige hygiejniske inspektioner af arbejdsforholdene.

Instruks for bedriftslæger.

Den til bedriftslægeordningen udarbejdede indgående instruktion giver bedriftslægen anvisninger på, hvordan denne skal gennemføre helbredsundersøgelser af forskellig slags, udøve kontrol med arbejdshygiejnen, og hvordan denne skal være virksomhedens medicinske rådgiver samt følge og registrere sygefravær.

Den norske bedriftslægeordning er i øvrigt opbygget på traditionel vis med hovedvægten lagt på det forebyggende arbejde.

Efter instruktionen skal bedriftslægen være virksomhedens objektive sagkyndige i helbreds- og hygiejnespørgsmål og må derfor have en fri og uafhængig stilling over for såvel arbejdsgiveren som over for de ansatte. Bedriftslægen må ikke hæmmes og hindres i sit arbejde ved, at sagerne skal passere personer, hvis hygiejniske indsigter og forståelse kommer til at afgøre, om lægens forslag vil blive fremmet over for ledelsen.

I forbindelse med lægen? »objektive og uafhængige« stilling rejser ofte spørgsmålet om dennes tilknytning til virksomheden. Der sættes her spørgsmålstegn ved, om det er rimeligt, at lægen ansættes af virksomheden og således nemt bliver betragtet som ledelsens repræsentant i medicinske spørgsmål. Spørgsmålet er, om bedriftslægen som hidtil

bør ansættes af arbejdsgiveren, af det offentlige som led i en almindelig forebyggende sundhedsvirksomhed eller på en helt tredje måde.

Emnet blev i Norge drøftet i forbindelse med Bedriftslægerådets 25-årige jubilæum i 1971, og der var her stort set enighed mellem arbejdsgivere, ansatte og læger om, at der i øjeblikket ikke er noget realistisk alternativ til den gældende ordning. Flertallet af medarbejderne betragter ikke bedriftslægen som arbejdsgiverens repræsentant, selv om han ansættes og aflønnes af denne. Det afgørende er i langt højere grad, om lægen gennem sit arbejde forstår at skabe et tillidsfuldt samarbejde mellem på den ene side virksomhedens ledelse og på den anden side de ansatte. Såfremt dette mislykkes, vil en bedriftslægeordning ikke komme til at fungere, hvad enten lægen er ansat af den ene eller anden part.

Det fremgår af den norske diskussion, at det ikke vil blive lettere for en bedriftslæge at arbejde på en virksomhed, hvis lægen bliver ansat af det offentlige, idet det ofte vil blive betragtet som noget, der er blevet påduttet virksomheden udefra.

Sygdomsbehandling.

Med hensyn til spørgsmålet om sygdomsbehandling indeholdt instruktionen oprindelig kun anvisning på, at sygdomsbehandling ikke måtte foretages på arbejdspladsen. Undtaget herfra var kun tilfælde, som krævede øjeblikkelig førstehjælp, tilsyn med erhvervssygdomme, som ikke krævede fravær fra arbejdet, og - i begrænset udstrækning - behandling af småskader. De norske bedriftslæger ønsker ordningen lempet på dette punkt, således at bedriftslægen i en vis udstrækning kan foretage sygdomsbehandling på arbejdspladsen i den tid, der ikke benyttes til forebyggende virksomhed.

Meningsundersøgelse.

Efter de informationer, der er til rådighed vedrørende den norske bedriftslægeordning, fungerer den overvejende tilfredsstillende. Bedriftslægerådet foretog i 1966 en meningsundersøgelse blandt de virksomheder, som ifølge rådets kartotek havde bedriftslægeordning.

Undersøgelsen viser, at ordningen bliver praktiseret meget forskelligt, alt afhængig af

virksomhedens størrelse og art. Adskillige af de opgaver, som bedriftslægen er pålagt at udføre i henhold til instruksen, er der således ikke behov for at udføre i mange små virksomheder inden for servicebranchen.

I industrielle virksomheder er der behov for aktiviteter som helbredsundersøgelse, arbejds-hygienje- og fraværskontrol, mens i f. eks. kontorvirksomheder vil arbejdsopgaverne omkring arbejds-hygienje være minimale. Det indskrænker sig til kontrol af rengøring, ventilation, belysning og personalerum.

Undersøgelsen understreger nødvendigheden af, at en bedriftslægeordning tilpasses til de forskellige kategorier af virksomheder.

Alle tre parter - de ansatte, arbejdsgiverne og lægerne - anser helbredsundersøgelserne både af nyansatte og andre som den mest betydningsfulde opgave i bedriftslægearbejdet. Der er dog meningsforskel mellem parterne om den praktiske udførelse af helbredsundersøgelserne. Lægerne mener, at intervaller mellem undersøgelserne bør være fra 2 til 3 år for flertallet af de ansatte. Indsatsen bør efter lægernes mening i højere grad bruges til undersøgelser af personer med stort sygefravær, delvis arbejdsføre, gamle og personer med risikobetonet arbejde.

I modsætning hertil mener både ledelsen og de ansatte, at kravet om, at alle ansatte skal undersøges mindst en gang årligt, må skærpes, enkelte mener endog, at lægeundersøgelsen bør ske to gange årligt. Regelmæssig undersøgelse af de ansatte har i høj grad sundhedsmæssig betydning, idet man bl. a. får gode muligheder for at skabe kontakt til de ansatte, for at give sundhedsoplysning og sidst, men ikke mindst, af mentalhygienjiske grunde.

Det skal til slut nævnes, at en hovedårsag til, at den norske bedriftslægeinstitution er så relativt veludbygget, sandsynligvis er den, at mange store virksomheder er ret afsides beliggende, og i mange tilfælde er den læge, som er ansat ved virksomheden, den eneste læge i det pågældende distrikt. Det samme forhold gælder i øvrigt for Sverige.

4.1.2. Sverige.

I Sverige bygger bedriftslægeinstitutionen på en aftale om bedriftssundhedstjeneste

(Överenskommelse om riktlinjer för företagshälsovård samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på företagshälsovårdens område) som i 1967 er indgået mellem svensk LO og Svensk Arbejdsgiverforening (SAF). Organisationerne har oprettet Arbejds-skydds-nämnden, som har opgaver inden for hele det fælles arbejdsmiljøområde, og derfor også tager sig af udviklingen af bedriftssundhedstjenesten.

4.1.2.1. Betænkning om bedriftssundhedstjeneste.

Under medvirken af repræsentanter fra bl. a. SAF og LO udarbejdede den svenske arbejds-skyddsstyrelse i 1968 en betænkning om bedriftssundhedstjeneste.

I betænkningen, der bl. a. blev lagt til grund for førnævnte overenskomst mellem SAF og LO, fremdrages, at bedriftssundhedstjeneste bør ses som en integreret del af arbejderbeskyttelsen, og med den hastige udvikling i det moderne industrisamfund bliver der et stadigt større behov for bedriftssundhedstjeneste. Behovet er i betænkningen opgjort til ca. 1.500 heltidsansatte bedriftslæger og ca. 2.400 heltidsansatte sygeplejersker ved en fuldt udbygget bedriftssundhedstjeneste.

Ifølge betænkningens beregninger havde ca. 25 pct. af de ansatte inden for industrien mulighed for at komme i kontakt med en læge gennem en bedriftssundhedstjeneste. Siden er bedriftssundhedstjenesten blevet betydeligt udbygget, og der er nu uddannet ca. 450 bedriftslæger i Sverige. Sundhedstjenesten er først og fremmest vel udbygget ved de store industrielle arbejdspladser. I de senere år er der blevet oprettet »företagshälsovårdscentraler«, og det vil sige, at flere mindre og middelstore virksomheder inden for forskellige brancher er gået sammen i oprettelsen af en bedriftssundhedstjeneste.

Man er i Sverige af den opfattelse, at udviklingen inden for arbejdslivet gør en hurtigere udbygning af sundhedstjenesten i industrien nødvendig. Især gælder det for mindre industrier, at de ofte har arbejds-hygienjiske problemer, men behovet for bedriftssundhedstjeneste vokser også ved ikke-industrielle arbejdspladser, og inden for en årrække vil der være et behov i praktisk taget alle virksomheder uanset størrelse og branche.

I betænkningen foreslår man følgende organisationsmodeller som vejledning ved indførelse af bedriftssundhedstjeneste:

- 1) Indbygget bedriftssundhedstjeneste med heltidsansat læge og sikkerhedsingeniør.
- 2) Indbygget bedriftssundhedstjeneste med deltidsansat læge.
- 3) Bedriftssundhedscentraler, som sørger for sundhedstjenesten ved flere virksomheder.
- 4) Bedriftssundhedstjeneste, som opbygges branchevis med regionale centraler og mobile enheder, der besøger arbejdspladserne i regionen.
- 5) Andre organisationsformer.

Senere i dette afsnit er vist to praktiske eksempler på, hvordan man har opbygget en sundhedstjeneste efter pkt. 3) og 4), idet disse især har interesse for danske forhold.

4.1.2.2. SAF-LO-aftalen.

Aftalen om bedriftssundhedstjeneste mellem SAF og LO bygger i vid udstrækning på ILO's rekommandation nr. 112 fra 1959 om samme emne.

I aftalen mellem LO og SAF slås fast, at spørgsmålet om sikkerhed og sundhed på arbejdspladserne er et udpræget samarbejdsområde for parterne på arbejdsmarkedet. Man har fastsat en række opgaver for bedriftssundhedstjenesten i den enkelte virksomhed. Det drejer sig om følgende:

- 1) at medvirke ved planlægning af arbejdsmiljøet hvad angår spørgsmål om ergonomi, arbejds-hygieniske forhold og forholdsregler til forebyggelse mod erhvervsskader,
- 2) at udføre eller medvirke ved gennemførelsen af analyser af kemiske og fysiske faktorer, som kan medføre erhvervsskader, samt analyse af arbejdspladser under hensyntagen til ergonomiske og andre tilpasningssynspunkter,
- 3) at medvirke ved personaleplanlægningen og derved bl. a. sørge for helbredsundersøgelser af nyansatte og regelmæssige undersøgelser af de medarbejdergrupper, som har et særligt behov, f. eks. mindreårige, ældre og medarbejdere, som er udsat for en særlig sundhedsrisiko,

- 4) at give råd til virksomhedsledelsen og de ansatte ved omplacering af medarbejderne,
- 5) at virke for rimelige muligheder for genoptræning af medarbejdere efter sygdom,
- 6) at medvirke ved organisering af førstehjælpsindsatsen ved ulykkestilfælde,
- 7) at medvirke ved organiseringen af arbejderbeskyttelsesarbejdet og ved arbejdet i sikkerhedsudvalget, bl. a. gennem en årlig rapport, samt i forekommende tilfælde bistå sikkerhedsudvalget og sikkerhedsrepræsentanterne med råd og anvisninger,
- 8) at overvåge den almindelige helbredstilstand i virksomheden, bl. a. ved hjælp af fraværsregistrering og syge- og skadesstatistikker,
- 9) at medvirke i virksomhedens uddannelsesarbejde,
- 10) at udføre eller organisere vaccinationer,
- 11) at give råd i spørgsmål om sygdomstilfælde, som er opstået eller forværret under arbejdet, samt at give medarbejderne ambulant behandling for ulykkeskader i den udstrækning, det er rimeligt.

Aftalen udgør grundlaget for den fortsatte bedriftssundhedstjenestes udbygning. En udbygning, som parterne er enige om bør foregå lige så hurtigt, som den almene tilvækst af ressourcer på området tillader.

Samarbejdet på det lokale plan kan enten foregå i samarbejdsudvalget, sikkerhedsudvalget eller i et særligt nedsat udvalg om bedriftssundhedstjeneste. Såfremt man vælger samarbejdsudvalget, bør man dog sikre sig, at der findes en sikkerhedsrepræsentant i dette udvalg.

I det følgende skal vises to eksempler på, hvorledes man i Sverige har opbygget bedriftssundhedstjeneste dels for en branche, dels for et antal små virksomheder fra forskellige brancher.

Organisation.

Motorhälsan er stiftet som et aktieselskab mellem 16 forskellige større eller mindre autoforhandlere, bilværksteder, forhandlere af motordrevne landbrugsmaskiner o. 1.

Organisationen stiftedes i 1973 og dækker på indeværende tidspunkt i alt ca. 5.300 ansatte, fordelt på virksomheder med fra ca. 1.000 til 50 ansatte. Virksomhederne er spredt ud over hele Stockholm, og flere af de 16 virksomheder har en lang række mindre filialer med helt ned til tre til fire ansatte.

Yderligere ca. 1.500 arbejdere skønnes at være ansat inden for tilsvarende virksomhedstyper i Stockholm-området, men er ikke tilsluttet nogen form for bedriftssundhedstjeneste. En væsentlig del af disse virksomheder er helt små private værksteder og forhandlere. På længere sigt regner man med, at også disse virksomheder vil tilslutte sig Motorhälsan. Årsagen til, at de i øjeblikket ikke er tilsluttet, menes bl. a. at være frygt for store omkostninger i form af ændringer af installationer m. v. foranlediget af en effektiv bedriftssundhedstjeneste.

Aktieselskabet ledes af en styrelse med fem arbejdsgiverrepræsentanter, fire arbejdere, fire arbejdsledere og en repræsentant for svensk bilprøveanstalt.

Personale, lokaler m. v.

Der er i øjeblikket ansat to læger, to sygeplejersker, en sekretær og en sygehjælper. En læge og en sygeplejerske udgør et såkaldt team, der er ansvarlig for hver sin halvdel af virksomhederne. Begge læger har gennemgået bedriftslægekursus.

Ved Motorhälsan var der endnu ikke ansat sikkerhedsingeniør eller andre teknikere. Det er planen at udbygge bedriftssundhedstjenesten også på dette felt, ligesom det er planen at ansætte en fysioterapeut.

Klinikken er placeret centralt ved en undergrundsstation og store indkørselsveje i Stockholm. Der er to hold kontorer og undersøgelseslokaler til læge og sygeplejerske. Endvidere et mindre sekretariat og et modtagelsesrum, en skadestue, et mindre laboratorium og et røntgenrum. Der er endvidere et større rum, som i øjeblikket anvendes til undervisning. På længere sigt er det meningen, man her vil indrette kontorer til en tredje læge og teknikere.

Budgettet for 1974 andrager knap 1 mill. sv. kr., hvoraf halvdelen refunderes af det offentlige (88 sv. kr. pr. medarbejder pr. år).

Godt halvdelen af udgiften går til lønninger. Af andre store udgiftsposter er leje af

lokaler og laboratorieundersøgelser ved helbredskontroller.

Opgaver.

Arbejdet er delt nogenlunde ligeligt mellem behandling og forebyggende arbejde, idet to af ugens dage er afsat til behandling og to til undersøgelser samt en dag til virksomhedsbesøg, undervisning m. v.

Ansættelsesundersøgelser gennemføres konsekvent af alle, men dog først efter nogen tids ansættelse, hvorved man samtidig får lejlighed til at vurdere tilpasningen til arbejdet. Ansættelsesundersøgelserne er et tilbud og ikke nogen betingelse for ansættelse.

Helbredsundersøgelser bliver ikke gennemført konsekvent af alle. På grund af det relativt store antal ansatte i forhold til antal læger og den korte tid, i hvilken Motorhälsan har bestået, forsøger man nu at lave helbredsundersøgelserne målrettede. Man undersøger systematisk en lang række risikogrupper i en vis rækkefølge. Således har man indført helbredsundersøgelser af samtlige pladesmede på de forskellige værksteder, samtlige billakerere og bil- og traktormekanikere. Eksempelvis hos pladesmedene undersøger man blodet for bly, og samtidig er arbejdspladsen blevet analyseret for forskellige mulige sundhedsskadelige forekomster. Man har fundet, at 10 pct. har forhøjet blodblyværdier, hvilket man nu forsøger at forbedre på forskellig vis. Man er ligeledes blevet opmærksom på, at de plastmasser, som fyldes i buledede skærme m. v., under forskellige omstændigheder kan irritere lungerne. Dette problem er nu under nærmere teknisk analyse.

