

ARBETE OCH HÄLSA
VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

Nr 2018;52(6)

En svensk arbetsmiljöhistoria

– Arbetsmiljöinstituten och företagshälsovården

Eva Vingård
Kaj Elgstrand
Irene Jensen



GÖTEBORGS UNIVERSITET
ENHETEN FÖR ARBETS- OCH MILJÖMEDICIN

Första upplagan år 2018
Tryckt av Kompendiet, Göteborg
© Göteborgs universitet & Författarna

ISBN 978-91-85971-71-8
ISSN 0346-7821

CHEFREDAKTÖR

Kjell Torén, Göteborgs universitet

REDAKTION

Maria Albin, Stockholm

Lotta Dellve, Göteborg

Henrik Kolstad, Århus

Roger Persson, Lund

Kristin Svendsen, Trondheim

Allan Toomingas, Stockholm

Mathias Holm, Göteborg

REDAKTIONSASSISTENT

Cecilia Andreasson,
Göteborgs universitet

REDAKTIONSRÅD

Kristina Alexanderson, Stockholm

Berit Bakke, Oslo

Lars Barregård, Göteborg

Jens Peter Bonde, Köpenhamn

Jörgen Eklund, Stockholm

Mats Hagberg, Göteborg

Kari Heldal, Oslo

Kristina Jakobsson, Göteborg

Malin Josephson, Stockholm

Bengt Järholm, Umeå

Anette Kærgaard, Herning

Carola Lidén, Stockholm

Svend Erik Mathiassen, Gävle

Catarina Nordander, Lund

Torben Sigsgaard, Århus

Gerd Sällsten, Göteborg

Ewa Wikström, Göteborg

Eva Vingård, Stockholm

Kontakta redaktionen eller starta en prenumeration:

E-post: arbeteochhalsa@amm.gu.se, Telefon: 031-786 62 61

Postadress: Arbete och hälsa, Box 414, 405 30 Göteborg

En prenumeration kostar 800 kr per år exklusive moms (6 %).

Beställ enskilda nummer: gupea.ub.gu.se/handle/2077/3194

Vill du skicka in ditt manus till redaktionen läs instruktionerna för författare
och ladda ned mallen för Arbete och Hälsa manus här: www.amm.se/aoh

Innehållsförteckning

Författarpresentation	1
Sammanfattning	2
Arbete och Hälsa	2
Företagshälsovård	2
Svenska arbetsmiljöinstitut	4
Arbete och Hälsa 50 år	7
<i>Kaj Elgstrand</i>	
Volym	7
Innehåll	8
Och nu då?	10
Företagshälsovården i Sverige	11
<i>Eva Vingård, Kaj Elgstrand & Irene Jensen</i>	
Historik	11
Utbildning av företagshälsovårspersonal	17
Forskning och utveckling	19
Är förebyggande hälsoarbete lönsamt?	23
Företagshälsovården i framtiden	24
Referenser	27
Vanliga frågor om företagshälsovård	31
<i>Kaj Elgstrand & Eva Vingård</i>	
Styrning av företagshälsovården	31
Verksamhetens innehåll	32
Utveckling av företagshälsovården	34
Svenska arbetsmiljöinstitut	35
<i>Kaj Elgstrand</i>	
1966-1972	36
1972-1980	36
1980-1992	38
1992-1995	40
1995-2007	40
Arbetslivsinstitutet stängs 2007	43
Vad händer nu?	43
Referenser	44

Författarpresentation

Eva Vingård - MD, PhD - är professor emeritus vid Arbets- och miljömedicin, Institutionen för medicinska vetenskaper vid Uppsala universitet. Hon har arbetat med arbetshälsa i 35 år som företagsläkare, kliniker, lärare och forskare. Professor Vingårds har bedrivit forskning om rörelseorganens sjukdomar i relation till fysiska och psykosociala exponeringar i arbetet, rehabilitering för återgång i arbete samt hur företag och organisationer med friska medarbetare är organiserade och bedriver sitt förebyggande arbete. Professor Vingård har även deltagit i framtagandet av ett flertal kunskapsöversikter om arbete och hälsa.

eva.vingard@medsci.uu.se

Kaj Elgstrand var forskare inom arbetsfysiologi och ergonomi i Stockholm 1964-1968. Han arbetade vid University of Cauca i Popayan, Colombia, 1968-1970. 1971-1988 var han chef för de svenska nationella utbildningsprogrammen för specialister inom företagshälsovård och yrkes-inspektion och 1988-1992 chef för NIVA i Helsingfors, Finland. Under 1993-2007 arbetade han vid Arbetslivsinstitutet som ledare för internationella utbildningar och på internationella samarbets-program i Polen, Centralamerika och södra Afrika. Sedan 2007 har han varit arbetshälsokonsult, först vid Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm, och sedan vid Arbets- och miljömedicin Uppsala Universitet.

kajelg@kth.se

Irene Jensen är professor i metoder för företagshälsa vid enheten för interventions- och implementeringsforskning om arbetshälsa, institutet för miljömedicin, Karolinska institutet Hon disputerade 1993 på multidisciplinära insatser för ryggbesvär, den tidens stora arbetshälsoproblem. Hon har sedan 1985 arbetat inom området arbetshälsa som kliniker, lärare och forskare. Professor Jensen forskning har rört sig från rehabilitering och behandlingsforskning till organisation och förebyggande. En stor del av hennes forskning idag är inriktad på hur man effektivt kan öka användningen av forskning ute i reguljär verksamhet, s.k. evidensbaserad praktik. Sedan 2011 leder hon ett forskningsprogram om metoder för företagshälsa.

irene.jensen@ki.se

Sammanfattning

Arbete och Hälsa

I Arbete och Hälsa har det under de första 50 åren sedan starten 1967 publicerats 1076 artiklar och rapporter. Innehållet speglar till viss del hur arbetsmiljön har förändrats under dessa år. Arbete och Hälsa gavs ut från Arbetstlivsinstitutet från år 1995 till institutets nedläggning 2007. Utgivningsverksamheten flyttade då till Göteborgs universitet dock utan några resurser. Antalet publikationer har därför minskat under dessa senare 10 år men utgivningen fortsätter med ungefär sex nummer per år.

Arbete och Hälsa är en inarbetad publikationsserie i Sverige och i viss mån även i andra nordiska länder. Eftersom nedladdning är kostnadsfri har publikationerna en möjlighet till en betydande spridning. Förutsättningarna för en ökning av det årliga antalet publikationer finns bland annat inom den forskning som nu bedrivs ifråga om företagshälsovården och dess effekter på arbetsmiljön.

Den nya myndighet för arbetsmiljökunskap som inrättats 2018 har bland sina uppgifter att sammanställa och tillgängliggöra kunskap om arbetsmiljö samt kommunicera denna på ett målgruppsanpassat sätt. Den utredning som ligger till grund för den nya myndighetens inrättande föreslår att myndigheten ska ta över ansvaret för Arbete och Hälsa, ”vilket inte nödvändigtvis behöver betyda en fysisk förflyttning” av skriftserien. Med ändamålsenligt samarbete mellan den nya myndigheten och Göteborgs universitet borde tidskriften kunna gå en ny vår tillmötes.

Företagshälsovård

Redan tidigt i industrialiserings fotspår anställdes läkare av större företag för att i första hand ta hand om olycksfall. Långt in på 1950-talet fanns dock fortfarande endast ett femtiotal stora företag som hade industrihälsovård. Det var inom denna kår av industriläkare som principerna för företagshälsovård i modern mening utvecklade sig. Huvudinriktningen var att utifrån medicinska observationer finna sambanden mellan hälsa och förhållanden i arbetsmiljön och i görligaste mån förebygga detta.

1967 träffade LO och SAF en överenskommelse om riktlinjerna för företagshälsovård där de förband sig att gemensamt verka för en utbyggnad av företagshälsovården. Denna skulle vara en tekniskt och medicinskt förebyggande, sjukvårdande och rehabiliterande verksamhet, där skyddsingenjörer och företagsläkare arbetade sidoordnade. Företagshälsovården skulle vara ett intresseområde för arbetsmarknadens parter och inte regleras i lagstiftning.

Under 1970- och 80-talen utvecklades företagshälsovården både kvantitativt och kvalitativt. 1990 fanns 7 000 specialister inom företagshälsovården, och av dem hade 6 000 genomgått specialutbildning i företagshälsovård. Mer än 80% av landets arbetstagare hade tillgång till företagshälsovård; denna var utbyggd för alla stora och medelstora företag, liksom för en del av småföretagen.

1991 övergav Arbetsgivareföreningen den centrala modellen för förhandlingar med fackföreningarna, i enlighet med ett internationellt skifte mot decentralisering av relationerna på arbetsmarknaden. Man sade upp de centrala avtalen om arbetsmiljöarbete och företagshälsovård. Detta fick långtgående konsekvenser för svensk företagshälsovård.

2001 fanns det 670 företagshälsovårdsenheter i landet. Dessa hade blivit färre som en följd av omstruktureringar i branschen med sammanslagningar och där större aktörer köper mindre företag. Antalet inbyggda företagshälsovårdsenheter hade minskat kraftigt och uppskattades 2004 till 166. En minskande andel av landets arbetstagare hade tillgång till företagshälsovård, 65% år 2007. Minskningen har fortsatt och 2015 fanns 2 770 personer anställda inom företagshälsovården och 1 071 av dessa hade företagshälsovårdsutbildning. Rekryteringsbehovet de närmaste åren bedöms som stort.

När Arbetsmiljöinstitutet respektive Arbetslivsinstitutet svarade för all vidareutbildning av företagshälsovårdens personal hade utbildningen en god forskningsanknytning genom att institutens forskare svarade för en stor del av lärarinsatserna. Icke desto mindre, under institutens tid var forskningen kring företagshälsovårdens inriktning och metoder eftersatt. Sådan forskning och sådant utvecklingsarbete har emellertid på ett lovande sätt initierats under de senaste åren.

En viktig åtgärd var att FORTE (dåvarande FAS) år 2011 beslöt finansiera en professur, två forskningsprogram och ett nätverk om företagshälsovård. Projektet var sexårigt, professuren innehåller Irene Jensen och är förlagd till Karolinska institutets avdelning för Interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa.

På *makronivå* finns data som tyder på ett positivt samband mellan förebyggande hälsoarbete och lönsamhet visat av World Economic Forum och ILO. På *företagsnivå* har forskningen om lönsamheten av förebyggande och hälsofrämjande åtgärder varit ytterst sparsam. På senare år har det dock kommit vetenskapliga studier och avhandlingar som klart visar på det strukturerade hälsoarbetets ekonomiska fördelar.

I Sverige har regeringen initierat åtgärder för att i främsta hand minska sjukfrånvaron. Arbetsgivarna både inom privat och offentlig sektor lade i samband med detta fram avsiktsförklaringar för hälsoarbetet. Regeringens och parternas förslag är vällovliga och tyder på att man förstår vad som behövs för

att uppnå målen, bland annat beträffande minskning av sjukfrånvaro. Företagshälsovården är dock dränerad på kraft och resurser och måste delvis byggas upp igen. Flera öar av väl fungerande företagshälsovård med välutbildad personal finns och dessa kan bilda skola för en förhoppningsvis kommande positiv utveckling.

Ett glädjeämne utgörs av den forskning som initierats ifråga om företagshälsovården och vars resultat bör kunna påverka företagshälsovårdens inriktning på ett positivt sätt, liksom företagshälsovårdsutbildningens innehåll. Att inrätta akademisk företagshälsovård, det vill säga företagshälsovårdsenheter som med statliga medel är knutna till en akademisk institution så som arbets- och miljömedicinska institutioner, kan stärka kompetensen inom området. I Irene Jensens program för Metoder för företagshälsa vid Karolinska Institutet har ett sådant koncept skapats och idag är tre företagshälsor Akademiska företagshälsor. Med dessa centraler går det att skapa en standardisering och struktur för kvalitetssäkrade arbetssätt för företagshälsor i Sverige som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet så kallad evidensbaserad praktik.

Svenska arbetsmiljöinstitut

Arbetsmedicinska institutet tillkom 1966 för att bedriva forskning och utbildning i arbetsmiljöfrågor. Institutet lydde under Socialdepartementet. Etablerandet av institutet kan ses som en del av en specialiseringsprocess inom den offentliga sektorn. Arbetsmedicinska institutet skapades genom överföring och integrering av redan existerande institutioner och forskningsgrupper och med tillägg av ett antal nya tjänster och omfattade runt 100 personer. Institutet hade kompetens i yrkesmedicin, yrkesdermatologi, arbetsfysiologi, arbetshygien och arbetspsykologi.

Riksdagen beslöt 1971 (10), på grundval av ILOs rekommendation nr. 112 om Occupational Health Services och ett antal nationella överväganden, att det Arbetsmedicinska institutet skulle vara ansvarig för att organisera och genomföra en omfattande specialistutbildning för personal inom företagshälsovården.

I början av 1970-talet godkände riksdagen 15 viktiga lagar för reglering av arbetsmarknaden. Arbetsmiljölagen, Lagen om medbestämmande och Lagen om anställningsskydd var tre av dessa nya lagar. Ökade resurser gavs till de myndigheter och organisationer som arbetade med arbetsmiljöfrågor. Arbetarskyddsfonden (senare benämnd Arbetsmiljöfonden, och därefter Arbetarskyddsfonden) inrättades 1972 för att finansiera nationell forskning och utbildning i arbetsmiljöfrågor. En filial till Institutet etablerades i Umeå.

Institutet i sin helhet, inklusive filialen i Umeå, gjordes 1972 till en avdelning, Forskningsavdelningen inom Arbetarskyddsstyrelsen, som var en myndighet under Arbetsmarknadsdepartementet. 1972 beslutades att en ny

byggnad skulle uppföras för Arbetarskyddsstyrelsen i Solna. Den nya byggnaden var färdig 1979. Den hade rymliga och välutrustade kontorslokaler och laboratorier, och en separat byggnad för Forskningsavdelningens utbildningsverksamhet. Samma år flyttade också Umeå-filialen in i nya och funktionella lokaler.

Arbetslivscentrum etablerades 1977 för att bedriva forskning och utveckling ifråga om arbetsmarknadsparternas engagemang i arbetsorganisatoriska frågor. Centrets inrättande kan ses som en del av inrättandet av de nya lagarna inom arbetsmarknaden, särskilt för utveckling av olika typer av arbetsorganisation baserad på medbestämmande.

Under 1980-talet blev muskuloskeletala besvär och dess samband med exponeringar i arbetet ett nytt viktigt forskningsområde liksom senare även effekter av organisatoriska och sociala faktorer på arbetet. Under denna period ägnades ökad uppmärksamhet åt institutets akademiska produktion i form av publikationer i internationella tidskrifter och handledning av doktorander.

1987 blev Forskningsavdelningen tillsammans med huvuddelen av utbildningsenheten åter ett självständigt nationellt institut, Arbetsmiljöinstitutet. Det återinrättade institutet hade nästan 400 anställda. Under 1980-talet var avdelningen/institutet mera aktivt i internationellt samarbete än tidigare.

I slutet av 1980-talet var Arbetsmiljöinstitutet väletablerat. Institutets utbildning inom företagshälsovården var en förutsättning för utvecklingen av företagshälsovården i landet. Den forskning som ursprungligen fokuserat på analys av arbetsmiljörisiker hade gradvis kompletterats av projekt som ägnades åt hur riskerna skulle förebyggas genom interventioner av olika slag.