Diagnose, behandling og skadestuearbejde udgør knap halvdelen af arbejdet, skadestuebehandling dog kun for de nærmere liggende virksomheder. De ansattes familiemedlemmer er ikke inkluderet i behandlingstilbudet.

Revalidering, omplacering m. v. har man kun i meget ringe udstrækning taget op. På længere sigt er det meningen i højere grad også at medinddrage dette i arbejdet.

Undervisning er det til gengæld planlagt at gøre væsentligt mere ud af, og man kører allerede kurser for samaritter rundt omkring på de enkelte virksomheder. En meget vigtig årsag til denne aktivitet er, at man satser på samaritterne som kontaktpunkt for Motorhälsan på de enkelte virksomheder og underaf-

delinger af virksomhederne rundt omkring i byen. Derudover har man planlagt kurser for sikkerhedstjenestens folk.

Arbejdspladsbesøg er et væsentligt led i virksomheden.

Kontakten til distriktslæger og sygehuse anses for dårlig på grund af den store spredning af virksomheder ud over hele Stockholm. Derimod har man vældig god kontakt med den arbejdsmedicinske klinik og benytter sig i vid udstrækning af klinikkens forskellige eksperter.

Hälsovårdscentralen Anderstorp.

Hälsovårdscentralen i Anderstorp har været i funktion siden 1966 for så vidt angår den medicinske del. Den tekniske del af virksomheden er startet i 1970.

Centralen er etableret i et område, hvor der findes en mængde små virksomheder med fra ganske få op til omkring 130 ansatte. Byen Anderstorp har ca. 5.000 indbyggere.

Organisation.

Til den medicinske del af centralen er tilsluttet 74 virksomheder med i alt ca. 1.800 ansatte. Til den tekniske del er tilsluttet 52 virksomheder med ca. 1.430 ansatte.

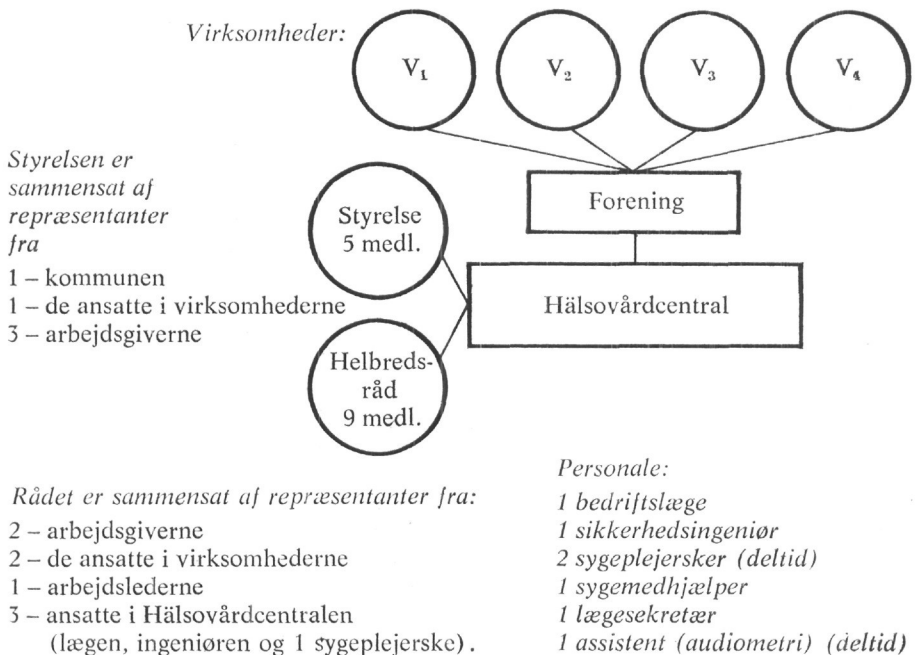
Omkostningerne ved centralens drift dækkes ved bidrag fra de virksomheder, der er tilsluttet ordningen. For den medicinske virksomhed betales 75 sv. kr. pr. ansat pr. år. For den tekniske virksomhed er bidraget afhængig af, hvilken branche man tilhører:

Metalindustrien 60 sv. kr. pr. ansat pr. år
Øvrige industri 30 sv. kr. pr. ansat pr. år
Handel og lager 15 sv. kr. pr. ansat pr. år

Ved sygdomsbehandling betales endvidere 12 sv. kr. pr. konsultation i 1973, og dette bidrag betales af lønmodtageren selv.

Virksomheden drives som et aktieselskab, der ejes af en forening, hvor alle de tilsluttede virksomheder er medlemmer. Foreningen holder møde en gang om året, årsmødet.

Opbygningen af styrelsen kan illustreres således:



Aktieselskabet ledes af en styrelse på fem personer, hvoraf en er udpeget af kommunen, en af de ansatte og tre af arbejdsgiverne. Kommunen er medlem af foreningen på lige fod med de øvrige virksomheder og har stillet lokaler til rådighed for centralen.

I styrelsen behandles først og fremmest spørgsmål vedrørende centralens økonomi samt det tilknyttede personale. I helbredsrådet behandles spørgsmål, der vedrører de sundhedsmæssige forhold på de virksomheder, der er medlem af centralen.

Ud over ovennævnte personale har man endvidere forbindelse til en fysioterapeut, hos hvem centralen køber timer til bestemte virksomheder. Denne praksis kan drives i centralens lokaler.

Opgaver.

Sundhedstjenesten drives i overensstemmelse med retningslinierne i aftalen mellem SAF og LO.

Sundhedstjenesten har inddelt sine opgaver ligeligt i 4 dele: 1) medicinsk forebyggende arbejde, 2) teknisk forebyggende arbejde, 3) sygdomsbehandling og 4) revalidering.

Endvidere er der gode muligheder for at skabe kontakter på virksomhederne samt at tilrettelægge en uddannelse af virksomhedernes personale. Lægen tager på virksomhedsbesøg mindst en halv dag om ugen. Det er planen at udvide disse besøg til mindst en hel dag om ugen.

I forbindelse med behandlingen af sygdoms- og ulykkestilfælde har man i Anders-
torp ikke et klart billede af, om opbygningen af sundhedstjenesten har haft indflydelse på fraværshyppigheden. Antallet af svære ulykkestilfælde er faldet. Resultaterne af centralens arbejde ses først og fremmest i form af et bedre arbejdsmiljø og en bedre arbejdstilpasning på de enkelte virksomheder.

De former for helbredsundersøgelser, som indgår i centralens program, er:

1. Alm. helbredsundersøgelser
2. Helbredsundersøgelser rettet mod særlige risikogrupper:
 - undersøgelse af nyansatte,
 - opfølgning (3. md. kontrol),
 - ældre arbejdstagere (over 45 år),
 - ansatte med stort fravær,
 - ansatte med nedsat helbred,

- ansatte med tilpasningsvanskeligheder,
- ansatte udsat for særlig erhvervsrisiko, f. eks. støj, bly, silikose m. v.

På Hålsøværkcentralen er man i øvrigt af den opfattelse, at den måde, man her har etableret bedriftssundhedstjenesten på, er ideel. Medarbejderne på centralen bliver af de ansatte på de enkelte virksomheder anset som uafhængige i relation til forholdet mellem de ansatte og arbejdsgiveren i øvrigt.

4.1.3. Finland.

I marts 1971 indgik arbejdsmarkedets parter i Finland en aftale om bedriftssundhedstjeneste, som på mange punkter minder om den svenske aftale. Men allerede inden denne aftale blev indgået, har der i vid udstrækning været drevet bedriftssundhedstjeneste i Finland.

Sammenlagt har en stor del af landets ansatte adgang til sundhedstjeneste under en eller anden form i tilknytning til arbejdet. Dette gælder især de ansatte i industrien. Bedriftssundhedstjenesten udøves af ca. 700 læger og ca. 600 sygeplejersker. Af lægerne er de fleste deltidsansatte, medens flertallet af sygeplejerskerne er heltidsansatte.

Omkostningerne ved bedriftssundhedstjenesten deles i almindelighed på den måde, at arbejdsgiverne betaler for den forebyggende virksomhed og arbejdstagerne for sygdomsbehandlingen. En del af udgifterne refunderes dog af den offentlige sygesikring.

Af særlig betydning for udviklingen af arbejdsmedicin i Finland har Institut for Arbejdshygiejne været. Instituttet blev startet for ca. 25 år siden og har afdelinger for medicin, fysiologi, psykologi, teknisk hygiejne og toksikologi-biokemi, hvor der udføres en omfattende forsknings- og uddannelsesvirksomhed. Der gives bl. a. en 4-årig specialuddannelse i arbejdsmedicin, hvor et stort antal læger har erhvervet sig denne specialviden. I tilknytning til instituttet drives en bedriftssundhedscentral, som betjener ca. 200 mindre arbejdspladser med omkring 20.000 ansatte.

I Finland foregår i øjeblikket en udbygning af den primære sundhedstjeneste i form af etablering af »sundhedscentre«. På længere sigt er det hensigten, at alle kommuner skal dækkes med sådanne centre. I tilslut-

ning til disse sundhedscentre planlægger man videre at etablere bedriftssundhedscentre, der først og fremmest skal dække mellemstore og små virksomheder.

4.2. EF-regler.

Sundhedsforskrifter og arbejderbeskyttelse hører - ligesom socialpolitikken i øvrigt - til et af de områder, hvor Rom-traktaten ikke giver EF-hjemmel til at gribe ind i de enkelte medlemslandes retstilstand, men Kommissionen har til opgave at fremme ethvert samarbejde på disse områder.

I løbet af 60'erne er således fremsat en række uforbindende henstillinger på disse områder.

EF-kommissionen har i 1962 udarbejdet en henstilling (nr. ^{20/1962}) til medlemslandene om ved lovgivning af sikre en harmonisering af bedriftslægeordningerne.

Henstillingen er opdelt således:

a) Uddannelse af bedriftslæger.

Det anbefales, at der oprettes særlige lærestole i arbejdsmedicin, og at samtlige lægestuderende får et mindstekendskab til dette fag, og at der endvidere åbnes adgang for en specialuddannelse, således at der kan opnås eksamensbevis som bedriftslæge.

b) Om bedriftslægens stilling i virksomheden og hans funktion.

Kommissionen foreslår, at bedriftslægen ved lov får garanteret teknisk og moralsk uafhængighed i forhold til såvel arbejdsgiver som arbejder, at der til udførelse af hans arbejdsopgaver sikres ham fornøden forbindelse med de på virksomheden eksisterende sikkerhedskomiteer, samarbejdsudvalg og lignende, at hans professionelle uafhængighed sikres i ansættelsesvilkårene (garanti mod vilkårlig afskedigelse), at han ikke skal have til opgave at kontrollere sygefravær, og at hans arbejdsområde afgrænses i forhold til de praktiserende lægers, bl. a. kan han ifølge henstillingen ikke foretage sygdomsbehandling.

c) I hvilket omfang bedriftslægeordningen kan gøres obligatorisk.

Det foreslås, at bedriftslægeordningen på grund af lægemangel i starten kun gøres obligatorisk på virksomheder, som beskæftiger mindst 200 arbejdere, men således at

denne grænse så hurtigt som muligt sænkes til 50. I virksomheder, hvor ulykkesrisikoen eller sundhedsfaren er særlig stor, skal ordningen dog være obligatorisk, uanset arbejdstallet.

Bedriftslægerne bør være heldagsbeskæftigede, og en læge bør ikke være ansvarlig for mere end 2.500 arbejdere. Beskæftiger virksomheden mange udlændinge, bør der tages særligt hensyn til de sproglige problemer.

Samtidig henstillede man i 1962 til medlemslandene at vedtage en europæisk liste over erhvervssygdomme, som uden videre skulle god tages som sygdomme, der giver ret til sociale ydelser.

En henstilling fra 1966 handler om regelmæssige tvungne lægeundersøgelse af ansatte, der er udsat for særlig risiko.

Henstillingerne er ikke siden blevet fulgt op fra Kommissionens side, men i de enkelte medlemslande har man på forskellig måde søgt at løse problemerne om bedriftssundhedstjeneste. Der skal her kun gøres rede for forhold, der er specielle i relation til forholdene i de allerede omtalte lande.

4.2.1. Vesttyskland.

Den arbejdsmedicinske og arbejds-hygieniske betjening af arbejdspladserne i Vesttyskland bygger på bedriftssundhedstjeneste og sikkerhedstjeneste, et arbejdstilsyn organiseret på delstatsniveau og på de såkaldte Berufsgenossenschaften (en kombination af forsikringskasser og branchesikkerhedsorganisationer).

Bedriftssundhedstjenesten i Vesttyskland befinder sig i øjeblikket i en overgangsordning, idet først og fremmest den medicinske del af bedriftssundhedstjenesten hidtil har bygget på en række frivillige aftaler organisationerne imellem. En ny lov er imidlertid trådt i kraft fra og med december 1974. Denne lov omfatter såvel den medicinske som den arbejds-hygieniske og sikkerhedstekniske side af bedriftssundhedstjenesten. Loven er en rammelov, der tilsigter, at samtlige arbejdstagere skal dækkes ind af en bedriftssundhedstjeneste. Loven, der i realiteten er en sammenfatning af de hidtil gældende aftaler og overenskomster, angiver rammerne for ansættelsesforhold, faglig kompetence og arbejdsområde. Ansættende myndighed er virksomheden, men bedriftsrå-

det skal høres, ligesom man i praksis næppe kan gå uden om dette. Loven understreger stærkt lægernes tavshedspligt og afstikker en række generelle rammer for arbejdsområdet, der i princippet ligger meget tæt op af såvel fællesmarkedskommissionens indstilling som ILO's henstilling 112. Bedriftslæger skal i princippet være specialister i arbejdsmedicin, hvilket bl. a. rummer en tre måneders teoretisk uddannelse.

Der er i øjeblikket ca. 1.800 bedriftslæger i Vesttyskland, heraf en trediedel heltids- og to trediedele deltidsansatte. Man regner med på længere sigt at kunne få brug for formentlig 4.000 heltidsansatte bedriftslæger, men forventer næppe dette mål opfyldt de første 10 år. For at øge tilgang til bedriftslægevirksomheden ser man sig i øjeblikket nødsaget til at mindske kravene til uddannelsen.

Virksomhederne betaler udgifterne, og man regner med, at bedriftssundhedstjenesten koster mellem 60 og 80 DM pr. ansat, mindst for store virksomheder og mest for de små.

Hovedparten af bedriftslæger er i øjeblikket ansat på de helt store virksomheder (over 5.000 ansatte), hvorved ca. 95 pct. af disse har bedriftslæge tilknyttet. For at få de små virksomheder med, først og fremmest sådanne med under 200 ansatte, som beskæftiger hovedparten af ansatte, arbejder man i øjeblikket med bedriftssundhedscentre, dog hovedsagelig på forsøgsbasis.

Inden for det vesttyske arbejdstilsyn varetages arbejdsmedicinen og arbejds-hygienen først og fremmest af dels en række arbejds-hygieniske institutter, dels en arbejdslægeinstitution og arbejdsmedicinske institutter i hver delstat. Disse institutter og institutioner er for det fleste centraliseret i få store byer. De arbejdsmedicinske institutter er for størstedens vedkommende udstyret med en række undersøgelsesfaciliteter. Dette skyldes først og fremmest, at det påhviler arbejdslægeinstitutionen at afgøre, om et anmeldt tilfælde af erhvervssygdom kan anerkendes eller ej. Arbejdslægeinstitutionen fungerer i princippet som den, vi kender fra Danmark, bortset fra den lige nævnte godkendelsesordning vedrørende de arbejdsmedicinske sygdomme. Der findes for tiden 72 arbejdslæger i Tyskland, og der er en del stillinger ledige.

Undervisningen i arbejdsmedicin foregår

for studenternes vedkommende ved universiteterne, hvor der findes lærestole i arbejdsmedicin ved samtlige universiteter. Vide-reuddannelsen i arbejdsmedicin er organiseret i 3-måneders kurser i München og Berlin.

Arbejdsmedicinsk forskning i Vesttyskland foregår for hovedpartens vedkommende ved universiteter og specialinstitutter oprettet i tilslutning til universiteter eller henhørende under de omtalte Berufsgenossenschaft. Enkelte arbejdsmedicinske institutter driver dog også en del forskning.

Vesttyskland er på grund af sin størrelse, sin tradition som industriland og sine meget store virksomheder ikke umiddelbart sammenlignelig med Danmark. En række ensartede træk gør imidlertid, at såvel den samlede arbejdsmedicinske som arbejdshygieniske betjening af arbejdspladserne, som i særdeleshed udformningen af bedriftssundhedstjenesten i Vesttyskland, må have stor interesse set med danske øjne. De praktiserende læger i Vesttyskland har en stilling og udbredelse, der tåler sammenligning med danske forhold, og arbejdsdelingen mellem den primære sundhedssektor og bedriftssundhedstjenesten minder i princippet om de i denne betænkning fremsatte forslag.

4.2.2 Frankrig.

I Frankrig blev der ved lov indført bestemmelser om obligatorisk bedriftssundhedstjeneste i 1946. Motiveringen herfor var først og fremmest, at arbejdsmiljøproblemerne i de små og mellemstore virksomheder ellers ikke kunne løses.

Bedriftssundhedstjenesten er siden da blevet gradvist udvidet, og de arbejdsopgaver, man fortrinsvis har beskæftiget sig med, er i det væsentlige af forebyggende karakter og adskiller sig ikke nævneværdigt fra de svenske forhold.

Efter loven er personalebehovet for læger og sygeplejersker specificeret med hensyn til antallet af ansatte og til en vis grad efter forekomsten af risikofaktorer. Den almindelige regel er, at der skal være en lægetime pr. måned til rådighed for hver 30 ansatte.

Uddannelsen af bedriftslæger tager et år ud over den almindelige lægeuddannelse og kan foregå ved en række universiteter i Frankrig.

4.2.3. Holland.

I Holland er det ved lov indført, at virksomheder i et vist omfang skal have bedriftssundhedstjeneste. Den er obligatorisk i virksomheder med mere end 750 ansatte, men også mindre virksomheder har ofte tilknytning til en sundhedstjeneste i en eller anden form. Disse er dog ikke forpligtede hertil.

Hvad angår personalebehovet regner man som norm med en læge pr. 3.000 ansatte. Ved en række opgaver benyttes bedriftssundhedsplejersker og andre assistenter.

Der findes i Holland en uddannelse for bedriftslæger, som varer tre år, hvoraf det første år er delt op i et fire måneders kursus i socialmedicin og et egentligt bedriftslægekursus på otte måneder, som består af en kombineret praktisk og teoretisk uddannelse. I de sidste to år gør man tjeneste som bedriftslæge under ledelse af en særlig tilforordnet læge.

På samme måde som i Norge findes der et centralt råd for bedriftssundhedstjenesten. Rådets formand er overlæge i arbejderbeskyttelsesstyrelsen. Rådet kan bl. a. afgøre tvister, som opstår på området.

4.3. Sammenligning af ordningerne.

En af de væsentligste forskelle mellem bedriftssundhedstjenester i de forskellige lande

ligger inden for sygdomsbehandlingens område, hvor behandlingsvirksomheden spænder fra kun at omfatte førstehjælp til fuld sygdomsbehandling inklusive specialistbehandling af såvel ansatte som deres nærmeste familie. Behandlingsaktiviteten er afhængig af den primære sundhedstjenestes udbygning.

Et fællestræk ved ordningerne i de forskellige lande er, at omkostningerne stort set afholdes af arbejdsgiveren. Det gælder især omkostningerne i forbindelse med den forebyggende virksomhed, medens omkostninger ved sygdomsbehandling oftest refunderes af den offentlige sygesikring.

Der findes almindeligvis ikke nogen formaliseret forbindelse fra bedriftssundhedstjenesten til det offentlige sundhedsvæsen. Den eneste forbindelse er normalt den kollegiale, som findes mellem læger.

Grundlaget for bedriftssundhedstjeneste varierer også imellem landene. I nogle lande er ordningen helt baseret på frivillighed, medens den i andre, f. eks. Norge, Sverige og Finland, er baseret på en aftale mellem arbejdsmarkedets parter. I Frankrig, Holland og Vesttyskland bygger ordningerne helt eller delvis på lovgivning.

Fælles for dem alle gælder, at de i stor udstrækning stemmer overens med ILO-rekommandation nr. 112, jfr. kap. 6

Henstilling nr. 112 om indførelse af sundhedstjeneste på arbejdspladserne

Den internationale Arbejdsorganisations generalkonference ,

der er blevet sammenkaldt i Geneve af det internationale Arbejdsbureaus styrelsesråd, og som er trådt sammen til sit 43. møde den 3. juni 1959, og

som er blevet enige om vedtagelsen af visse forslag med hensyn til indførelse af sundhedstjeneste på arbejdspladserne, der er optaget som 4. punkt på mødets dagsorden, og

som har besluttet, at disse forslag skal tage form af en henstilling, vedtager i dag den 24. juni 1959 følgende henstilling:

I. Definition.

1. I nærværende henstilling betyder udtrykket »arbejdssundhedstjeneste« en foranstaltning i eller i nærheden af et arbejdssted med henblik på

- a) at beskytte arbejderne mod de sundhedsfarer, der måtte opstå ved deres arbejde eller de forhold, hvorunder det udføres;
- b) at bidrage til arbejderens fysiske og psykiske tilpasning, i særdeleshed en tilpasning af arbejdet til arbejderne og disses anbringelse ved arbejde, hvortil de er egnede; og
- c) at bidrage til at tilvejebringe og vedligeholde den højst mulige grad af legemligt og sjæleligt velbefindende for arbejderne.

II. Gennemførelse.

2. I betragtning af, at forhold og praksis er forskellige i de forskellige lande, kan sundhedstjenesten efter omstændighederne tilvejebringes

- a) ved lov eller administrativ bestemmelse;
- b) ved kollektiv overenskomst eller på anden af de pågældende arbejdsgivere og arbejdere vedtagen måde; eller
- c) på anden af vedkommende myndighed efter forhandling med arbejdsgiver- og arbejderorganisationerne godkendt måde.

III. Organisation.

3. Sundhedstjenesten bør under hensyntagen til forholdene og de gældende regler

- a) enten organiseres af virksomhederne selv eller overdrages til et udenforstående organ;
- b) organiseres
 - i) som en særskilt foranstaltning inden for en enkelt virksomhed; eller
 - ii) som en fælles foranstaltning for en række virksomheder.

4. For at udvide sundhedstjenesten til at omfatte alle arbejdere bør der oprettes en sundhedstjeneste for industrielle, ikke-industrielle og landbrugsmæssige virksomheder og for offentlige virksomheder. Såfremt der ikke straks kan tilvejebringes en sundhedstjeneste for alle virksomheder, bør en sådan foranstaltning i første række indføres

- a) for virksomheder, hvor sundhedsfarerne må anses for størst;
- b) for virksomheder, hvor arbejderne er udsat for særlig sundhedsmæssig risiko;
- c) for virksomheder, der beskæftiger over et nærmere fastsat antal arbejdere.

5. I tilfælde, hvor tilvejebringelse af en sundhedstjeneste af den i nærværende hen-

stilling omhandlede art ikke af geografiske eller af andre ved national lovgivning eller administrative bestemmelser nærmere angivne grunde kan gennemføres for tiden, bør virksomheden træffe aftale med en læge eller en lokal lægetjeneste om

- a) at yde behandling i nødstilfælde;
- b) at foretage de ved national lovgivning eller administrative bestemmelser foreskrevne lægeundersøgelser; og
- c) at udøve tilsyn med de sundhedsmæssige forhold i virksomheden.

IV. Opgaver.

6. Sundhedstjenesten bør først og fremmest være af forebyggende karakter.

7. Sundhedstjenesten skal ikke tage sig af kontrollen med arbejdsforhold på grund af sygdom. Dette forhindrer dog ikke, at den undersøger de forhold, der måtte ligge til grund for en arbejders sygeorlov, og holder sig underrettet om sygdommens forløb, således at den bedre kan bedømmes effektiviteten af sit forebyggende arbejde, blive opmærksom på sundhedsfarer og foreslå en passende anbringelse af arbejderne med henblik på deres generhvervelse af arbejdsevnen.

8. Sundhedstjenestens opgaver bør i overensstemmelse med forholdene og under hensyntagen til, hvor stort omfang en eller flere af disse opgaver bliver tilstrækkeligt varetaget af andre egnede organer i henhold til national lovgivning eller praksis, gennemføres gradvis, således at de især omfatter følgende:

- a) overvågelse af alle forhold inden for virksomheden, som måtte berøre arbejdernes sundhed, og ydelse af rådgivning i denne henseende til virksomhedsledelsen og arbejderne eller deres repræsentanter i virksomheden;
- b) arbejdsundersøgelser eller deltagelse i sådanne undersøgelser ud fra hygiejniske, fysiologiske og psykologiske hensyn samt rådgivning til virksomhedsledelsen og arbejderne om den bedst mulige tilpasning af arbejdet til arbejderen på grundlag af disse hensyn;
- c) deltagelse sammen med vedkommende øvrige afdelinger og organiserede tjene-

ster i virksomheden i forebyggelse af ulykkestilfælde og erhvervssygdomme, tilsyn med personlige beskyttelsesmidler og deres anvendelse samt ydelse af rådgivning til virksomhedsledelsen og arbejderne i denne henseende på dette område;

- d) sundhedsmæssigt tilsyn med sanitære installationer og andre foranstaltninger for arbejderne velfærd, såsom køkkener, kantiner, vuggestuer og fritidsforanstaltninger samt tilsyn med enhver art af forplejning af arbejderne;
- e) lægeundersøgelser forud for antagelsen samt periodiske og særlige lægeundersøgelser, herunder eventuelt biologiske undersøgelser og røntgenundersøgelser, der er foreskrevet ved nationale love eller administrative forskrifter eller ved overenskomster mellem de pågældende parter eller organisationer, eller som arbejdslægen anser for ønskelige af forebyggende grunde; disse undersøgelser bør foretages med særligt henblik på visse grupper af arbejdere, såsom kvinder, unge mennesker, arbejdere udsat for særlig risiko samt erhvervshæmmede;
- f) overvågelse af arbejdets tilpasning til arbejderne, i særdeleshed de erhvervshæmmede, efter deres fysiske evner, deltagelse i disse arbejderes genuddannelse og indpasning i arbejde, samt ydelse af rådgivning på dette område;
- g) ydelse af rådgivning til virksomhedsledelsen og arbejderne ved anbringelse eller omflytning af arbejdere;
- h) individuel rådgivning til arbejderne efter anmodning vedrørende eventuelle forstyrrelser, der måtte opstå eller forværres under arbejdet;
- i) førstehjælpsbehandling ved ulykkestilfælde eller ildebefindende samt under visse omstændigheder og efter aftale med de implicerede (herunder arbejderens egen læge) ambulant behandling af arbejdere, som ikke har været fraværende fra deres arbejde, eller som er vendt tilbage efter fraværelse;
- j) oplæring af førstehjælpspersonale og periodiske øvelser for dette personale samt tilsyn med og vedligeholdelse af førstehjælpsudstyr, eventuelt i samarbejde med andre afdelinger og organiserede tjenester;

- k) uddannelse af virksomhedens personale i sundhedsmæssige forhold og hygiejne;
- 1) indsamling og periodisk revision af statistiske oplysninger om sundhedsforholdene i virksomheden;
- m) forskningsarbejde med hensyn til sundhed på arbejdspladsen eller deltagelse i sådant forskningsarbejde i forbindelse med særlige organiserede tjenester eller institutioner.

9. I tilfælde, hvor en eller flere af de i foregående stykke anførte opgaver i overensstemmelse med national lovgivning eller praksis varetages af andre organiserede tjenester end sundhedstjenesten, bør disse forsyne arbejdslægerne med de oplysninger af betydning, som disse måtte ønske at få.

10. Sundhedstjenesten bør opretholde et snævert samarbejde med de øvrige afdelinger og organiserede tjenester i virksomheden, der beskæftiger sig med spørgsmål vedrørende arbejderne sundhed, sikkerhed eller velfærd, i særdeleshed velfærdsafdelingen, sikkerhedsafdelingen, personaleafdelingen, fagforeningsorganerne i virksomheden, sikkerheds- og sundhedsudvalg samt andre udvalg eller personer i virksomheden, som har med sundheds- eller velfærdsspørgsmål at gøre.

11. Sundhedstjenesten bør ligeledes opretholde forbindelse med udenforstående kontorer og organiserede tjenester, der beskæftiger sig med spørgsmål vedrørende arbejderne sundhed, sikkerhed, genoplæring, revalidering, omskoling og velfærd.

12. 1) Sundhedstjenesten bør oprette et fortroligt kartotekskort for hver enkelt medarbejder ved hans lægeundersøgelse før antagelsen eller hans første besøg i afdelingen og bør føre kartotekskortet å jour ved hver efterfølgende undersøgelse og hvert efterfølgende besøg.

2) Sundhedstjenesten bør føre dertil egnede optegnelser, der indeholder de nødvendige oplysninger om sundhedstjenestens arbejde og arbejderne almindelige sundhedstilstand, jfr. dog bestemmelserne i stk. 21.

V. Personale og udstyr.

13. Enhver sundhedstjeneste bør oprettes under ledelse af en læge, som skal være di-

rekte ansvarlig for dens virksomhed enten over for virksomhedsledelsen eller over for den afdeling, som sundhedstjenesten henhører under.

14. De til sundhedstjenesten knyttede læger bør ikke have ansvar for et større antal arbejdere, end de med rimelighed kan overkomme under hensyntagen til de særlige problemer, der måtte være forbundet med den pågældende industris art og karakter.

15. Sundhedstjenestens læger bør være fuldstændigt uafhængige, fagligt såvel som moralsk, af arbejdsgiveren og arbejderne. For at sikre denne uafhængighed bør arbejdsvilkårene for arbejdslæger og i særdeleshed vilkårene for deres ansættelse og afsked fastsættes ved national lovgivning eller administrative forskrifter eller ved overenskomster mellem de pågældende parter eller organisationer.

16. Lederen af en sundhedstjeneste bør så vidt muligt have gennemgået en særlig oplæring i sundhedsmæssige forhold på arbejdspladsen eller i hvert fald være fortrolig med arbejdshygiejne, førstehjælpsbehandling og erhvervsspatologi samt med de love og administrative bestemmelser, der fastsætter tjenestens opgaver. Lægen bør have adgang til at udvide sine kundskaber på disse områder.

17. De sygeplejersker, der er knyttet til sundhedstjenesten, bør være i besiddelse af de kvalifikationer, der er foreskrevet af vedkommende afdeling.