En utredning under början av 1990-talet föreslog att Arbetsmiljöinstitutet och Institutet för arbetslivsforskning och delar av Arbetsmiljöfonden skulle integreras. Inrättandet av det nya institutet beslöts av riksdagen och verksamheten startade. Institutet gavs namnet Arbetslivsinstitutet och hade 450 anställda. De första åren dominerades av skapandet av en ny struktur för ledning och administration och av etablerandet av regionala filialer i Göteborg (med fokus på industri och personalutveckling), Bergslagen (regional utveckling), Malmö (förhållandena i socialt arbete), Norrköping (arbete och kultur) och Östersund (småföretag). Under denna period hade institutet mer än 500 anställda och 80 doktorander, av vilka en del hade anställning vid institutet.

Samma år som Arbetslivsinstitutet inrättades, 1995, blev Sverige medlem av Europeiska Unionen. Detta var något som fick stor betydelse för institutet. Regeringen begärde assistens i frågor som sammanhänge med EU-medlemskapet, till exempel ifråga om arbetsrätt. Institutet var generellt mycket aktivt då det gällde internationell samverkan.

Arbetsmiljöforskningen ifråga om toxikologi, kemi och teknik fortsatte att minska inom Arbetslivsinstitutet och delar fördes över till universitet och högskolor. Ergonomi, allergier och stressrelaterade sjukdomar kom i fokus.

2006 placerades Arbetslivsinstitutet under det återupprättade Arbetsmarknadsdepartementet. I oktober deklarerade den nytilträdde borgerliga alliansregeringen sin avsikt att lägga ner Arbetslivsinstitutet och Institutet upphörde att existera den första juli 2007. Som skäl till stängningen angav regeringen att arbetsmiljöforskning liksom annan forskning bör bedrivas inom universiteten, inte vid statliga myndigheter. Några medel eller instruktioner för detta kom dock aldrig till stånd. Den Svenska kriteriegruppen överfördes till Arbetsmiljöverket och den Nordiska expertgruppen lokaliserades till Karolinska institutet.

I regeringens forskningsproposition av 2016 ingår ett tioårigt nationellt forskningsprogram om arbetslivsforskning, som en av sju satsningar för att möta samhällsutmaningar. Programmet inrättas vid Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) som under åren 2017-2020 för detta ändamål erhåller sammanlagt 60 miljoner kronor.

Enligt meddelande daterat 7 september 2017 från Arbetsmarknadsdepartementet beslöt regeringen att inrätta en ny myndighet för arbetsmiljö-kunskap. Myndigheten har placerats i Gävle och inledde sin verksamhet 1 juni 2018. Den nya myndigheten får i uppdrag att sammanställa och tillgängliggöra kunskap om arbetsmiljö samt kommunicera denna på ett målgruppsanpassat sätt. Syftet är att stödja det praktiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. Myndigheten ska även utvärdera och analysera arbetsmiljöpolitiken, stödja regeringen i det internationella arbetsmiljöarbetet, och arbeta med frågor som rör företagshälsovård. I budgetpropositionen för 2018 avsätts 18,8 miljoner kronor för myndigheten. Myndigheten byggs upp succesivt. När verksamheten är fullt utbyggd år 2020 beräknas budgeten omfatta 35 miljoner kronor per år.

Arbete och Hälsa 50 år

Kaj Elgstrand

Den första publikationen i Arbete och Hälsa, som då hörde hemma på Arbetsmedicinska institutet, kom 1967. Ansvaret för publikationsserien togs 1972 över av Arbetarskyddsstyrelsens forskningsavdelning. 1987 fördes serien över till Arbetsmiljöinstitutet och 1995 till Arbetslivsinstitutet. När Arbetslivsinstitutet stängdes 2007 övertog Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet ansvaret. Även om serien syns ha hoppat från institution till institution under de femtio åren, så har den under de första 40 åren administrerats av samma forskargrupp, eftersom Arbetsmedicinska institutet omvandlades till forskningsavdelningen vid Arbetarskyddsstyrelsen, åter uppstod som självständig institution med Arbetsmiljöinstitutet som sedan överfördes till det nybildade Arbetslivsinstitutet.

Här görs ett försök att utifrån de 1 076 artiklar och rapporter som under 50 år, 1967-2016, publicerats i Arbete och Hälsa spegla hur fokus inom arbetsmiljöområdet i Sverige förändrats under dessa 50 år. Utgångspunkten för analysen är artiklarnas/rapporternas rubriker som i regel är både utförliga och entydiga.

Volym

Produktionen har varit relativt hög från 1972 till 2006, särskilt under Arbetsmiljöinstitutets tid, men låg under Arbetsmedicinska institutets uppstartsperiod och efter stängningen av Arbetslivsinstitutet. Den genomsnittliga artikeln/rapporten har omfattat drygt 60 sidor men variationen har varit stor (från 7 till 515 sidor). Under de första åren var alla artiklar skrivna på svenska. Från slutet av 1970-talet skrevs allt fler på engelska. Sammantaget över de 50 åren har 27% av artiklarna varit på engelska, 0.3% på danska/norska och resten, 73%, på svenska.

Tabell 1. Antalet publikationer i serien Arbete och Hälsa, 1967-2016

Administratör	Period	Antal publikationer	
		totalt	per år
Arbetsmedicinska institutet	1967-1972	20	4
Arbetarskyddsstyrelsens forskningsavdelning	1972-1987	395	25
Arbetsmiljöinstitutet	1987-1995	328	41
Arbetslivsinstitutet	1995-2006	274	24
Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet	2007-2016	59	6

Innehåll

Det ämnesmässiga innehållet, speglat i rubrikerna, sammanfattas i Tabell 2.

Tabell 2. Kategorisering i ämnesområden av artikelrubrikerna i Arbete och Hälsa 1967-2016. Antalet markeringar (1 285) är större än antalet artiklar (1 076), eftersom en artikel kan erhålla mer än en markering. T ex: ”Exposition för toluen” får markering för både ”Exposition för luftföroreningar och metaller, hälsoeffekter” och ”Lösningsmedel”.

A	
Nordisk kriteriedokumentation	156
Kriteriarbete allmänt	29
Underlag för hygieniska gränsvärden	107
Provtagning, kemisk analys	64
Exposition för luftföroreningar och metaller, hälsoeffekter	134
Lösningsmedel	55
Toxikologiska djurförsök	10
<i>Totalt</i>	555 (43%)
B	
Buller och vibrationer	65
Belysning, ögon	8
Värme och kyla	22
Strålning	19
Hud, dermatologi, allergier	23
Ventilation	14
Ergonomi och arbetsfysiologi	85
Muskuloskeletala besvär	42
Arbetsolycksfall, förebyggande av olyckor	22
Arbetspsykologi, arbetsorganisation, stress	69
<i>Totalt</i>	469 (36%)
C	
Svetsning	25
Arbetsmiljö, arbetsmiljöproblem	75
Hälsoundersökning	32
Yrkesmedicin, dödsorsaker, epidemiologi	72
<i>Totalt</i>	204 (16%)
D	
Konferensdokumentation	28
Litteraturoversikter	12
Kunskapssammanställningar	17
<i>Totalt</i>	57 (4%)
Totalt antal markeringar	1 285

Innehåll relaterat till kemiska arbetsmiljörisker representerar närmare hälften av alla publikationer (Grupp A + delar av grupp C). Den kriteriedokumentation som utförts genom svenska kriteriegruppen och nordiska expertgruppen utgör hälften av denna hälft. De nordiska kriteriedokumenterna kommer också fortsättningsvis att publiceras i Arbete och Hälsa, den årliga omfattningen är emellertid för närvarande liten, 1-2 publikationer. Eftersom Arbetarskyddsverket lade ner den svenska kriteriegruppen i slutet av 2016, har publikationen av underlagen för hygieniska gränsvärden i huvudsak upphört.