18. Førstehjælpspersonalet bør

- a) udelukkende bestå af tilstrækkeligt kvalificerede personer; og
- b) stå til rådighed i arbejdstiden med øjeblikkeligt varsel.

19. Sundhedstjenestens lokaler og udstyr bør svare til de af vedkommende afdeling foreskrevne krav

VI. Nødvendige betingelser for sundhedstjenestens udøvelse af sin virksomhed.

20. Med henblik på sundhedstjenestens effektive udøvelse af sine opgaver bør den

- a) have fri adgang til alle arbejdssteder og til virksomhedens øvrige installationer;
- b) besigtige arbejdsstederne med passende

mellemrum, eventuelt i samarbejde med andre afdelinger af virksomheden;

- c) have adgang til oplysninger om de arbejdsprocesser, arbejdsnormer og stoffer, der anvendes eller påtænkes anvendt;
- d) være bemyndiget til at foretage eller anmode anerkendte tekniske institutioner om at foretage
 - i) undersøgelser med hensyn til mulige sundhedsfarer, f. eks. ved at tage prøver af og undersøge luften på arbejdsstederne, de anvendte produkter og stoffer eller andre materialer, som formodes at være skadelige;
 - ii) kontrol med skadelige fysiske påvirkninger;
- e) være bemyndiget til at anmode de kompetente myndigheder om at sørge for, at de fastsatte sundheds- og sikkerhedsbestemmelser overholdes.

21. Hele det til sundhedstjenesten knyttede personale har tavshedspligt med hensyn til både lægelige og tekniske oplysninger, der måtte komme til dets kundskab i udøvelsen af de ovenfor anførte funktioner, med de undtagelser der måtte være fastsat ved natio-

nal lovgivning eller administrative forskrifter.

VII. Almindelige bestemmelser.

22. Samtlige arbejdere og deres organisationer bør yde ethvert samarbejde med henblik på gennemførelsen af sundhedstjenestens opgaver.

23. De af sundhedstjenesten tilvejebragte foranstaltninger i medfør af nærværende henstilling bør ikke medføre udgifter for arbejderne.

24. Udgifterne ved oprettelsen og driften af sundhedstjenesten bør, såfremt ikke andet er bestemt ved national lovgivning eller administrative forskrifter, og såfremt der ikke er indgået nogen overenskomst herom mellem de pågældende parter, afholdes af arbejdsgiveren.

25. Det skal ved national lovgivning eller administrative forskrifter bestemmes, hvilken myndighed der skal føre tilsyn med oprettelsen og driften af sundhedstjenesten. Det rådgivende arbejde på dette område kan eventuelt overdrages til anerkendte tekniske institutioner.

Den 31. august 1962.

Udtog af »Journal Officiel Des Communautés Européennes«
p. 2181-2188/62

DET EUROPÆISKE ØKONOMISKE FÆLLESSKAB KOMMISSIONEN

Kommissionens henstilling til medlemsstaterne om arbejdsmedicin i virksomheder.

Motiver.

I

1. Arbejdsmedicin må inden for rammerne af traktatens artikel 118 om oprettelse af Det europæiske økonomiske Fællesskab betragtes som et led i det snævre samarbejde, som Fællesskabets kommission »har til opgave at fremme blandt medlemsstaterne på det social område, især foi så vidt angår arbejdsvilkår, beskyttelse mod arbejdsulykker og erhvervssygdomme, arbejdshygiejne . . . «

2. En videre erkendes i artikel 117 »nødvendigheden af at fremme en forbedring af arbejdsforholdene . . . «, og det er klart, at arbejdsmedicin, der først og fremmest bidrager til en løsning af de menneskelige problemer med hensyn til hygiejne og arbejdssikkerhed, som er en følge af den tekniske udvikling af det moderne erhvervsliv, udgør en vigtig bestanddel af arbejdsforholdene.

3. Det europæiske parlament har i en resolution af 1. juli 1960 vedrørende de menneskelige og lægelige sider af undersøgelser, der er foretaget i Fællesskabets lande med hensyn til arbejdssikkerhed og arbejdshygiejne, understreget nødvendigheden af en videnskabelig undersøgelse på det europæiske plan og har udtrykt »ønsket om, at de 6 fællesskabslande når frem til en harmonisering af deres arbejdsmedicinske politik gennem

møder på det europæiske plan af vedkommende ministre fra de enkelte lande«; i resolutionen »opfordres de administrative myndigheder inden for de tre europæiske fællesskaber til at samarbejde med henblik på at sikre koordinering og fremme af alle undersøgelser på det europæiske plan samt en harmonisering på samme plan af lovgivningen om og undervisningen i arbejdsmedicin«.

4. Det vide begreb arbejdsmedicin, der har tjent som grundlag for den fornævnte af det europæiske parlament afgivne resolution, frembyder en række sider, der tilsammen afspejler det moderne erhvervslivs udvikling i forbindelse med udviklingen af den videnskabelige og praktiske viden med hensyn til arbejdernes sundhedsmæssige beskyttelse. Som fremhævet på den af de administrative myndigheder inden for de 3 fællesskaber afholdte konference om de tekniske fremskridt og fællesmarkedet, indebærer denne udvikling nye farer for arbejdernes sundhed, hvilket forøger betydningen af arbejdsmedicin. Arbejdsmedicin gennemføres i praksis ved tilvejebringelse af arbejdsmedicinske foranstaltninger i virksomheder og gennem den virksomhed, der udøves af arbejdspladserne, der udfører deres arbejde på selve arbejdspladsen, et endnu ret nyt led i sundhedsarbejdet, der er under mere eller mindre hurtig udvikling i de forskellige

lande, men hvis indførelse er erkendt overalt.

II

5. Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission har undersøgt situationen med hensyn til arbejdsmedicin på arbejdspladsen i fællesskabslandene og har konstateret, at der består mange forskellige lov-mæssige og faktiske ordninger, i særdeleshed på følgende punkter:

6. Spørgsmålet er enten reguleret ved mere eller mindre fuldstændige ordninger omfattende lovbestemmelser og administrative bestemmelser eller ved kollektive overenskomster afsluttet mellem de pågældende parter; Når denne sidste ordning ikke falder inden for en bestemt lovgivningsramme, er den i sine faktiske konsekvenser kun en henstilling til medlemsvirksomhederne. I visse lande, hvor tilvejebringelse af arbejdsmedicinske foranstaltninger endnu var frivillig, var der vedtaget eller ved at blive udarbejdet nye love herom, således at der antagelig i løbet af de nærmeste år vil blive indført en ordning af større rækkevidde. De i de pågældende love eller lovforslag fastsatte principper er fastsat på grundlag af bestemmelserne i ILO's henstilling nr. 112, vedtaget den 24. juni 1959, om organisationen af arbejdsmedicinske foranstaltninger på arbejdspladsen.

7. Den fornævnte henstilling har på det internationale plan været den første og eneste tekst, der mere præcist har gjort rede for forholdene inden for denne særlige gren af den sociale medicin; den indeholder en definition heraf, som stadig er gyldig:

»I nærværende henstillings forstand betyder udtrykket »arbejdsmedicin« en ordning, der er tilvejebragt på arbejdspladsen eller i nærheden af denne, og som har til formål:

- a) At sikre arbejdernes beskyttelse mod enhver fare for sundheden, som kan være en følge af deres arbejde eller de forhold, hvorunder det foregår;
- b) at bidrage til arbejdernes fysiske og psykiske tilpasning, især ved at afpasse arbejdet efter arbejderne og ved at anbringe arbejderne ved arbejde, som de egner sig for;
- c) at bidrage til tilvejebringelsen og opretholdelsen af det størst mulige fysiske og psykiske velvære for arbejderne.«

De opgaver, der påhviler arbejdslæger i virksomhederne på grundlag af denne definition, supplerer de traditionelle opgaver inden for arbejdsmedicinen, som gennem lovbestemmelser og almindelige administrative forskrifter kan sikre det nødvendige minimum af sundhedsmæssige forhold i arbejdslivet, ved dertil at føje sådanne forhold, der kan sikre den enkelte arbejder den bedst mulige arbejdstilpasning og sundhedsmæssige beskyttelse.

8. Endvidere fastsætter ILO's henstilling nr. 112 princippet om »den specielt forebyggende karakter af arbejdsmedicinske foranstaltninger« og afgrænser et virksomhedsområde, der også omfatter opsporingen af arbejdsmæssige farer, arbejdernes revalidering, en fysiologisk og psykologisk undersøgelse af de forskellige arter af arbejde, hygiejne, antagelse af arbejdere og lægelig beskyttelse, førstehjælp samt forskningsarbejde med hensyn til arbejdsmedicin.

9. ILO's henstilling vedrører både minimumsnormer og højere normer, hvilket sidste allerede stemmer med den stærkt udviklede og meget forskelligartede industrialisering, som består i fællesskabslandene.

10. Der er således banet vej for en harmonisering. Det er imidlertid bedst at fremme en hurtig udvikling af arbejdsmedicinen og ikke afvente vedtagelsen af løsninger, som måske vil være afvigende, enten indbyrdes eller i forhold til de gældende bestemmelser. Det udviklingsniveau, der er nået i fællesskabslandene, må gøre det muligt allerede nu søge at nå de højeste mål i ILO's henstilling nr. 112, idet man på visse punkter giver mere nøjagtige anvisninger.

11. Enhver lovgivning eller administrativ forskrift om arbejdsmedicin, der må have en generel karakter, gælder også for personer og virksomheder, der henhører under Det europæiske Kul- og Stålfællesskab og Det europæiske Fællesskab for Atomenergi.

Det europæiske Fællesskabs kommission er således forpligtet til at forhandle med de administrative myndigheder både inden for Det europæiske Kul- og Stålfællesskab og inden for Det europæiske Fællesskab for Atomenergi, som har givet deres fulde støtte til nærværende henstilling som minimumsbestemmelser, og uden at det berører den

virksomhed, som de måtte udøve inden for rammerne af deres respektive traktater.

III

12. Under hensyn til industrien i fællesskabslandene har nået en høj udviklingsgrad, bør man fremme permanent bestræbelser, således at man i videst muligt omfang kan nå frem til »en afpasning af arbejdet efter arbejderne samt anbringelse af arbejderne ved arbejde, som de egner sig for« (I LO's henstilling nr. 112). En sammenligning mellem lande, hvor arbejdsmedicinens organisation frembyder betydelige forskelle til trods for en nogenlunde ensartet industriel struktur, viser fordelene ved en ordning, der hviler på lovgivning, i forhold til en helt frivillig ordning.

15. I et land, hvis arbejdsmedicinske ordning hviler på lovgivning, har arbejderne større mulighed for at drage nytte heraf og på en mere effektiv måde end i et land, hvor en ordning af denne art ikke findes; her er de obligatoriske bestemmelser en lovgivningsmæssig garanti for, at han ikke vil blive beskæftiget under sundhedsmæssige forhold, der ikke er tilstrækkeligt betryggende.

For sådanne obligatoriske bestemmelser taler endvidere arbejdsgiverens ansvar, for så vidt angår arbejderens sikkerhed i virksomheden, der udtrykkeligt og forlængst er erkendt som grundlag for forsikringen mod arbejdsulykker og erhvervssygdomme samt for oprettelse af offentlige organer til at føre tilsyn med sikkerheden på arbejdspladsen.

Der er derfor en almindeig tendens i retning af lovgivningsmæssige ordninger, hvad enten det sker i form af detaljerede bestemmelser, eller der tilvejebringes en rammelov, der overlader den nærmere gennemførelse til overenskomster.

14. Det i ILO's henstilling nr. 112 udtalte princip vedrørende den gensidige tilpasning mellem arbejderne og hans arbejde berører også arbejdsgiveren, som både drager fordel af arbejderne større stabilitet som følge af den tillidsfulde atmosfære, som en velorganiseret arbejdsmedicinsk ordning i virksomheden fremmer, og som bedre kan udnytte arbejderne produktionskapacitet uden fare for deres sundhed.

15. Endelig er en harmonisering også nødvendig i lægernes interesse. I artikel 57, stk. 3, i traktaten bestemmes det, at den progressive ophævelse af restriktionerne i retten til at nedsætte sig, for så vidt angår læger, er betinget af en koordinering af vilkårene for deres udøvelse af lægegerning.

Disse vilkår for at udøve lægegerning har mangfoldige sider, hvoraf en er udøvelse af arbejdsmedicin i virksomhederne.

Man må f. eks. erindre, at arbejdslægerne i et land, der kun har en frivillig ordning med frie aftaler, ikke udøver deres profession under samme forhold, som ydes dem i lande, hvor de arbejdsmedicinske foranstaltninger på arbejdspladsen hviler på et lovgivningsmæssigt grundlag; erfaringen viser, at der er betydeligt flere af disse foranstaltninger i de sidstnævnte lande og et større antal arbejdslæger. På den anden side vil den koordinering af vilkårene for udøvelse, især for så vidt angår den lægelige uddannelse (eksamensbevisernes gyldighed) og med hensyn til disciplinære bestemmelser, som skal foretages i henhold til artikel 57, nødvendigvis få indflydelse på arbejdslægernes virksomhed, hvilket også gælder, hvor de er bundet af en arbejdskontrakt til dette arbejde.

Der er således en forbindelse mellem de vilkår, hvorunder arbejdsmedicinen skal udøves, for så vidt angår lægerne selv, og den måde, hvorpå arbejdslægernes arbejde skal organiseres.

En harmonisering af de bestemmelser, der gælder på det sidstnævnte område, vil således svare til de mål, der er angivet i for nævnte artikel 57, stk. 3.

16. Med hensyn til arbejdsmedicin på arbejdspladsen er der 3 grupper af spørgsmål, der kræver særlig opmærksomhed:

a) Undervisningen må disponere over et tilstrækkeligt antal professorater i arbejdsmedicin inden for det lægevidenskabelige fakultet eller institutter på universitetsniveau, der samtidig med gennemførelsen af et videnskabeligt forskningsarbejde kan sikre en specialundervisning af vordende arbejdslæger. En sådan undervisning skulle gøre det muligt både for vordende praktiserende læger på obligatorisk basis at erhverve sig de nødvendige kundskaber på det pågældende område inden for rammerne af det alminde-

lige lægestudium og for læger, der allerede praktiserer arbejdsmedicin, at supplere og **ajourføre** deres kundskaber.

Det er endvidere ønskeligt, at enhver læge ikke blot kender organisationen af arbejdsmedicin i sit eget land, men cgså er fortrolig med de almindelige regler for denne ordning i de øvrige fællesskabslande. Endelig er der grund til at nævne, at det europæiske parlament i sin fornævnte resolution har henstillet at fremme oprettelsen og udbygningen af regionale institutter for arbejdshygiejne og arbejdsmedicin, som under vedkommende ministers ansvar samarbejder ved undervisning og videreuddannelse af arbejdslæger og foretager videnskabelige undersøgelser med hensyn til arbejdsmedicin.

b) Tilvejebringelsen og vedligeholdelsen af et tillidsforhold mellem arbejdsgivere, arbejdere og deres arbejdslæge, der er grundlæggende principper for enhver ordning af denne art, kræver faglige garantier; sådanne garantier må - for at være effektive - tilvejebringes på et lovgivningsmæssigt grundlag. Lægens fuldstændige faglige og moralske uafhængighed af arbejdsgiveren, arbejderen og de sociale trykorganer, samt for så vidt angår hans forhold til vedkommende organer og myndigheder og til repræsentanterne for de faglige organisationer, den nøjagtige afgrænsning af hans virksomhed i forhold til de behandlende lægers virksomhed, visheden for, at hans lægelige arbejde inden for virksomheden kun kan kontrolleres af andre arbejdslæger, der er udpeget til dette formål, er kun nogle af de vigtigste punkter i disse garantier. Kontrollen med organisationen og gennemførelsen af de arbejdsmedicinske foranstaltninger skal udøves af arbejdslægetilsynet.

c) På grund af det moderne erhvervslivs komplicerede natur kan man ikke altid benytte den samme organisation i alle tilfælde. Der vil kun være grund til at indføre en arbejdsmedicinsk ordning i den enkelte virksomhed, såfremt der er beskæftiget et tilstrækkeligt stort antal arbejdere, og disse er udsat for særlige farer. For så vidt angår de små og mellemstore virksomheder, vil den bedst egnede løsning formentlig være tilvejebringelse af foranstaltninger for flere virksomheder, enten på det regionale plan eller for de enkelte erhvervsgrene

17. Dette er grunden **til**, at Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission har besluttet at rette nærværende henstilling til medlemsstaterne.

Denne henstilling behandler ikke samtlige arbejdsmedicinske problemer, idet de fleste sociale sider af arbejdsmedicinen er behandlet i ILO's henstilling nr. 112 på grundlag, som stadig er gældende.

Hensigten med kommissionens henstilling er at få de 6 medlemslande til at indføre lovbestemmelser om arbejdsmedicin på arbejdspladsen. De nødvendige frister og etaper for gennemførelsen af arbejdsmedicinske foranstaltninger er kun angivet i princippet og er ikke nærmere præciseret, idet betingelserne for deres gennemførelse varierer fra land til land, især med hensyn til antallet af speciallæger, der står til rådighed; Antallet af sådanne læger vil afhænge af, i hvor høj grad de medicinske studenter er interesseret i de nye muligheder, der tilbydes dem ved en lovgivningsmæssig tilvejebringelse af sådanne foranstaltninger.

18. Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission ønsker endelig at henlede opmærksomheden på de særlige områder, hvor der stadig må gennemføres fremskridt, både vedrørende lønarbejdere (herunder grænse- og sæsonarbejdere) og selvstændige erhvervsdrivende, når deres arbejdsforhold tillader det; som eksempler kan nævnes:

Indførelse af arbejdsmedicinske foranstaltninger i visse erhvervsgrene, såsom landbruget, håndværkervirksomheder, handelsvirksomheder (især stormagasiner), hotelbranchen, sygehuse og offentlige virksomheder;

lægetilsyn med arbejdere, der er udsat for særlige farer på grund af de stadige rejser, som deres virksomhed kræver, f. eks. so- og fodtransport, vejtransport, byggeri;

visse forhold ved organisationen og administrationen af arbejdsmedicinske foranstaltninger for flere virksomheder.

19. Såfremt der i en virksomhed permanent beskæftiges et betydeligt antal vandrende arbejdere af samme nationalitet, er det ønskeligt, at der i videst muligt omfang træffes foranstaltning **til**, at sproglige vanskeligheder ikke er til hinder for arbejdsmedicinske ordnings effektivitet for deres vedkommende.

20. I forbindelse med oprettelsen af professorater og nye institutter for arbejdsmedicin og arbejdshygiejne i tilslutning til de allerede bestående, har det europæiske parlament peget på betydningen af et snævert samarbejde mellem medlemsstaterne under kommissionens ledelse, for at såvel den videnskabelige forskning og undervisningen som arbejdslægerne og den arbejdsmedicinske virksomheder, som er betroet dem, kan drage nytte af de erfaringer der er indvundet i de enkelte lande.

Kommissionen vil ikke undlade at tage denne opgave op i fremtiden for at fremme og udvikle fælles foranstaltninger, der kan bidrage til en forbedring af arbejdernes sundhedsmæssige beskyttelse på dette område.

IV

Henstilling.

21. Af de foran anførte grunde henstiller Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission i henhold til traktatens bestemmelser om oprettelse af dette fællesskab, i særdeleshed artikel 155, og efter forhandling med det europæiske parlament og den økonomiske og sociale komité, til medlemsstaterne med henblik på at sikre gennemførelsen af de nedenfor angivne formål,

- at gennemføre egnede lovbestemmelser og administrative forskrifter
- eller i givet fald at supplere de bestående bestemmelser, idet visse gennemførelsesmetoder kan reguleres ved kollektive overenskomster,

således at samtlige foranstaltninger tager sigte på:

22. Undervisning i arbejdsmedicin og uddannelse af speciallæger.

Med henblik herpå henstiller Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission:

a) At oprette eller fremme oprettelsen af et tilstrækkeligt antal professorater i arbejdsmedicin samt særlige institutter for arbejdsmedicin og arbejdshygiejne fordelt over landet i forhold til de forskellige områders behov.

b) At tilvejebringe undervisning i arbejdsmedicin vedrørende de i den fælles I LO/OMS-komités 3. rapport (se tillægget) anførte spørgsmål, således sat:

alle vordende læger inden for rammerne af det almindelige medicinske studium på obligatorisk basis kan erhverve sig minimumskundskaber på dette område,

- arbejdslægerne kan få en særlig såvel praktisk som teoretisk uddannelse af tilstrækkelig varighed, der afsluttes med en eksamen i arbejdsmedicin,

- de praktiserende arbejdslæger kan forbedre deres kvalifikationer, og at deres kundskaber kan tilpasses den tekniske og videnskabelige udvikling.

Denne undervisning skal endvidere gøre det muligt for arbejdslægerne i de enkelte Fællesskabslande at være orienteret om arbejdsmedicinens organisation i de øvrige medlemsstater.

c) At drage omsorg for uddannelse af det nødvendige hjælpepersonale for den arbejdsmedicinske ordning i virksomhederne.

23. Ydelse til arbejdslægerne af de for en tilfredsstillende udførelse af deres arbejde fornødne erhvervsmæssige garantier.

Med henblik herpå henstiller Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission, at disse garantier tilvejebringes ad lovgivningsvejen, og at de i særdeleshed sikrer arbejdslægen:

a) En fuldkommen faglig og moralsk uafhængighed over for arbejdsgiveren og arbejderne under hensyntagen til iagttagelsen af de almindelige regler for virksomhedens drift, og ligeledes over for organerne for social tryghed;

b) de nødvendige forbindelser for gennemførelsen af de i artikel 8 i I LO's henstilling nr. 112 anførte opgaver i virksomheden, enten direkte med arbejdsgiveren og arbejderne eller deres repræsentanter eller i komiteen for arbejdshygiejne og arbejdssikkerhed eller i samarbejdsudvalget eller lignende organer, hvor sådanne findes;

c) ansættelses- og afskedigelsesvilkår, der er egnet til at garantere hans faglige uafhængighed;

d) en garanti for, at han ikke er pligtig at bekræfte berettigelsen af fravær på grund af sygdom i henhold til artikel 7 i I LO's henstilling nr. 112;

e) udelukkelse af enhver anden kontrol med hans lægelige virksomhed end den, der udøves af lægelige arbejdsinspektører eller af

andre læger udpeget til dette formål, uden at den berører hans moralske ansvar;

f) den nødvendige kontakt med organer uden for virksomheden, der beskæftiger sig med sundheds- og sikkerhedsmæssige spørgsmål, omskoling, revalidering, arbejdernes flytning til andet arbejde og deres velfærd;

g) en afgrænsning af hans virksomhed som arbejdslæge i forhold til de behandlende lægers virksomhed.

24. Udbredelse af arbejdsmedicinske foranstaltninger på arbejdspladsen.

Med henblik herpå henstiller Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission at tilvejebringe sådanne foranstaltninger efter følgende principper:

a) De skal tilvejebringes for virksomhedernes regning, enten direkte af dem selv eller i forbindelse med et organ udefra, således at der stilles det nødvendige personale, herunder hjælpepersonale, til rådighed for ordningen, og således at lægerne har de beføjelser, som anses for nødvendige i I LO's henstilling nr. 112;

b) Som et første skridt henimod en udbredelse af arbejdsmedicinske foranstaltninger skal følgende virksomheder straks forsynes med sådanne foranstaltninger:

- virksomheder, i hvilke antallet af arbejdere overstiger et minimum, som skal fastsættes af vedkommende myndigheder. I betragtning af antallet af læger, der i øjeblikket står til rådighed herfor, må dette minimum for tiden fastsættes til 200 arbejdere pr. virksomhed, men antallet må så snart som muligt nedsættes til 50 arbejdere;
- virksomheder, der hører til erhvervsgrene, der frembyder særlig mange farer, eller hvor arbejdernes sundhed er udsat for særlige farer.

c) Arbejdet skal helst og i videst muligt omfang ledes af læger, der udelukkende beskæftiger sig med arbejdsmedicin, og det samlede antal arbejdere, der henhører under en arbejdslæge, må ikke overstige 2.500. Dette antal skal nedsættes, hvor særlige farer i virksomheden kræver det. Lægerne skal have bestået en eksamen i arbejdsmedicin.

d) I 6 år regnet fra indførelsen af den for nævnte eksamen kan læger, der ikke har

taget en sådan eksamen, få adgang til virksomhed som arbejdslæger, såfremt de er godkendt af vedkommende myndigheder eller organer under hensyntagen til deres tidligere virksomhed og de kundskaber, de har erhvervet sig; den således meddelte godkendelse er endelig, for så vidt angår fritagelsen for eksamen;

e) Kontrollen med organisationen og driften af de arbejdsmedicinske foranstaltninger skal overdrages til lægelige arbejdsinspektører, dog under hensyntagen til virksomhedens administrative og tekniske forhold;

f) inden for visse erhvervsgrene, såsom

- landbrug,
- håndværk,
- offentlige virksomheder,
- sygehuse,
- handelsvirksomheder,
- hotelbranchen,
- transportvirksomhed,

skal den måde, hvorpå de arbejdsmedicinske foranstaltninger organiseres, for så vidt der er behov herfor, reguleres gennem de særlige problemer, der opstår, hvadenten det drejer sig om lønarbejdere (herunder grænse- og sæsonarbejdere) eller selvstændige erhvervsdrivende, når deres arbejdsforhold tillader det.

g) I virksomheder, der beskæftiger et betydeligt antal vandrende arbejdere, må man i særlig grad have opmærksomheden henvendt på vanskeligheder af sproglig art.

25. Det europæiske økonomiske Fællesskabs kommission

- ønsker at blive underrettet hvert andet år af medlemsstaterne om de foranstaltninger, de har gennemført som følge af nærværende henstilling og om udviklingen inden for arbejdsmedicinen;

- foreslår, at de officielle instanser drager omsorg for at videresende nærværende henstilling til offentlige myndigheder og institutioner samt faglige organisationer, der er interesseret i dens gennemførelse;

— foreslår regelmæssige, periodiske forhandlinger om de etaper og frister, der er fastsat for gennemførelsen af nærværende henstilling.

Bruxelles, den 20. juli 1962.

W. Hallstein,

Kommissionens formand.

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Vom 12. Dezember 1973

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Erster Abschnitt

§ 1

Grundsatz

Der Arbeitgeber hat nach Maßgabe dieses Gesetzes Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen. Diese sollen ihn beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen. Damit soll erreicht werden, dass

1. die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Vorschriften den besonderen Betriebsverhältnissen entsprechend angewandt werden,
2. gesicherte arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung verwirklicht werden können,
3. die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Massnahmen einen möglichst hohen Wirkungsgrad erreichen.

Zweiter Abschnitt

Betriebsärzte

§ 2

Bestellung von Betriebsärzten

(1) Der Arbeitgeber hat Betriebsärzte schriftlich zu bestellen und ihnen die in § 3 genannten Aufgaben zu übertragen, soweit dies erforderlich ist im Hinblick auf

1. die Betriebsart und die damit für die Arbeitnehmer verbundenen Unfall- und Gesundheitsgefahren,

2. die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer und die Zusammensetzung der Arbeitnehmerschaft und
3. die Betriebsorganisation, insbesondere im Hinblick auf die Zahl und die Art der für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlichen Personen.

(2) Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, dass die von ihm bestellten Betriebsärzte ihre Aufgaben erfüllen. Er hat sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen; insbesondere ist er verpflichtet, ihnen, soweit dies für Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, Hilfspersonal sowie Räume, Einrichtungen, Geräte und Mittel zur Verfügung zu stellen.

(3) Der Arbeitgeber hat den Betriebsärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderliche Fortbildung unter Berücksichtigung der betrieblichen Belange zu ermöglichen. Ist der Betriebsarzt als Arbeitnehmer eingestellt, so ist er für die Zeit der Fortbildung unter Fortenrichtung der Arbeitsvergütung von der Arbeit freizustellen. Die Kosten der Fortbildung trägt der Arbeitgeber. Ist der Betriebsarzt nicht als Arbeitnehmer eingestellt, so ist er für die Zeit der Fortbildung von der Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben freizustellen.

§ 3

Aufgaben der Betriebsärzte

(1) Die Betriebsärzte haben die Aufgabe, den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen. Sie haben insbesondere

1. den Arbeitgeber und die sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung

verantwortlichen Personen zu beraten, insbesondere bei

- a) der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen,
 - b) der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen,
 - c) der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln,
 - d) arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung,
 - e) der Organisation der »Ersten Hilfe« im Betrieb,
 - f) Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozess,
2. die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten,
 3. die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beobachten und im Zusammenhang damit
 - a) die Arbeitsstätten in regelmässigen Abständen zu begehen und festgestellte Mängel dem Arbeitgeber oder der sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlichen Person mitzuteilen, Maßnahmen zur Beseitigung dieser Mängel vorzuschlagen und auf deren Durchführung hinzuwirken,
 - b) auf die Benutzung der Körperschuttmittel zu achten,
 - c) Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen,
 4. darauf hinzuwirken, dass sich alle im Betrieb Beschäftigten den Anforderungen

des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung entsprechend verhalten, insbesondere sie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie bei der Arbeit ausgesetzt sind, sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu belehren und bei der Einsatzplanung und Schulung der Helfer in »Erster Hilfe« und des medizinischen Hilfspersonals mitzuwirken.

(2) Die Betriebsärzte haben auf Wunsch des Arbeitnehmers diesem das Ergebnis arbeitsmedizinischer Untersuchungen mitzuteilen; § 8 Abs. 1 Satz 2 bleibt unberührt.

(3) Zu den Aufgaben der Betriebsärzte gehört es nicht, Krankmeldungen der Arbeitnehmer auf ihre Berechtigung zu überprüfen.

§ 4

Anforderungen an Betriebsärzte

Der Arbeitgeber darf als Betriebsärzte nur Personen bestellen, die berechtigt sind, den ärztlichen Beruf auszuüben, und die über die zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen.

Dritter Abschnitt

Fachkräfte für Arbeitssicherheit

§ 5

Bestellung von Fachkräften für Arbeitssicherheit

(1) Der Arbeitgeber hat Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Sicherheitsingenieure, -techniker, -meister) schriftlich zu bestellen und ihnen die in § 6 genannten Aufgaben zu übertragen, soweit dies erforderlich ist im Hinblick auf

1. die Betriebsart und die damit für die Arbeitnehmer verbundenen Unfall- und Gesundheitsgefahren,
2. die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer und die Zusammensetzung der Arbeitnehmerschaft und
3. die Betriebsorganisation, insbesondere im Hinblick auf die Zahl und Art der für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlicher Personen.

(2) Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, dass die von ihm bestellten Fachkräfte für

Arbeitssicherheit ihre Aufgaben erfüllen. Er hat sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen; insbesondere ist er verpflichtet, ihnen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Hilfspersonal sowie Räume, Einrichtungen, Geräte und Mittel zur Verfügung zu stellen.