I grupp B finns ett ämnesområde som förekommer i oväntat liten omfattning: arbetsolycksfall och förebyggande av olyckor. De 22 markeringarna för detta ämnesområde motsvarar mindre än 2% av alla artiklar/rapporter i Arbete och Hälsa under dessa 50 år. Det är oväntat med tanke på den höga relevans detta område har för arbetsmiljön.

De angivna ämnesområdena förekommer i olika utsträckning under olika delar av 50-årsperioden.

De kemiska ämnena förekommer under hela perioden. Detta gäller också ”ergonomi och arbetsfysiologi”, men inte ”muskuloskeletal besvär”. Den första publikationen som nämner muskuloskeletal besvär i titeln kommer först i mitten av 1980-talet. Också det arbetspsykologiska området gör sin entré på 1980-talet, men begrepp som ”stress” och ”arbetsorganisation” förekommer i titlarna först från slutet av 1990-talet. Många artiklar rörande ”lösningsmedel” och dess risker publiceras mellan 1972 och 1995, men därefter ingenting.

Vad som under 1980- och 90-talen benämndes ”litteraturoversikter” tycks efter millennieskiftet kallas ”kunskaps sammanställningar”.

Utöver de här presenterade ämnesområdena kan man studera när och i vilken utsträckning som ord som ”prevention”, ”äldre arbetskraft”, med mera, förekommer i titlarna. I Tabell 3 sammanfattas några sådana observationer.

Tabell 3. Förekomsten av vissa ord/begrepp i artikelrubrikerna i Arbete och Hälsa.

Ord/begrepp	Totalt antal observationer 1967-2016	Tidpunkt då ordet/begreppet först förekommer
Prevention	15	1989
Intervention	6	1988
Företagshälsovård	5	1990
Systematiskt arbetsmiljöarbete	5	2004
Försäkringsfrågor	9	1986
Äldre arbetskraft	10	1969
Unga	11	1991
Kvinnor	6	1974
Anställning/arbetslöshet	8	1995
Sjukfrånvaro	8	1999
Lärande	5	1996

Ord som ”prevention”, ”intervention” och ”företagshälsovård” gör entré först i slutet av 1980-talet och förekommer i ganska liten utsträckning. Då det gäller prevention och företagshälsovård är detta anmärkningsvärt, eftersom arbetsmiljöarbetet i Sverige sedan åtminstone 1960-talet haft fokus på förebyggande och företagshälsovården varit en viktig metod för att organisera detta förebyggande. Emellertid, även om dessa ord inte förekommer så ofta i rubrikerna, så kan artiklarna/rapporterna innehålla resonemang/rekommendationer om förebyggande och referera till företagshälsovården. Förekomsten av begreppet intervention torde spegla en mera medveten och tydlig inriktning mot att arbetsmiljöforskningen inte bara skall beskriva och rekommendera utan också mera aktivt verka för förändring.

Ord som ”äldre arbetskraft” och ”ungdom” förekom i rubrikerna nästan enbart under 1990-talet, ofta tillsammans med ord som ”anställning/arbetslöshet”, ”sjukfrånvaro” och ”lärande”. Efter år 2000 har ”anställning/arbetslöshet” och ”sjukfrånvaro” fortsatt att förekomma i rubrikerna. Detta speglar förstås de samhälleliga och politiska frågor som varit och är aktuella.

De branscher som var föremål för publikationer dominerades av skogsarbete, verkstadsindustri, kemisk industri och transporter fram till slutet av 1980-talet. Bildskärmsarbete och hälso- och sjukvårdens arbetsmiljö tillkom i slutet av 1980-talet. Arbetsmiljön i skolorna har behandlats i publikationer framförallt sedan millennieskiftet.

Och nu då?

Arbete och Hälsa är sedan 50 år tillbaka en inarbetad publikationsserie i Sverige och i viss mån även i andra nordiska länder. Eftersom nedladdning är kostnadsfri, har publikationer i Arbete och Hälsa en möjlighet till en betydande spridning. Antalet årligen publicerade artiklar/rapporter har emellertid drastiskt sjunkit sedan 2007.

Förutsättningarna för en ökning av det årliga antalet publikationer finns bland annat inom den forskning som nu bedrivs ifråga om företagshälsovården och dess effekter på arbetsmiljön.

Den nya myndighet för arbetsmiljökunskap som inrättats 2018 har bland sina uppgifter att sammanställa och tillgängliggöra kunskap om arbetsmiljö samt kommunicera denna på ett målgruppsanpassat sätt. Den utredning som ligger till grund för den nya myndighetens inrättande föreslår att myndigheten ska ta över ansvaret för Arbete och Hälsa, ”vilket inte nödvändigtvis behöver betyda en fysisk förflyttning” av skriftserien. Med ändamålsenligt samarbete mellan den nya myndigheten och Göteborgs universitet borde Arbete och Hälsa kunna gå en ny vår tillmötes.

Företagshälsovården i Sverige

Eva Vingård, Kaj Elgstrand & Irene Jensen

Historik

Begynnelsen

Länge utgjordes arbetsplatsanknuten medicinsk verksamhet huvudsakligen av sjukvård vid företagen. Större företag på landsbygden anställde egna bruksläkare. Andra lösningar var att engagera privatpraktiserande läkare eller tjänsteläkare som tillhandahöll sjukvård och olycksfallsvård under mottagningsstider. Inom den statliga verksamheten utvecklades det så kallade anvisningsläkarsystemet där de anställda kunde få fri sjukvård (1). Långt in på 1950-talet fanns fortfarande endast ett femtiotal stora företag som hade industrihälsovård. Det var inom denna kår av industriläkare som principerna för företagshälsovård i modern mening utvecklades (2). Huvudinriktningen var att utifrån medicinska observationer finna sambanden mellan hälsa och förhållanden i arbetsmiljön. Samverkan började utvecklas med den tekniska skyddstjänsten och med skyddskommittéer och skyddsombud och linjestabsfunktioner i företaget, för att återföra observerade samband till deras orsaker i arbetsmiljö och arbetsförhållanden. Dåvarande Statens institut för folkhälsan spelade en viktig roll i det att man under perioden 1948-59 utbildade 80 industriläkare och 52 industrisköterskor. Den första skyddsingenjörskursen genomfördes 1959 i Svenska Arbetsgivareföreningens regi (3).

Under 1950-talet etablerades begreppet företagshälsovård. LO och SAF enades år 1954 om vissa grundläggande principer för företagshälsovården. Företagshälsovården blev därefter alltmer inordnad i det system för lokal samverkan mellan parterna som utvecklades i företagen. Även på central nivå togs företagshälsovården in i samrådsformerna, bland annat inom ramen för Arbetarskyddsnämndens (numera Prevent) verksamhet (1). 1959 utfärdade ILO rekommendationer om företagshälsovård, där man bland annat underströk företagshälsovårdens förebyggande verksamhet (4).

1960-talet

1967 träffade LO och SAF en överenskommelse om riktlinjerna för företagshälsovård där de förband sig att gemensamt verka för en utbyggnad av företagshälsovården. Denna skulle vara en tekniskt och medicinskt förebyggande, sjukvårdande och rehabiliterande verksamhet, där skyddsingenjörer och företagsläkare arbetade sidoordnade (5).

Med anledning av ILO-rekommendationen om företagshälsovård bildades ”på uppdrag av Kungl. Maj:” en arbetsgrupp för att pröva om rekommendationens principer skulle komma till uttryck i lagstiftning. Man lade 1968 fram sitt betänkande (6) där man angav att lagstiftningsåtgärder vid denna tidpunkt inte var påkallade med hänvisning bland annat till överenskommelsen från 1967 mellan LO och SAF. En plan för utbyggnad av företagshälsovården lades fram, syftande till full utbyggnad i mitten av 1980-talet. Nyrekryteringsbehovet till företagshälsovården uppskattades till 1 300 företagsläkare, 1 950 företagssköterskor och 1 300 skyddsingenjörer. Uppskattningen utgick från ett förmodat behov om ett visst antal veckotimmar per 100 anställda: 2 timmar för företagsläkare, 3 för företagssköterskor och 2 timmar för skyddsingenjörer.