(3) Der Arbeitgeber hat den Fachkräften für Arbeitssicherheit die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, Hilfspersonal sowie Räume, Einrichtungen, Geräte und zu ermöglichen. Ist die Fachkraft für Arbeitssicherheit als Arbeitnehmer eingestellt, so ist sie für die Zeit der Fortbildung unter Fortentrichtung der Arbeitsvergütung von der Arbeit freizustellen. Die Kosten der Fortbildung trägt der Arbeitgeber. Ist die Fachkraft für Arbeitssicherheit nicht als Arbeitnehmer eingestellt, so ist sie für die Zeit der Fortbildung von der Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben freizustellen.

§ 6

Aufgaben der Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben die Aufgabe, den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen der Arbeitssicherheit einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zu unterstützen. Sie haben insbesondere

1. den Arbeitgeber und die sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlichen Personen zu beraten, insbesondere bei
 - a) der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen,
 - b) der Beschaffung und technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen.
 - c) der Auswahl und Erprobung von Körperschuttmitteln
 - d) der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs, der Arbeitsumgebung und in sonstigen Fragen der Ergonomie,
2. die Betriebsanlagen und die technischen Arbeitsmittel insbesondere vor der Inbetriebnahme und Arbeitsverfahren ins-

besondere vor ihrer Einführung sicherheitstechnisch zu überprüfen,

3. die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beobachten und im Zusammenhang damit
 - a) die Arbeitsstätten in regelmässigen Abständen zu begehen und festgestellte Mängel dem Arbeitgeber oder der sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlichen Person mitzuteilen. Maßnahmen zur Beseitigung dieser Mängel vorzuschlagen und auf deren Durchführung hinzuwirken,
 - b) auf die Benutzung der Körperschutzmittel zu achten,
 - c) Ursachen von Arbeitsunfällen zu untersuchen die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Arbeitsunfälle vorzuschlagen,
4. darauf hinzuwirken, dass sich alle im Betrieb Beschäftigten den Anforderungen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung entsprechend verhalten, insbesondere' sie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie bei der Arbeit ausgesetzt sind, sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu belehren und bei der Schulung der Sicherheitsbeauftragten mitzuwirken.

§ 7

Anforderungen an Fachkräfte für Arbeitssicherheit

(1) Der Arbeitgeber darf als Fachkräfte für Arbeitssicherheit nur Personen bestellen, die den nachstehenden Anforderungen genügen: Der Sicherheitsingenieur muß berechtigt sein, die Berufsbezeichnung Ingenieur zu führen und über die zur Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben erforderliche sicherheitstechnische Fachkunde verfügen. Der Sicherheitstechniker oder -meister muß über die zur Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben erforderliche sicherheitstechnische Fachkunde verfügen.

(2) Die zuständige Behörde kann es im Einzelfall zulassen, daß an Stelle eines Si-

cherheitsingenieurs, der berechtigt ist, die Berufsbezeichnung Ingenieur zu führen, jemand bestellt werden darf, der zur Erfüllung der sich aus § 6 ergebenden Aufgaben über entsprechende Fachkenntnisse verfügt.

Vierter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

§ 8

Unabhängigkeit bei der Anwendung der Fachkunde

(1) Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind bei der Anwendung ihrer arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Fachkunde weisungsfrei. Betriebsärzte sind nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen und haben die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten,

(2) Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder, wenn für einen Betrieb mehrere Betriebsärzte oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt sind, der leitende Betriebsarzt und die leitende Fachkraft für Arbeitssicherheit, unterstehen unmittelbar dem Leiter des Betriebs.

(3) Können sich Betriebsärzte oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit über eine von ihnen vorgeschlagene arbeitsmedizinische oder sicherheitstechnische Maßnahme mit dem Leiter des Betriebs nicht verständigen, so können sie ihren Vorschlag unmittelbar dem Arbeitgeber und, wenn dieser eine juristische Person ist, dem zuständigen Mitglied des zur gesetzlichen Vertretung berufenen Organs unterbreiten. Ist für einen Betrieb oder ein Unternehmen ein leitender Betriebsarzt oder eine leitende Fachkraft für Arbeitssicherheit bestellt, steht diesen das Vorschlagsrecht nach Satz 1 zu. Lehnt der Arbeitgeber oder das zuständige Mitglied des zur gesetzlichen Vertretung berufenen Organs den Vorschlag ab, so ist dies den Vorschlagenden schriftlich mitzuteilen und zu begründen; der Betriebsrat erhält eine Abschrift.

§ 9

Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat

(1) Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit dem Betriebsrat zusammenzuarbeiten.

(2) Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben den Betriebsrat über wichtige Angelegenheiten des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu unterrichten; sie haben ihm den Inhalt eines Vorschlages mitzuteilen, den sie nach § 8 Abs. 3 dem Arbeitgeber machen. Sie haben den Betriebsrat auf sein Verlangen in Angelegenheiten des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beraten.

(3) Die Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind mit Zustimmung des Betriebsrats zu bestellen und abzurufen. Das gleiche gilt, wenn deren Aufgaben erweitert oder eingeschränkt werden sollen; im übrigen gilt § 87 in Verbindung mit § 76 des Betriebsverfassungsgesetzes. Vor der Verpflichtung oder Entpflichtung eines freiberuflich tätigen Arztes, einer freiberuflich tätigen Fachkraft für Arbeitssicherheit oder eines überbetrieblichen Dienstes ist der Betriebsrat zu hören.

§ 10

Zusammenarbeit der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zusammenzuarbeiten. Dazu gehört es insbesondere, gemeinsame Betriebsbegehungen vorzunehmen.

§ 11

Arbeitsschutzausschuß

In Betrieben, in denen Betriebsärzte oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt sind, hat der Arbeitgeber einen Arbeitsschutzausschuß zu bilden. Dieser Ausschuß setzt sich zusammen aus:

dem Arbeitgeber oder einem von ihm Beauftragten,
zwei vom Betriebsrat bestimmten Betriebsratsmitgliedern,
Betriebsärzten,
Fachkräften für Arbeitssicherheit und
Sicherheitsbeauftragten nach § 719 RVO.

Der Arbeitsschutzausschuß hat die Aufgabe, Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beraten. Der Arbeitsschutzausschuß tritt mindestens einmal vierteljährlich zusammen.

§ 12

Behördliche Anordnungen

(1) Die zuständige Behörde kann im Einzelfall anordnen, welche Maßnahmen der Arbeitgeber zur Erfüllung der sich aus diesem Gesetz und den die/gesetzlichen Pflichten näher bestimmenden Rechtsverordnungen und Unfallverhütungsvorschriften ergebenden Pflichten, insbesondere hinsichtlich der Bestellung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit, zu treffen hat.

(2) Die zuständige Behörde hat, bevor sie eine Anordnung trifft,

1. den Arbeitgeber und den Betriebsrat zu hören und mit ihnen zu erörtern, welche Maßnahmen angebracht erscheinen und
2. dem zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Gelegenheit zu geben, an der Erörterung mit dem Arbeitgeber teilzunehmen und zu der von der Behörde in Aussicht genommenen Anordnung Stellung zu nehmen.

(3) Die zuständige Behörde hat dem Arbeitgeber zur Ausführung der Anordnung eine angemessene Frist zu setzen.

(4) Die zuständige Behörde hat den Betriebsrat über eine gegenüber dem Arbeitgeber getroffene Anordnung schriftlich in Kenntnis zu setzen.

§ 13

Mitteilungen, Auskunfts- und Besichtigungsrechte

(1) Der Arbeitgeber hat der zuständigen Behörde und dem zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung binnen sechs Wochen nach Ablauf jedes Kalenderjahres schriftlich mitzuteilen:

1. die Zahl der am 31. Dezember des abgelaufenen Kalenderjahres im Betrieb tätigen Betriebsärzte und Sicherheitsingenieure, -techniker, -meister und
2. die Zeit, während der die Betriebsärzte und die Sicherheitsingenieure, -techniker, -meister zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Betrieb regelmäßig beschäftigt sind; die Zeiten sind getrennt für Betriebsärzte und Sicherheitsingenieure, -techniker, -meister anzugeben.

Ist ein Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit in mehr als einem Betrieb tätig, so soll der Arbeitgeber auch die Anzahl der Betriebe angeben.

(2) Der Arbeitgeber hat der zuständigen Behörde auf deren Verlangen die zur Durchführung des Gesetzes sonst erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Er kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde.

(3) Die Beauftragten der zuständigen Behörde sind berechtigt, die Arbeitsstätten während der üblich Betriebs- und Arbeitszeit zu betreten und zu besichtigen; außerhalb dieser Zeit oder wenn sich die Arbeitsstätten in einer Wohnung befinden, dürfen sie nur zur Verhütung von dringenden Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung betreten und besichtigt werden. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

§ 14

Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung bestimmen, welche Maßnahmen der Arbeitgeber zur Erfüllung der sich aus diesem Gesetz ergebenden Pflichten zu treffen hat. Soweit die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ermächtigt sind, die gesetzlichen Pflichten durch Unfallverhütungsvorschriften näher zu bestimmen, macht der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung von der Ermächtigung erst Gebrauch, nachdem innerhalb einer von ihm gesetzten angemessenen Frist der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine entsprechende Unfallverhütungsvorschrift nicht erlassen hat oder eine unzureichend gewordene Unfallverhütungsvorschrift nicht ändert.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und

Sozialordnung kann mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung

1. feststellen, daß für bestimmte Betriebsarten unter Berücksichtigung der in § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 und § 5 Abs. 1 Nr. 2 und 3 genannten Umstände die in den §§ 3 und 6 genannten Aufgaben ganz oder zum Teil nicht erfüllt zu werden brauchen,
2. bestimmen, daß die in den §§ 3 und 6 genannten Aufgaben in bestimmten Betriebsarten nicht oder nur zu einem Teil erfüllt zu werden brauchen, soweit dies unvermeidbar ist, weil nicht genügend Betriebsärzte oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit zur Verfügung stehen.

§ 15

Ermächtigung zum Erlass allgemeinen Verwaltungsvorschriften

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften zu diesem Gesetz und den auf Grund des Gesetzes erlassenen Rechts Verordnungen.

§ 16

Öffentliche Verwaltung

In Verwaltungen und Betrieben des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der sonstigen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ist ein den Grundsätzen dieses Gesetzes gleichwertiger arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Arbeitsschutz zu gewährleisten.

§ 17

Nichtanwendung des Gesetzes

(1) Dieses Gesetz ist nicht anzuwenden, soweit Arbeitnehmer im Haushalt beschäftigt werden.

(2) Soweit im Bereich der Seeschifffahrt die Vorschriften der Verordnung über die Seediensttauglichkeit und der Verordnung über die Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen gleichwertige Regelungen enthalten, gelten diese Regelungen für die beschäftigten Kapitäne, Besatzungsmitglieder und sonstige an Bord tätigen Personen deutscher Seeschiffe. Soweit dieses Gesetz auf die Seeschifffahrt nicht anwendbar ist, wird das Nähere durch Rechtsverordnung geregelt.

(3) Soweit das Bergrecht diesem Gesetz gleichwertige Regelungen enthält, gelten diese Regelungen, im übrigen gilt dieses Gesetz.

§ 18

Ausnahmen

Die zuständige Behörde kann dem Arbeitgeber gestatten, auch solche Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, die noch nicht über die erforderliche Fachkunde im Sinne der § 4 oder § 7 verfügen, wenn der Arbeitgeber sich verpflichtet, in einer festzulegenden Frist den Betriebsarzt oder die Fachkraft für Arbeitssicherheit entsprechend fortbilden zu lassen.

§ 19

Überbetriebliche Dienste

Die Verpflichtung des Arbeitgebers, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, kann auch dadurch erfüllt werden, daß der Arbeitgeber einen überbetrieblichen Dienst von Betriebsärzten oder Fachkräften für Arbeitssicherheit zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 3 oder § 6 verpflichtet,

§ 20

Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. einer vollziehbaren Anordnung nach § 12 Abs. 1 zuwiderhandelt,
2. entgegen § 13 Abs. 1 Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig macht,
3. entgegen § 13 Abs. 2 Satz 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig oder nicht vollständig erteilt oder
4. entgegen § 13 Abs. 3 Satz 1 eine Besichtigung nicht duldet.

(2) Eine Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 Nr. 1 kann mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Deutsche Mark, eine Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 Nr. 2 bis 4 mit einer Geldbuße bis zu 1 000 Deutsche Mark geahndet werden.

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 708 wird wie folgt geändert und ergänzt:

- a) In Absatz 1 werden der Punkt am Ende der Nummer 3 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 eingefügt:

»4. die Maßnahmen, die der Unternehmer zur Erfüllung der sich aus dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit ergebenden Pflichten zu treffen hat.«

- b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

»(4) Absatz 1 Nr. 1 bis 3 gilt nicht für die unter bergbehördlicher Aufsicht stehenden Unternehmen; es bleibt die Befugnis, für die unter bergbehördlicher Aufsicht stehenden Unternehmen Unfallverhütungsvorschriften über die Zahl der Sicherheitsbeauftragten nach § 719 Abs. 4 zu erlassen.«

2. § 719 wird wie folgt geändert und ergänzt:

- a) Es wird der folgende Absatz 3 eingefügt:

»(3) Die Sicherheitsbeauftragten dürfen wegen der Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben nicht benachteiligt werden.«

- b) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden Absätze 4 und 5.

- c) Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

»Werden mehr als drei Sicherheitsbeauftragte bestellt, so bilden sie aus ihrer Mitte einen Sicherheitsausschuß; dies gilt nicht, wenn Betriebsärzte oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit für den Betrieb bestellt sind.«

3. Es wird folgender § 719 a eingefügt:

Die Berufsgenossenschaften auch mehrere zusammen, können überbetriebliche arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste einrichten. Das Nähere bestimmt die Satzung. In der Satzung kann auch bestimmt werden daß sich die Unternehmer einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienst anschließen müssen. Unternehmer sind vom Anschlußzwang zu befreien, wenn sie durch eine Bescheinigung der zuständigen Behörde nachweisen, daß sie ihre Pflichten nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit erfüllt haben.«

4. § 720 wird wie folgt geändert und ergänzt:

- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

»(1) Die Berufsgenossenschaften haben für die erforderliche Ausbildung der Personen zu sorgen, die mit der Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung in den Unternehmen betraut sind und Mitglieder und Versicherte zur Teilnahme an Ausbildungslehrgängen anzuhalten.«

- b) In Absatz 4 werden nach den Worten »Ausbildung von« die Worte »Fachkräften für Arbeitssicherheit und« eingefügt.

5. In § 723 wird nachstehender Absatz 2 angefügt:

»(2) Die Mittel zur Einrichtung nach § 719 a werden von den Unternehmer, die diese Einrichtungen in Anspruch nehmen, aufgebracht. Das Nähere bestimmt die Satzung.«

6. In § 725 Abs. 1 werden nach dem Wort »vorbehaltlich« die Worte »des § 723 Abs. 2 und« eingefügt.

§22

Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom

4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin. **Rechts** Verordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes

§23

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz, ausgenommen § 13 Abs. 1, § 14 und § 21, tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden zwölften Kalendermonats in Kraft. § 13 Abs. 1, § 14 und § 21 treten am Tage nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft.

(2) § 6 Abs. 3 Satz 2 und § 7 des Berliner Gesetzes über die Durchführung des Ar-

beitsschutzes vom 9. August 1949 (VOBL. I S. 265), zuletzt geändert durch Artikel LVIII des Gesetzes vom 6. März 1970 (GVBL. S. 474), treten außer Kraft. Im übrigen bleibt das Gesetz unberührt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit verkündet.

Bonn, den 12. Dezember 1973

Der Bundespräsident

Der Bundeskanzler

Der Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung

1.5 Betriebsärzte
(VBG 123)
gültig ab 1. September 1975

Geltungsbereich

§ 1. Diese Unfallverhütungsvorschrift gilt für Unternehmer, die nach § 2 Betriebsärzte zu bestellen haben.

Erläuterung:

Nach § 708 Abs. 1 Nr. 4 der Reichsversicherungsordnung (RVO) in der Fassung des § 21 Nr. 1 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz) vom 12. december 1973 (BGBl. I. S. 1885) erlassen die Berufsgenossenschaften Vorschriften über die Maßnahmen, die der Unternehmer zur Erfüllung der sich

aus § 2 Abs. 1 in Verbindung mit § 4, aus § 2 Abs. 3 und aus § 13 Abs. 1 des Arbeitssicherheitsgesetzes ergebenden Pflichten zu treffen hat. Der Text des Arbeitssicherheitsgesetzes ist der Unfallverhütungsvorschrift »Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit« (UVV-Abschnitt 1.4) als Anlage 1 beigelegt.

Bestellung

§ 2. (1) Der Unternehmer hat Betriebsärzte zur Wahrnehmung der in § 3 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz) bezeichneten Aufgaben für die sich aus den Merkmalen der nachstehenden Tabelle ergebenden erforderlichen Einsatzzeiten schriftlich zu bestellen oder zu verpflichten:

Betriebsart	Gefahrtarifstelle*)	bei einer Zahl der durchschnittlich im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer	erforderliche Einsatzzeit der Betriebsärzte (Std./Jahr je Arbeitnehmer)
Gruppe A			
Folgende Unternehmenszweige des Gefahrtarifes:			
Hochofenwerke, NE-Metallhütten, Kokereien	1		
Stahlwerke	3		
Warmwalzwerke	4		
Kaltwalzwerke Kaltziehereien, Drahtziehereien, Herstellung von Kaltbandprofilen, NE-Metallhalbzeugwerke	5	ab 51	0,6
Hammer- und Schmiedepresswerke, Gesenkschmieden	6		
Eisen-, Stahlform- und Tempergiessereien, NE-Umschmelzwerke	7		
Stahlbau	9		
Verarbeitung von überwiegend schweren Blechen (über 5 mm)	11		
Hilfsgewerbe der Industrie und Sonstiges	27		

Betriebsart	Gefahr- tarifstello*)	bei einer Zahl der durchschnittlich im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer	erforderliche Einsatzzeit der Betriebsärzte (Std./Jahr je Arbeitnehmer)
Gruppe B Alle Unternehmenszweige, soweit sie nicht in der Gruppe A oder in der Gruppe C genannt sind.	—	ab 51	0,5
Gruppe C Kaufmännischer und verwal- tender Teil der Betriebe.	29	ab 51	0,2

*) Nach dem ab 1. 1. 1975 gültigen Gefahrtarif der Südd. Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft.

Erläuterung 1:

Die Betriebsärzte können als ständig oder zeitweise tätige Kräfte bestellt werden. Sie können vom Unternehmer eingestellt oder freiberuflich tätig sein oder auch einem überbetrieblichen Dienst angehören, den der Unternehmer nach § 19 des Arbeitssicherheitsgesetzes verpflichtet hat.

Der Unternehmer, der einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst verpflichtet, kann davon ausgehen, daß der Dienst geeignet ist, die Aufgaben nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes zu erfüllen, wenn die Berufsgenossenschaft dies im Einvernehmen mit der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Behörde des Landes, in dem der überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienst seinen Sitz hat, allgemein festgestellt hat. Die Anforderungen an einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst ergeben sich aus den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen über Ärzte, Hilfspersonal, Räume, Einrichtungen, Geräte und Mittel für überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienste.

Mit einer Übertragung der Aufgaben nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes in Verbindung mit dieser Unfallverhütungsvorschrift an einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst erfüllt der Unternehmer seine gesetzliche Verpflichtung, wenn dieser überbetriebliche Dienst mindestens die Forderungen erfüllt, die ein Betriebsarzt aufgrund des Arbeitssicherheitsgesetzes zu erfüllen hätte. Da der Unternehmer dies in der Regel nicht selbst überprüfen kann, kann er

sich von dem überbetrieblichen Dienst durch eine berufsgenossenschaftliche Bescheinigung nachweisen lassen, daß dieser die Aufgabe auch tatsächlich ordnungsgemäß wahrnehmen kann.

Die erforderliche Einsatzzeit ist die Arbeitszeit, die den Betriebsärzten zur Erfüllung ihrer Aufgaben für den Betrieb je Jahr und Arbeitnehmer mindestens zur Verfügung stehen muß. So können z. B. Wegezeiten eines nicht im Betrieb eingestellten Betriebsarztes nicht als Einsatzzeit angerechnet werden.

Die Arbeitszeit eines hauptberuflich voll tätigen Betriebsarztes wird mit 1800 Stunden im Jahr angesetzt.

Zur Ermittlung der erforderlichen Einsatzzeit wird die Zahl der Arbeitnehmer in der

Gruppe A mit 0,6

Gruppe B mit 0,5

Gruppe C mit 0,2

vervielfältigt. Die für die einzelnen Gruppen errechneten Werte ergeben zusammengekommen die jährlich erforderliche Einsatzzeit eines Betriebsarztes in Stunden.

Erläuterung 2:

Bei Anwendung der Tabelle ist grundsätzlich vom Betrieb (Betriebsstätte) als Einheit auszugehen, wenn die Betriebe eines Unternehmens

1. räumlich weit vom Hauptbetrieb entfernt
oder

2. durch Aufgabenbereich und Organisation eigenständig sind.

In Fällen, in denen Unternehmen mehrere räumlich weit entfernte oder eigenständige Betriebe haben und in den einzelnen Betrieben weniger als 51 Arbeitnehmer beschäftigt sind, wird bei Ermittlung der erforderlichen Gesamteinsatzzeit die Beschäftigtenzahl des Unternehmens zugrunde gelegt.

Drahtzieherei (Gruppe A):
Schraubenfabrik (Gruppe B):

$$42 \times 0,6 = 25,2 \text{ Std./Jahr}$$

$$33 \times 0,5 = 16,5 \text{ Std./Jahr}$$

Gesamteinsatzzeit 41,7 Std./Jahr

Erläuterung 3:

Sind die durchschnittlich im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer in verschiedene Gruppen einzustufen und wird in keiner dieser Gruppen die Mindestbeschäftigtenzahl (Spalte 3) erreicht, so ist ein Betriebsarzt erst zu bestellen, wenn die Gesamtzahl der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer die Zahl 51 erreicht.

Gesenkschmiede (Gruppe A):
Maschinenbau (Gruppe B):
Kaufm. u. verw. Teil (Gruppe C):

$$28 \times 0,6 = 16,8 \text{ Std./Jahr}$$

$$41 \times 0,5 = 20,5 \text{ Std./Jahr}$$

$$8 \times 0,2 = 1,6 \text{ Std./Jahr}$$

Gesamteinsatzzeit 38,9 Std./Jahr

Erläuterung 4:

Sind die durchschnittlich im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer in verschiedene Gruppen einzustufen und wird in mindestens einer dieser Gruppen die Mindestbeschäftigtenzahl (Spalte 3) erreicht, so ist für die Arbeitnehmer der anderen Gruppen die erforderliche Einsatzzeit auch dann nach den Merkmalen der jeweiligen Gruppe zu berechnen, wenn deren Mindestbeschäftigtenzahl nicht erreicht wird.

Giesserei (Gruppe A):
Maschinenbau (Gruppe B):
Kaufm. u. verw. Teil (Gruppe C):

$$35 \times 0,6 = 21,0 \text{ Std./Jahr}$$

$$560 \times 0,5 = 280,0 \text{ Std./Jahr}$$

$$11 \times 0,2 = 2,2 \text{ Std./Jahr}$$

Gesamteinsatzzeit 303,2 Std./Jahr

Beispiel:

Zu einem Unternehmen gehören eine Drahtzieherei mit 42 Arbeitnehmern und eine Schraubenfabrik mit 33 Arbeitnehmern. Da die Merkmale der Eigenständigkeit für beide Betriebe zutreffen, die Beschäftigtenzahl in jedem Betrieb unter 51 liegt, ist von der Gesamtbeschäftigtenzahl des Unternehmens (42 + 33 = 75) auszugehen, nach welcher die Gesamteinsatzzeit für den Betriebsarzt zu errechnen ist.

Beispiel:

Ein Betrieb beschäftigt in der Gesenkschmiede 28 Arbeitnehmer, im Maschinenbau 41 und im kaufmännischen und verwaltenden Teil 8 Arbeitnehmer. Da die Gesamtzahl der Arbeitnehmer des Betriebes (28 + 41 + 8 = 77) die Zahl 51 übersteigt, ist ein Betriebsarzt zu bestellen, dessen Einsatzzeit wie folgt berechnet wird:

Beispiel:

In einem Betrieb sind 35 Arbeiter in der Gießerei, 560 Arbeitnehmer im Maschinenbau und 11 Arbeitnehmer im kaufmännischen und verwaltenden Teil tätig. Da in der Betriebsart »Maschinenbau« mehr als 50 Arbeitnehmer beschäftigt sind, muß eine Einsatzzeit errechnet werden:

(2) Die Berufsgenossenschaft kann im Einzelfall im Einvernehmen mit der nach § 12 des Arbeitssicherheitsgesetzes zustän-

digen Behörde eine Ausnahme von Abs. 1 bewilligen und geringere Einsatzzeiten festsetzen, soweit im Betrieb, verglichen mit

Betrieben der gleichen Art, die Unfall- und Gesundheitsgefahren unterdurchschnittlich gering sind. Die Berufsgenossenschaft kann ferner im Einzelfall im Einvernehmen mit der nach § 12 des Arbeitssicherheitsgesetzes zuständigen Behörde abweichend von Abs. 1 höhere Einsatzzeiten festsetzen, soweit im Betrieb, verglichen mit Betrieben der gleichen Art, überdurchschnittliche Unfall- und Gesundheitsgefahren bestehen.

(3) Werden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nicht von Betriebsärzten, sondern von ermächtigten anderen Ärzten vorgenommen, so können die hierbei anfallenden Untersuchungszeiten auf die Einsatzzeit nach Abs. 1 angerechnet werden, soweit die Einsatzzeit des Betriebsarztes den Aufgaben nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 des Arbeitssicherheitsgesetzes zuzurechnen ist.

Erläuterung:

Besonders während der Anlaufzeit kann es vorkommen, daß nicht jeder Betriebsarzt für einzelne der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die in einem Betrieb anfallen, ermächtigt werden kann, da bestimmte Vorsorgeuntersuchungen spezielle Fachkenntnisse und oft auch eine besondere technische Ausstattung erfordern. Werden Untersuchungen durch andere Ärzte durchgeführt, so wird der Betriebsarzt in entsprechendem Umfang entlastet. Auf die Einsatzzeit kann daher die reine Untersuchungszeit angerechnet werden. Hierbei ist zu beachten, daß die sich nach § 2 Abs. 1 ergebende Einsatzzeit für alle nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes der Betriebsarzt zu übertragenden Aufgaben bemessen ist, also nicht nur für Untersuchungen. Die Anrechnung kann daher nur auf den die Untersuchungen betreffenden Aufgabenteil nach § 3 Abs. 1 des Arbeitssicherheitsgesetzes, nicht aber auf die übrigen Aufgaben nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 und Nummern 3 und 4 erfolgen. Wegezeiten zum ermächtigten Arzt können nicht berücksichtigt werden.

Fachkunde

§ 3. (1) Der Unternehmer kann die erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde von Betriebsärzten als nachgewiesen an-

sehen, wenn diese den in den Absätzen 2 oder 3 festgelegten Anforderungen genügen. Wenn der Unternehmer Ärzte bestellt, die diesen Anforderungen nicht genügen, muß er auf Verlangen der Berufsgenossenschaft den Nachweis der Fachkunde erbringen.

(2) Betriebsärzte erfüllen die Anforderungen, wenn sie

1. berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung »Arbeitsmedizin« zu führen oder
2. bereits betriebsärztlich tätig waren und über die erforderliche Fachkunde eine Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer beibringen.

(3) Betriebsärzte erfüllen die Anforderungen ferner, wenn sie

1. In geeigneter Weise ein Jahr klinisch oder poliklinisch tätig gewesen sind und
2. an einem arbeitsmedizinischen Einführungslehrgang teilgenommen haben, dessen Inhalt und Durchführung im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer, der Berufsgenossenschaft und der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Behörde des Landes, in dem der Ausbildungsträger seinen Sitz hat, festgelegt wurde und
3. über die Erfüllung der Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 eine von der Ärztekammer erteilte Bescheinigung beibringen.

Erläuterung zu § 3:

Nach § 4 des Arbeitssicherheitsgesetzes darf der Unternehmer nur Betriebsärzte bestellen, die über die erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen. Darf der Betriebsarzt die Zusatzbezeichnung »Arbeitsmedizin« führen, gilt der Nachweis der arbeitsmedizinischen Fachkunde als erbracht. Die Berechtigung zur Zusatzbezeichnung »Arbeitsmedizin« wird erworben durch die Teilnahme an einem dreimonatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden darf, 12 Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Medizin und 9 Monate praktische Tätigkeit bei einem von der Ärztekammer ermächtigten hauptberuflichen Betriebsarzt, einem Gewerbearzt, ei-

nem arbeitsmedizinischen Universitätsinstitut oder einem ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung.

Für die übrigen Ärzte bescheinigt grundsätzlich die zuständige Ärztekammer die Fachkunde.

Mit Abs. 2 Nr. 2 soll Betriebsärzten, die am 1. dezember 1974 bereits betriebsärztlich tätig waren, die Möglichkeit eröffnet werden, ohne die Anforderungen des Abs. 3 den Fachkundenachweis erbringen zu können.

Betriebsärzte, die die Erfordernisse des Absatzes 2 nicht erfüllen, erhalten von der zuständigen Ärztekammer nach Maßgabe einer Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Bescheinigung, wenn sie die Voraussetzungen des Absatzes 3 Nrn. 1 und 2 erfüllen. Näheres wird in dieser Vereinbarung festgelegt. Die Vereinbarung sieht u. a. vor, daß die zuständige Ärztekammer die von ihr ausgestellte Bescheinigung mit der Auflage versehen kann, daß der Arzt innerhalb einer Frist von fünf Jahren die Voraussetzungen für das Recht, die Zusatzbezeichnung »Arbeitsmedizin« zu führen, erwirbt.

Unberührt von der Regelung des § 3 bleibt die aufgrund berufsgenossenschaftlicher oder staatlicher Vorschriften erforderliche Ermächtigung für die Vornahme bestimmter Eignungs- und Überwachungsuntersuchungen.

Mitteilungen

§ 4. Der Unternehmer hat die Mitteilung nach § 13 Abs. 1 des Arbeitssicherheitsgesetzes auf einen von der Berufsgenossenschaft vorgeschriebenen Formblatt zu erstatten.

Fortbildung

§ 5. Der Unternehmer hat den Betriebsärzten die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen der Berufsgenossenschaft, zu denen diese einlädt, zu ermöglichen, soweit die Fortbildungsmaßnahme den betrieblichen Belangen entspricht.

Inkrafttreten

§ 6. Diese Unfallverhütungsvorschrift tritt am 1. September 1975 in Kraft.

§ 30

Verne- og helsepersonale.

1. Når det er nødvendig å gjennomføre særlig **overvåkning** av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne, skal det være verne- og helsepersonale ved virksomheten, så som bedriftslege, bedriftssykepleier, verneleder m. v.
2. Verne- og helsepersonalet skal bistå arbeidsgiveren, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalget og verneombudet i deres arbeid for å skape sunne og trygge arbeidsforhold.
3. Verne- og helsepersonalet skal samarbeide med, og bistå Arbeidstilsynet.
4. Verne- og helsepersonalet skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.
5. Kongen kan gi nærmere regler om når, og i hvilken utstrekning, det skal være verne og helsepersonale ved virksomheten, om hvilke faglige krav som skal stilles til slikt personale, og om hvilke oppgaver de skal utføre.