Övervägandena beträffande den framtida företagshälsovården gjordes under en period av stora motsättningar på arbetsmarknaden. 35 års fred på arbetsmarknaden bröts i slutet av 1960-talet av ett antal konflikter, strejker och lockouter, däribland på LKAB i Kiruna, bland varvsarbetare, skogsarbetare och metallarbetare. Dessa konflikter hade som grund de förändringar som hade skett av arbetsförhållanden och arbetsmiljö på grund av den tekniska rationalisering som ägt rum under flera årtionden. Dessa rationaliseringar resulterade i en teknisk och ekonomisk utveckling och bättre levnadsstandard för befolkningen generellt men också i högre arbetstakt, introduktionen av många nya och toxiska ämnen i produktionen samt nedvärdering av traditionella arbetsätt (1, 7, 8). En stor enkät genomfördes 1969 om hur LOs medlemmar såg på arbetarskydd och företagshälsovård (9). 82% av de tillfrågade ansåg att de var utsatta för hälsorisker i arbetet, 41% ”i hög grad”. De största riskfaktorerna var enligt enkäten fysisk belastning, buller och drag.

1970-talet

Det politiska svaret från regeringen på konflikterna inom arbetsmarknaden blev ett omfattande reformprogram. Många nya lagar stiftades inom det arbetsrättsliga området, däribland medbestämmandelagen, förtroendemannalagen och arbetsmiljölagen. De centrala institutionerna inom arbetsmiljöområdet fick utökade personella och ekonomiska resurser: Arbetarskyddsstyrelsen, Yrkesinspektionen, Arbetsmedicinska institutet, och de yrkesmedicinska klinikerna. Arbetarskyddsfonden skapades 1972.

Kemiska hälsorisker var i fokus under början av 1970-talet. De carcinogena effekterna av vinylklorid klargjordes. Hälsoeffekterna av exposition för flygbränsle och andra lösningsmedel väckte allmän uppmärksamhet. Riskbedömning av olika arbetsmiljöfaktorer var en dominerande aktivitet inom företagshälsovården, de yrkesmedicinska klinikerna och centrala forskningsinstitutioner. Hälsokontrollernas utformning inom företagshälsovården diskuterades.

Företagshälsovårdsutredningen ledde till en proposition och ett riksdagsbeslut som bland annat behandlade utbildningsbehovet inom företagshälsovården (10). Man räknade för den kommande femårsperioden med en årlig utbildningsvolym om 45 företagsläkare, 60 företagssköterskor och 50 skyddsingenjörer. Det 1966 etablerade Arbetsmedicinska institutet skulle svara för denna utbildning. På kortast möjliga tid ökade institutet sin utbildning till den av riksdagen föreskrivna omfattningen. Under den korta tid som institutet existerade, 1966-72, utbildades 176 företagsläkare, 249 företagssköterskor och 125 skyddsingenjörer (3). Därtill gavs 182 ”tekniska planerare” specialutbildning i ergonomi (11). Arbetsmedicinska institutet infogades 1972 i Arbetarskyddsstyrelsen som därmed övertog ansvaret för specialutbildningen i företagshälsovård.

I mitten av 1970-talet startade på initiativ av LO och SAF en omfattande kampanj för utbildning i arbetsmiljöfrågor för skyddsombud, arbetsledare, tekniker, med flera. Under de kommande tio åren utbildades över en halv miljon skyddsombud och arbetsledare med hjälp av utbildningspaketet ”Bättre arbetsmiljö”. Utbildningspaketet togs fram av Arbetarskydds nämnden och användes för 30-40 timmars utbildning i cirkelform eller som lärarledd utbildning. Utbildningens innehåll av arbetsplatsstudier möjliggjorde anpassning till förhållandena inom olika branscher, företag och arbetsplatser. Företagshälsovårdens personal utgjorde en expertresurs av stor betydelse vid utbildningens genomförande.

Den årliga omfattningen av specialutbildningen i företagshälsovård ökade sjufalt under 1970-talet. Fler kurser anordnades, kurstiden ökades, fler utbildades. I slutet av 1970-talet gavs årligen specialutbildning i företagshälsovård för 75 företagsläkare, 190 företagssköterskor, 25 företagssjukgymnaster och 75 skyddsingenjörer (12). 1980 hade 50% av de anställda i landet tillgång till organiserad företagshälsovård (2).

1980-talet

De svenska siffrorna på anmälda fall av muskuloskeletal arbetssjukdom visar en brant stegring efter 1982 (13). Sedan dess har dessa belastningsbesvär varit en dominerande fråga inom företagshälsovården liksom inom arbetsmiljöforskningen. Besvären orsakade ökande frånvaro från arbetet och stora kostnader för företag och samhälle, och hänfördes oftast till dåliga arbetsställningar i förening med repetitiva arbetsuppgifter och en stressande arbetssituation. Från 2006 orsakar de psykiska diagnoserna ett större antal årliga sjukfall än de muskuloskeletal besvären (14).

Sedan 1970-talet hade de organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågorna tillmätts ökande betydelse, vilket bland annat ledde till att allt fler beteendevetare anställdes inom företagshälsovården. En särskild specialutbildning i företagshälsovård för beteendevetare etablerades från 1983 (15).

I början av 1985 fanns 214 beteendevetare (psykologer, socionomer, med fler) anställda inom företagshälsovården, utan att ha genomgått någon specialutbildning i företagshälsovård.

1976 års företagshälsovårdsutredning lämnade 1983 sitt slutbetänkande med titeln "Företagshälsovård för alla" (16). Kritikerna, bland annat på arbetsgiversidan, menade att den i stället borde ha handlat om "företagshälsovård för dem som behöver det". Vid tidpunkten för slutbetänkandet räknade man med att 60% av landets arbetstagare hade tillgång till organiserad företagshälsovård. Utredningen föreslog en rad åtgärder, särskilt ifråga om den offentliga sektorn och småföretag, för att åstadkomma full täckning. Man föreslog att rätten till företagshälsovård inte skulle regleras i lag utan att utbyggnaden till alla arbetsplatser i landet borde ske inom ramen för frivilliga överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter. Enligt utredningens uppfattning är tre personalkategorier oundgängligen nödvändiga för företagshälsovården: företagsläkare, företagssköterskor och skyddsingenjörer. Man bedömde det möjligt att med hjälp av den fortsatta utbildningen för dessa personalkategorier komma till en full täckning inom den kommande tioårs-perioden. Därutöver framhöll man fördelarna av den mångprofessionella sammansättningen där också företagssjukgymnaster/ergonomer, beteendevetare, med fler ingår. Några särskilda förslag ifråga om företagshälsovårdens organisationsformer framfördes inte utan man utgick i stort från att vad som dittills hade utvecklats i landet – en inbyggd företagshälsovård i större och medelstora företag, företagshälsovårdscentraler för småföretag, och branschvis organiserad företagshälsovård – skulle gälla också i fortsättningen.

ILO skrev fram den tidigare företagshälsovårdsrekommendationen (4) med en konvention 1985 (17) och nya rekommendationer 1987 (18). Dessa dokument var starkt påverkade av idéer och praktik ifråga om företagshälsovården i Finland och Sverige, och för Sveriges del innebar dessa dokument inga egentliga nyheter. Förebyggandet av risker för arbetsolyckor och -sjukdomar är de viktigaste uppgifterna. Alla anställda bör erbjudas tillgång till organiserad företagshälsovård. Medicinsk, teknisk och beteendevetenskaplig expertis behövs inom eller med anknytning till företagshälsovården.

Forskningen och utbildningen av företagshälsovårdens personal flyttades 1987 ur Arbetskyddsstyrelsen och överfördes till det nybildade Arbetsmiljöinstitutet, som därvid övertog ansvaret för genomförandet av specialutbildningen i företagshälsovård. Denna utbildning fortsatte att expandera under 1980-talet, dock inte lika våldsamt som under 1970-talet. Det beräknades att 70% av landets arbetstagare 1987 hade tillgång till organiserad företagshälsovård (19).

I slutet av 1980-talet var framtidstron stark bland företagshälsovårdspersonal och andra som arbetade med arbetsmiljöfrågor. Arbetslösheten i landet var låg och det fanns en föreställning om att det var nödvändigt och

angeläget för företagen att förbättra arbetsmiljö och arbetsförhållanden för att kunna göra nödvändiga nyrekryteringar (19).

1990-talet

1990 fanns 7 000 specialister inom företagshälsovården och av dem hade 6 000 genomgått specialutbildning i företagshälsovård (20). Mer än 80% av landets arbetstagare hade tillgång till företagshälsovård, den var utbyggd för alla stora och medelstora företag liksom för en del av småföretagen.

1991 övergav Arbetsgivareföreningen den centrala modellen för förhandlingar med fackföreningarna i enlighet med ett internationellt skifte mot decentralisering av relationerna på arbetsmarknaden. Man sade upp de centrala avtalen om arbetsmiljöarbete och företagshälsovård. Under de första åren på 1990-talet ändrades också Sveriges ekonomiska policy från vad som dithills varit en policy för full sysselsättning till en policy för låg inflation och internationell konkurrenskraft. Samtidigt genomgick landet en djup ekonomisk kris och den öppna arbetslösheten ökade från 1.5% år 1990 till 9% år 1993.

Sedan länge hade staten ersatt industrihälsovården/företagshälsovården för den sjukvårdande verksamheten. Från 1955 baserades detta på lagen om allmän försäkring. 1986 infördes i stället ett schablonbidrag, som också tog hänsyn till den förebyggande verksamheten. Schablonbidraget avskaffades 1993 och motsvarade vid denna tidpunkt 27% av företagshälsovårdens kostnader.

Dessa förhållanden och beslut förändrade i ett slag förutsättningarna för den svenska företagshälsovården (7, 21).

En omfattande förändring av hur företagshälsovården organiserades påbörjades: från mindre enheter (inbyggd företagshälsovård och företagshälsovårdscentraler) mot större företag och koncerner. Efterfrågan på specialutbildningen i företagshälsovård minskade drastiskt. Volymen av den årligen genomförda specialutbildningen minskade från 29 000 utbildningsdagar 1991 till 6 000 utbildningsdagar 1993 (8).

1995 anslöt sig Sverige till Europeiska Unionen. Arbetslivsinstitutet bildades genom en sammanslagning av Arbetsmiljöinstitutet och Institutet för arbetslivsforskning. Det nya institutet övertog ansvaret för anordnande av specialistutbildningen i företagshälsovård.

Riskbilden inom arbetsmiljön hade från 1970- och 80-talen förskjutits från fysikaliska och kemiska risker (olycksfall, damm, gaser, med mera) mot risker av ergonomisk och psykosocial natur. Inför millennieskiftet fick den ökande sjukfrånvaron och dess kostnader för företag och samhälle stor politisk uppmärksamhet. Trots att stora resurser satsats på arbetsmiljöarbetet, inte minst via företagshälsovården, och trots att arbetsmiljön på landets arbetsplatser i allmänhet ansågs god kunde man konstatera att sjukfrånvaron var högre än inom andra EU-länder. Sjukfrånvaron pendlar upp och ner i Sverige på ett sätt

som inte sker i andra jämförbara länder. Orsaken till detta är komplex och oklar och borde vara föremål för mer forskning och uppföljning för att klargöra arbetsmiljöns och regelverkets roll (8).

2000-talet

2001 fanns det 670 företagshälsovårdsenheter i landet. Dessa hade blivit färre som en följd av omstruktureringar i branschen med sammanslagningar och där större aktörer köper mindre företag. De två största bolagen Previa och FeelGood dominerar branschen. Antalet inbyggda företagshälsovårdsenheter hade minskat kraftigt och uppskattades 2004 till 166. En minskande andel av landets arbetstagare hade tillgång till företagshälsovård, 65% år 2007. De anställda inom stat, landsting och större privata företag hade bäst tillgång till företagshälsovård (21). Antalet anställda inom företagshälsovården beräknades 2006 av Föreningen Svensk Företagshälsovård till 4 200, varav 625 företagsläkare, 1 350 företagssköterskor, 700 ergonomer/sjukgymnaster, 725 beteendevetare/psykologer och 350 arbetsmiljöingenjörer (22).

2007 stängdes Arbetslivsinstitutet. I samband med detta vidtogs åtgärder för att utbildningsmöjligheter i företagshälsovård skulle kunna skapas vid universitet och högskolor (8).

Sedan slutet av 1990-talet fanns ett ökande intresse för sambandet mellan arbetsmiljö, hälsa och produktivitet. Organisationer gav utmärkelser relaterade till vilka företag som hade "Sveriges bästa arbetsplatser". Ingenjörsvetenskapsakademien bedrev 2004-2009 projektet "Friska företag" för att visa att modernt och progressivt personalarbete lönar sig (23). För att undersöka vilka vetenskapligt prövade indikatorer som finns på en god arbetsmiljö publicerade Arbetsmiljöverket 2012 en systematisk litteraturoversikt inom området (24).

Med företagshälsovård avses enligt arbetsmiljölagen (25) "en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa." Inom företagshälsovården behövs därför, enligt föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete (26), "breda kunskaper i till exempel arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik."

Under de senaste 15 åren har det gjorts en rad utredningar angående företagshälsovården, dess förutsättningar, problem och utvecklingsmöjligheter (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33). Icke desto mindre skriver Arbetsmiljöverket i sitt budgetunderlag för 2014-2016 (34): "Enligt vår bedömning har utvecklingen inom företagshälsovården lett till att den är en svag aktör i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Diskussionen om företagshälsovårdens roll för att bidra till ett gott arbetsmiljöarbete behöver fördjupas."

90% av alla företag som bedriver företagshälsovård är organiserade i branschorganet Sveriges Företagshälsor (tidigare Föreningen Svensk Företagshälsovård). Föreningens dåvarande VD, Lars Hjalmarsson, säger i en intervju 2011 (35) att företagshälsovården behöver ”ett kraftfullare statligt stöd, mer tillsynskrav och fler drivkrafter för att företagen ska välja företagshälsovård och betala för ett aktivt och förebyggande arbete.” ”Medicinska insatser och förebyggande arbete har tappats bort och ersatts av billigare hälsotrender utifrån marknadens villkor. Statliga utredningar har kommit på löpande band, sedan har politikerna lagt förslagen på is.” Som en positiv utveckling nämner han etablerandet av FAS-professuren i metoder för företagshälsa vid Karolinska institutet, 2011, eftersom det behövs ”mer riktlinjer och evidensbaserade fakta för att driva företagshälsan framåt”.

Utbildning av företagshälsovårdspersonal

Delegationen för kunskapsområdet företagshälsovård (FHV-delegationen) samordnade en av riksdagen beslutad utbildningssatsning till stöd för utveckling av företagshälsovården.