Antal virksomheder i MDS- (momsdatasupplement) systemet fordelt efter erhverv og virksomhedsstørrelse (76-03-24)

(ISIC) Erhvervsgruppering	Antal ansatte	Uoplyst	0	1- 9	10- 29	30- 49	50- 99	100- 249	250- 499	500- 999	1000- 4999	5000 og derover	I alt
01 Landbrug, gartneri, landbrugs- service	-	42315	16708	490	73	45	27	7	2	3	4	3	59675
02 Skovbrug m. v.	-	183	149	31	9	2	1	3	1	-	2	-	381
03 Jagt	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
04 Fiskeri	-	1982	1746	21	5	4	-	-	-	-	-	-	3758
11 Brunkulslejer	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
13 Udvinning af mineralsk- olie og naturgas	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
14 Grusgrave, stenbrud, kalk- og kridtbrud	-	120	214	41	6	2	1	1	-	-	-	-	385
19 Anden ikke-metallisk råstof- udvinning	-	6	4	-	-	1	1	-	-	-	-	-	12
20 Næringsmiddelindustri	-	1619	2495	420	130	98	59	26	9	-	5	-	4861
21 Drikkevarerindustri	-	27	67	14	6	8	5	3	1	-	2	-	133
22 Tobaksindustri	-	3	7	5	2	-	3	2	-	-	1	-	23
23 Tekstilindustri	-	266	271	161	46	38	17	5	3	-	-	-	807
24 Fodtøjs- og bekædningsindustri ..	-	1241	929	338	82	60	24	5	-	-	-	-	2679
25 Træindustri	-	547	590	193	32	28	6	3	2	-	-	-	1401
26 Møbelindustri	-	851	873	234	48	37	11	-	-	-	-	-	2054
27 Papir- og papvarerindustri	-	55	85	40	12	17	8	9	-	-	2	-	228
28 Grafisk industri	-	916	1267	299	68	51	35	9	5	-	3	-	2653
29 Læderindustri	-	92	102	25	8	5	4	-	-	-	-	-	236
30 Gummiindustri	-	63	111	18	7	2	6	1	1	-	-	-	209
31 Kemisk industri	-	187	171	88	37	23	26	10	5	-	3	-	550
32 Mineralolie- og kulproduktindustri.	-	18	9	4	2	-	3	3	-	-	-	-	39
33 Sten-, ler- og glasindustri	-	560	632	192	39	34	22	5	3	-	4	-	1491
34 Jern- og metalværker	-	42	62	29	8	13	4	7	1	-	1	-	167
35 Jern- og metalvarerindustri	-	745	877	310	62	72	45	8	1	-	2	-	2122
36 Maskinindustri	-	1514	1873	437	104	105	59	16	11	-	4	1	4124
37 Elektroindustri	-	479	386	83	29	28	22	8	5	-	5	-	1045

Antal virksomheder i MDS- (momsdatasupplement) systemet fordelt efter erhverv og virksomhedss størrelse (76-03-24) (fortsat)

(ISIC) Erhvervsgruppering	Antal ansatte	Uoplyst	I alt									
			0	1- 9	10- 29	30- 49	50- 99	100- 249	250- 499	500- 999	1000- 4999	5000 og derover
38 Transportmiddelindustri	-	-	2578	2844	220	36	26	11	5	8	6	1
39 Anden fremstillingsvirksomhed	-	-	799	688	201	55	38	28	7	1	1	-
40 Bygge- og anlægsvirksomhed	-	-	12507	13542	1675	304	201	127	43	25	10	2
51 El-, gas- og varmeforsyning	-	-	378	236	27	13	21	14	18	9	7	1
52 Vandfors., kloakvæsen, renovation.	-	-	827	132	17	5	15	44	21	8	2	3
60 Engroshandel	-	-	5585	6581	1579	371	253	124	36	16	7	-
61 Detailhandel	-	-	19040	17227	1305	163	96	41	8	3	14	3
62 Bank- og finansieringsvirksomhed	-	-	54	20	5	3	4	2	1	3	2	2
63 Forsikringsvirksomhed	-	-	2	2	1	1	1	2	3	-	1	-
64 Ejendomsandel- og adm.	-	-	100	93	41	9	4	9	7	5	1	-
71 Land-, sø- og lufttransport	-	-	3803	4097	597	112	78	44	32	17	10	4
72 Pakhus- og oplagingsvirksomhed ..	-	-	29	24	16	2	4	2	-	-	-	-
73 Post, telegraf og telefon	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	2
81 Offentlig administration	-	-	28	37	50	17	39	120	42	30	29	2
82 Andre kollektive tjenesteydelser ..	-	-	288	483	189	61	47	37	17	26	21	1
83 Forretningsservice	-	-	1928	1820	336	80	53	29	9	4	6	2
84 Forlystelser, sport m. v.	-	-	727	418	54	11	7	7	4	1	3	1
85 Personlige tjenesteydelser	-	-	10507	6296	615	107	89	52	21	12	7	3
96 Internationale og andre eksterne org.	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
0-9 Total	-	-	113015	84172	10402	2165	1650	1083	405	219	166	31
213308												

1976-05-20 HEP/bj

Undersøgelser over BST

Baggrund.

Generelle ønsker og retningslinjer for en undersøgelse over BST's funktion og økonomi.

I notat om bedriftssundhedstjeneste (BST) i Danmark, Arbejdstilsynet 21.5.1976, er fremsat ønske om, at der gennemføres en nærmere undersøgelse over de i notatet foreslåede organisationsformer, forholdet mellem forebyggende og behandlende opgaver for en BST, samarbejdsrelationerne, udgiftskomplekset, herunder nyttevirkningen af BST og af de normeringstal for BST's personalegrupper, der ved den fremtidige planlægning af BST i Danmark bør lægges til grund.

I notatet er det videre anført, at undersøgelsen bør omfatte dels et BST-center, dels en stor virksomhed. Den indledende planlægning bør foregå i arbejdstilsynet og det kommende rådgivende bedriftssundhedsudvalg under arbejdsmiljørådet.

Til styring af projektet foreslås nedsat en styringsgruppe med repræsentanter for arbejdstilsynet, bedriftssundhedsudvalget, det kommende arbejdsmiljøinstitut, den eller de institutioner, der skal stå for undersøgelsens praktiske side, repræsentanter for lokale myndigheder og for parterne på de involverede virksomheder. Nærmere retningslinjer for styringen udarbejdes af arbejdstilsynet og bedriftssundhedsudvalget.

Som baggrund for notatets forslag og skøn over udgifterne ved en sådan undersøgelse af BST har arbejdstilsynet udarbejdet en projektskitse med en række generelle retningslinjer og forslag.

Undersøgelsesmetode.

Undersøgelserne foreslås lagt til rette på en sådan måde, at der kan gennemføres en sammenligning med kontrolområder uden BST.

Kortlægning af arbejdshygiejne og sundhedstilstand.

Undersøgelserne foreslås videre indledt med en registrering af arbejdshygiejniske forhold og sundhedstilstanden i undersøgelsesområderne og kontrolområderne. Tilsvarende afsluttes undersøgelsesfasen med en ny registrering af de nævnte faktorer, hvorved en sammenligning af ændringer i arbejdsmiljøet i undersøgelsesperioden er mulig.

Undersøgelserne af de arbejdshygiejniske forhold bør omfatte samtlige relevante faktorer (støj, støv, dampe, fysisk klima, ergonomiske forhold og ulykkesrisici). Undersøgelserne af sundhedstilstanden bør omfatte ulykkesregistrering, sygdomsfravær, symptomregistrering og personundersøgelser ved læge/bedriftssygeplejerske og/eller fysioterapeut/ergoterapeut.

Organiske forhold.

Videre bør undersøgelserne kortlægge organisatoriske forhold og samarbejdsrelationerne såvel indadtil i virksomhederne som udadtil til arbejdstilsynet, sundheds- og socialvæsenet og arbejdsformidlingen.

Økonomi - nyttevirkning.

Endelig bør undersøgelserne tilrettelægges, således at udgifterne nøje kan kortlægges.

BST-centerundersøgelsen.

Den undersøgelse, der skal omfatte BST-centret, bør formentlig foregå i en mindre provinsby. For at give undersøgelsen optimale betingelser bør undersøgelsen næppe omfatte mere end max. 3.000 arbejdstagere, og BST-centret bør have 1 fuldtidslæge, 2 sygeplejersker, 1 fysioterapeut eller ergoterapeut og 1 sekretær. Om muligt bør der til centret knyttes en tekniker. Alternativt bør centret have adgang til teknisk-hygiejnisk eks-

pertise for at belyse også dette aspekt af BST. Da undersøgelserne skal danne grundlag for planlægningen af 2. etape, bør de omfatte et bredt spektrum af virksomheder, såvel inden for som uden for rammerne af 1. etape.

BST i stor virksomhed.

Den undersøgelse, der skal omfatte en større virksomhed, bør foretages på en virksomhed, som ikke tidligere har haft en BST-ordning. Virksomhedens størrelse og art må til dels afhænge af, hvor en egnet virksomhed kan findes. Den bør dog næppe have under 1.000 ansatte. Tilsvarende bør bemanningen indrettes efter virksomhedens art og størrelse. Såvel læge som sygeplejerske og fysioterapeut eller ergoterapeut bør dog indgå i personalet, eventuelt på deltid. Den teknisk-hygieniske ekspertise bør virksomheden selv kunne stille til rådighed eller engagere.

Forskerteam - institution.

Foruden personalet på selve virksomhederne er det nødvendigt, at en række forskellige ekspertgrupper deltager og forestår den praktiske tilrettelæggelse samt evalueringsarbejdet. Således bør eksperter med medicinsk, sociologisk og økonomisk sagkundskab deltage. Herudover stilles krav om datalogisk og statistisk sagkundskab.

Endelig er det nødvendigt, at undersøgelsen knyttes til en institution med erfaring fra tilsvarende type af undersøgelser. AMI kan under 1. etape næppe ventes opbygget i en sådan udstrækning, at undersøgelsen alene vil kunne foregå her. AMI bør dog inddrages aktivt.

Tidsplan.

Den overordnede planlægning og de indledende forhandlinger foreslås gennemført i løbet af foråret 1977 i tilslutning til vedtagelse af lovgivningen og etablering af styrende og rådgivende organer for BST.

Projektudarbejdelse, nedsættelse af styringsgruppe, sikring af økonomisk støtte til projektet, ansættelse af nødvendigt personale m. v. foreslås gennemført i sommeren og efteråret 1977.

Selve undersøgelsen foreslås påbegyndt omkring 1. januar 1978 og bør løbe over 2

år for at sikre tilstrækkelig tid til registrering af ændringer.

Evaluerings, rapportudarbejdelse m. v. bør påbegyndes ca. 1. januar 1980 og løbe over ca. 1½ år. Endelig rapport skulle således kunne foreligge ca. 1½ år, før den planlagte justering af BST-ordningen og udarbejdelse af nye planer for 2. etape.

Budgetoverslag, finansiering.

Endeligt budget og plan for finansieringen må udarbejdes i tilslutning til den endelige projektudarbejdelse. Til brug for den samlede vurdering af udgifterne til første etape for udbygning af BST skal der i det følgende opstilles et groft skøn over udgifterne til de to undersøgelser.

Udgifterne til BST foreslås finansieret efter de retningslinjer, der er foreslået for finansieringen af BST i øvrigt i første etape, idet det offentlige tilskud dog forhøjes til 40 pct. i selve undersøgelsesfasen og gradvis aftrappes over de sidste 3 år til 20 pct. med 10 pct. det første år og 5 pct. de 2 følgende år. De foreslåede 2 projekter er ikke indregnet i den øvrige udgiftsberegning for første etape.

Udgifterne til planlægning og gennemførelsen af selve undersøgelsen foreslås finansieret over fondsmidler og eventuelt offentlige midler.

Udgifter til BST-centret.

Som beregningsgrundlag foreslås et center omfattende kun 3.000 arbejdstagere, dels med det formål at gøre undersøgelsen mere overskuelig, dels fordi 3.000 arbejdstagere i andre lande og i organisation sudvalgets betænkning anses for et passende underlag for en heltidsansat læge med overvejende forebyggende opgaver. Udgifterne er beregnet i 1976-priser.

Lønudgifter pr. år:

1 læge	220.000 kr.
2 sygeplejersker	180.000 -
1 fysio/ergoterapeut	90.000 -
1 sekretær	70.000 -
1 tekniker	110.000 -
	670.000 kr.

Etableringsudgifter pr. år ...	56.000 -
	726.000 kr.

Driftsudgifter til de medicinske aktiviteter: 61.000 kr.
 Driftsudgifter til de tekniske aktiviteter: 61.000 -
 I alt pr. år: 848.000 kr.

Offentlige tilskud:
 De første 2 år: 678.400 kr.
 De efterfølgende 3 år: 636.000 -
 I alt for 5 år: 1.314.400 kr.
 Virksomhedernes udgifter for 5 år: 2.926.600 kr.

Udgifter til BST for større virksomhed.
 Som beregningsgrundlag anvendes en virksomhed med 1.500 ansatte.

½ læge: 115.000 kr.
 1 sygeplejerske: 90.000 -
 V2 fysio/ergoterapeut: 45.000 -
 12 sekretær: 35.000 -
 285.000 kr.
 Etableringsudgifter pr. år: 28.000 -
 313.000 kr.

Driftsudgifter til medicinsk BST-aktivitet: 31.000 kr.
 Driftsudgifter til teknisk BST-aktivitet: 31.000 -
 I alt pr. år: 375.000 kr.
 Heraf offentlige tilskud
 de første 2 år: 320.000 kr.
 De efterfølgende 3 år: 281.000 -
 I alt for 5 år: 601.000 kr.
 Udgifter for virksomheden for 5 år: 1.274.000 kr.

Udgifter til selve undersøgelsen.

Udgifterne til selve undersøgelsen (planlægning, løbende registrering, dataindsamling, bearbejdning og rapportskrivning) omfatter lønudgifter, udgifter til indledende og afsluttende undersøgelser, løbende dataindsamling og databearbejdning foruden løbende administrationsudgifter, rejser m. v.

I hele undersøgelsesperioden foreslås ansat 2 heltids akademikere, hvoraf den ene bør fungere som projektleder (økonom/læge?). Endvidere ansættes en sekretær.

Herudover afsættes beløb til konsulentonorar til statistiker, programmør, teknisk-hygieniker og eventuelt sociolog.

De indledende og afsluttende undersøgelser bør formentlig gennemføres som stikprøveundersøgelser ved dels projektets læge, dels den tekniske hygiejniker, assisteret af AMI. I undersøgelsen vil der med kontrolgrupper indgå ca. 9.000 personer. Alle udspørges med spørgeskema. 5 pct. undersøges nærmere af læge. Endvidere undersøges samtlige virksomheder af arbejds-hygieniker.

Udgifter:

Løn til 2 akademikere i 3 år: ca. 700.000 kr.
 Løn til sekretær i 3 år: - 210.000 -
 Konsulentonorar til 4 akademikere: - 200.000 -
 Medicinske undersøgelser 30 kr./person: - 30.000 -
 Teknisk/hygieniske undersøgelser: - 30.000 -
 Databearbejdning: - 30.000 -
 I alt: ca. 1.200.000 kr.
 Administration, spørgeskema mv, 10 pct: - 120.000 -
 I alt: ca. 1.320.000 kr.