Arbetet som påbörjades 2009 och avslutades 2011 ledde till att utbildning för företagshälsovården numera anordnas runt om i landet på universitet och högskolor. Sedan 2011 har nya master- och magisterprogram i arbetsliv och hälsa tagits fram. Umeå universitet, Karolinska Institutet, Kungliga Tekniska Högskolan och Lunds universitet har utbildningar som ”riktar sig till flera professioner med interprofessionella inslag i sina magister-/masterprogram med inriktning mot företagshälsovård”. Örebro universitet har ett magisterprogram för utbildning av/till företagssköterska. Yrkeshögskolan i Göteborg har en arbetsmiljöingenjörsutbildning. Under 2012-2015 har 106 studenter fullföljt Karolinska institutets magisterprogram i arbete och hälsa, varav 25 med inriktning mot beteendevetenskap, 42 med inriktning ergonomi och 39 med inriktning företagssköterska. Vid Örebro universitet har under 2012-2015 examinerats 55 elever inom företagssköterskeprogrammet. Vid Umeå universitet har inga studenter antagits till utbildningen för arbetsmiljöingenjörer (magisterprogram i arbetsmiljö och hälsa med inriktning mot arbetsmiljöteknik) under åren 2012-2014. Hösten 2015 antogs två elever som förväntades examineras under våren 2016.

Vid KTH har under 2012-2015 examinerats 27 studenter på magisterutbildningen Teknik, hälsa och arbetsmiljö (för bland annat arbetsmiljöingenjörer) och 26 på magisterutbildningen Ergonomi och Människa-Teknik-Organisation. Till den senare utbildningen antas 1/3 med teknisk bakgrund, 1/3 med medicinsk bakgrund och 1/3 med beteendevetenskaplig bakgrund. Från den två-åriga arbetsmiljöingenjörsutbildningen i Göteborg utexaminerades en första omgång om 27 deltagare 2014. En andra omgång examinerades under

maj 2016. Då det gäller statusen på denna utbildning finns en kontrovers. De som antas till utbildningen har ingen ingenjörutbildning och KTH och Branschföreningen Svensk Företagshälsovård vill att utbildningen i stället ska namnges som en arbetsmiljöteknikerutbildning. Från Lunds universitet har inga uppgifter erhållits trots flera kontakter och påstötningar. Orsaken till detta är inte känd. Möjligen har antalet examinerade varit så lågt att man inte ansett det värt att rapportera.

En speciell utbildning för företagsläkare är inte obligatorisk utan vilken läkare som helst kan ta tjänst som företagsläkare. I maj 2015 ersattes den gamla specialiteten Företagshälsovård av den nya specialiteten Arbetsmedicin. Kraven för att få denna specialitet är att man har en annan klinisk patientnära specialitet i botten och till detta lägger två års tjänstgöring på en företagshälsovårdsenhet under handledning, 4-6 månader av denna tid bör vara förlagt till en Arbets- och miljömedicinsk klinik. Till detta kommer ett antal specifika kurser. Specialiteten Företagshälsovård fullföljdes under 2010-2013 av 141 läkare (35/år). Eftersom specialiteten Arbetsmiljömedicin inrättades 2015, har enbart ett fåtal läkare genomgått denna utbildning i sin helhet. Man kan också skaffa sig specialiteten Arbets- och miljömedicin som är en grundspecialitet som kan påbörjas direkt efter AT. För denna specialitet krävs arbete på Arbets- och miljömedicinsk klinik (1-2 år), Företagshälsovårdsenhet (1-2 år) och Randutbildning (2 år). Denna specialitet fullföljdes under perioden 2010-2014 av 24 läkare (5/år).

Sammanfattningsvis har under perioden 2012-2015 årligen utbildats ungefär 40 företagsläkare, 25 företagssköterskor, 10 beteendevetare, 10 företagssjukgymnaster, och 15 arbetsmiljöingenjörer. (Hälften av arbetsmiljöingenjörerna saknar grundläggande ingenjörutbildning). Därmed har under dessa år runt 100 FHV-specialister utbildats årligen. Den nuvarande utbildningsvolymen är sannolikt klart lägre eftersom den tidigare företagsläkarutbildningen upphört och den nya företagsläkarutbildningen inte tycks kunna nå upp till den tidigare utbildningsvolymen.

Antalet medlemmar av olika kategorier i Branschföreningen Svensk Företagshälsovård och de närmaste årens rekryteringsbehov anges i Tabell 1 för 2015. En jämförelse mellan siffrorna för antalet examinerade från företagshälsovårdsutbildningarna under senaste åren och antalet anställda och rekryteringsbehovet enligt Branschorganisationens branschekät för 2015 ger vid handen att den hittillsvarande och nuvarande utbildningsvolymen är alldeles otillräcklig. Om vi begränsar resonemanget till arbetsmiljöingenjörer, ergonomer, företagssköterskor, hälsovetare, beteendevetare och företagsläkare (och således inte tar med kategorierna Chef/ledning/administration och Annan), så finns det 1 098 helårsarbetare som saknar FHV-utbildning. Därtill kommer ett beräknat rekryteringsbehov om 465 personer. Ett behov av FHV-utbildning av 1 563 personer föreligger således under de närmaste 1-3 åren

bland de som svarat på branschenkäten. Denna siffra är i underkant eftersom dels endast 75% av Branchorganisationens medlemmar besvarat enkäten och dels kanske bara 90% som arbetar inom företagshälsovården arbetar vid företag som är medlemmar i Branschorganisationen.

Den nuvarande utbildningsvolymen om färre än 100 examinerade per år ska relateras till ett troligt årligt utbildningsbehov om fler än 700.

Tabell 1. Medlemmarnas svar på Branschföreningen Svensk Företagshälsovårds branschenkät för 2015: antal helårsarbetare, antal med FHV-utbildning och rekryteringsbehov under de närmaste åren.

	Helårsarbetare	Antal med FHV-utbildning	Rekryteringsbehov kommande 1-3 år
Arbetsmiljöingenjör	116	80	48
Ergonom/Sjukgymnast/Fysioterapeut	321	119	54
Företagssköterska/Sjuksköterska	759	441	121
Hälsovetare/Hälsopedagog	78	16	9
Psykolog/Beteendevetare	431	57	108
Läkare	370	264	125
Chef/ledning/administration	598	83	51
Annan	97	11	0
Totalt	2 770	1 071	516

Forskning och utveckling

När Arbetsmiljöinstitutet respektive Arbetslivsinstitutet svarade för all vidareutbildning av företagshälsovårdens personal hade utbildningen en god forskningsanknytning genom att institutens forskare svarade för en stor del av lärarinsatserna. Icke desto mindre, under institutens tid var forskningen kring företagshälsovårdens inriktning och metoder eftersatt. Sådan forskning och sådant utvecklingsarbete har emellertid på ett lovande sätt initierats under de senaste åren.

En viktig åtgärd var att FORTE (dåvarande FAS) år 2011 beslöt finansiera en professur, två forskningsprogram och ett nätverk om företagshälsovård. Projektet var sexårigt och professuren innehågs av Irene Jensen och var förlagd till Karolinska institutets avdelning för Interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa.

- a) Forskningsprogrammet *Utveckling och utvärdering av kostnadseffektiva metoder för att främja arbetsförmåga, hälsa och produktivitet*. Detta program leds av Irene Jensen (36), KI.

- b) Forskningsprogrammet *Framtidens företagshälsovård – ett forskningsprogram för ständig utvärdering, lärande och förbättring*. Programmet leds av Jörgen Eklund (37), KTH, och är ett samarbete mellan KTH, KI och IVL.
- c) *Nätverk för framtidens företagshälsovård – forskning för kontinuerlig utvärdering, lärande och förbättring*. Detta nätverk leds av Magnus Svartengren (38) vid Uppsala universitet och är ett samarbete mellan KTH, KI och IVL.
- d) Nätverket ”*fhv.nu*” utgår från de nuvarande arbets- och miljömedicinska enheterna och avser främja kunskaps- och metodutveckling samt stimulera till ökad forskning och utveckling inom FHV. Ansvarig för detta nätverk är Margareta Torgén (39) på Arbets- och miljömedicin, Uppsala.
- e) *Kompetenscentrat för företagshälsovård*
Tillsammans har ett samarbete inom området företagshälsovård startats mellan Kungliga Tekniska högskolan (KTH), Karolinska Institutet (KI), IVL, Svenska Miljöinstitutet och Uppsala Universitet. Syftet med kompetenscentret är att skapa en kunskapsplattform för FHV för att informera och sprida den kunskap som utvecklas inom ovannämnda två program (a och b) för forskning inom företagshälsa. Inom kompetenscentret forskar man om proaktiva och reaktiva insatser på både organisations- och individnivå med målet att minska riskerna för arbetsrelaterad ohälsa samt förbättra hälsan hos de anställda.
- f) Irene Jensens grupp på KI har tillsammans med FHV-branschen utarbetat *riktlinjer för företagshälsovårdens arbete*. Hittills (2017) har fem riktlinjer rapporter publicerats och en rapport som ger ett verktyg för att beräkna kostnader för ohälsa och investeringar för arbetsgivare. De har fått stor spridning och mottagits väl enligt samfällid utvärdering (40, 41) (se www.fhvforskning.se):
- Riktlinjer för ländryggsbesvär
 - Riktlinjer för psykisk ohälsa
 - Riktlinjer för hälsoundersökningar
 - Riktlinjer vid alkoholproblem.
 - Riktlinjer för exponeringsmätning av hörselskadligt buller
 - Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg.
- g) *Fhvmetodik.se*
Detta är ett tvärvetenskapligt samarbetsprojekt, finansierat av FORTE och AFA, mellan enheten för arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet,

avdelningen för arbets- och miljömedicin och enheten för ergonomi och aerosolteknologi vid Lunds universitet samt institutet för stressmedicin i Göteborg. Målet är att samla och sprida kunskap om evidensbaserade metoder inom fysisk och psykisk ohälsa.

- h) *Strategier för kunskaps- och kvalitetsutveckling i företagshälsovården*
De tjänster som Företagshälsovården erbjuder arbetsgivare idag är inte alltid baserade på aktuell forskning och beprövad erfarenhet. I stället har tjänster utvecklats med avsikt att vinna upphandlingar och marknadsandelar där praktiker ofta inte nås av nya vetenskapliga rön. Irene Jensen vid Karolinska Institutet skall utveckla arbetsformer som möjliggör spridning och användning av kostnadseffektiva metoder för hälsoarbete inom företagshälsovården. En organisatorisk modell implementeras där vetenskapliga rön görs tillgängliga både språkligt och spridningsmässigt. Modellen bygger på samverkan mellan akademien, företagshälsovården och arbetsgivar-/arbetstagarparter. I modellen ligger skapandet av gruppen "Företagshälsans riktlinjegrupp för implementering av evidensbaserade metoder" som kommer att arbeta med riktlinjearbete enligt internationell förbild.
- i) *En metod för att bedöma arbetsförmåga i befintligt arbete*
För att företagshälsovården ska kunna arbeta förebyggande med arbetsanpassning och nå framgång med rehabilitering, krävs det ingående kunskaper om organisationen och arbetsplatsen. Magnus Svartengren vid Uppsala universitet skall utvärdera Krav och funktionsschema (KOF) som är en metod för att bedöma arbetsförmågan i befintligt arbete. Metoden som är utvecklad för företagshälsovården bygger på ett strukturerat samtal mellan den anställde, chefen och representanter för företagshälsovården. KOF kan användas i de flesta branscher för att tidigt komma igång med åtgärder vid tecken på sviktande arbetsförmåga och för att utveckla arbetsplatsnära rehabilitering.
- j) *Metoder för hälsosamt ledarskap inom vård och omsorg*
Trots att Företagshälsovården ska vara en expertresurs inom systematiskt arbetsmiljöarbete anlitas man inte alltid i frågor om arbetsmiljö utifrån ett ledarskapsperspektiv. Andrea Eriksson (42) vid KTH skall uppdatera och utvärdera tre olika metoder som företagshälsovården kan använda i arbetsmiljöarbetet. Metoderna består av dialogbaserad ledarskapsutbildning i grupp, webbaserad interaktiv ledarskapsutbildning och webbaserad ledarskapsutbildning. Utvärderingen görs i samarbete med företagshälsovården och metoderna kommer att testas genom att 180 chefer inom vård och omsorg erbjuds att delta i projektet.

k) *Vad kostar det förebyggande arbetsmiljöarbetet*

Kostnaden för den arbetsrelaterade ohälsan är okänd för många företag trots att ekonomiska incitament är viktiga när företagen ska fatta beslut om att investera i förebyggande arbetsmiljöarbete. Malin Lohela Karlsson (43) vid Karolinska Institutet ska ta fram en metod som kan användas av företagshälsovården och arbetsgivaren för att på ett enkelt sätt beräkna den ekonomiska nyttan av att genomföra förebyggande insatser på arbetsplatser. Om beräkningsmodellen tillämpas systematiskt när arbetsmiljöinsatser genomförs, kommer detta att resultera i mer effektiva insatser vilket på sikt ger minskade kostnader för sjukfrånvaro och ökad produktion.

l) *Är företagshälsovården nyckeln till ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete?*

Katrin Skagert (44) vid Institutet för stressmedicin ska undersöka hur företagshälsovården kan involveras i det förebyggande arbetsmiljöarbetet i Västra Götalandsregionen. Projektet kommer att ta fram modeller över hur företagshälsovården kan bli en resurs och samverka med linjechefer och HR i det förebyggande och främjande arbetsmiljöarbetet. Ett förslag till metoder och nyckeltal för att utvärdera nyttan för verksamhet och anställda kommer också att tas fram. Modellerna ska kunna användas inom landsting och regioner och kommuner som vill utveckla det hälsofrämjande arbetet tillsammans med företagshälsovården.

m) *Modeller för behovsanpassad företagshälsovård i små företag*

Tillgången till företagshälsovård saknas främst hos de små företagen. De har också ofta begränsade resurser för utvecklings- och arbetsmiljöarbete, trots att det är väl känt att ledarskapet har en direkt effekt på medarbetarnas hälsa. Stig Vinberg (45) vid Mittuniversitetet utvecklar modeller för företagshälsovårdstjänster i mikroföretag (< tio anställda). En svensk och en norsk modell kommer att testas och utvärderas vid 26 olika mikroföretag. Den svenska modellen riktas till enbart chefer och den norska fokuserar på både chefers och medarbetares hälsa.

n) *Hur kan branschkunskap spridas inom företagshälsovården?*

Företagshälsovården behöver höja kompetensen kring branschspecifika arbetsmiljöfrågor, framför allt gäller detta arbetsmiljöingenjörer och ergonomer. Konkurrensen mellan olika företagshälsor gör att det är svårt att samla och sprida branschkunskap. Annika Vänje (46) vid KTH undersöker hur branschspecifika kunskaper och erfarenheter från sex olika branscher kan spridas inom företagshälsovården. Tre olika metoder för spridning

kommer att utvärderas: kompetensnätverk för FHV-personal, webbplatser för lärande och utbildningsverksamhet.

o) *Nya arbetsmiljöer – en viktig uppgift för företagshälsovården*

Företagshälsovården har stora möjligheter att påverka arbetsmiljön redan när en ny verksamhet planeras. Framför allt kan företagshälsovården göra stora insatser vid mindre företag som inte har egna specialister och där ny- eller ombyggnation inträffar mera sällan. Jörgen Eklund, professor vid Kungliga Tekniska Högskolan undersöker hur organisationer kan få stöd av sin företagshälsovård vid planering av nya lokaler och vid inköp av utrusning. Ett nätverk kommer att bildas bland företagshälsovård för att samla erfarenheter och sammanställa ett underlag som kan spridas med hjälp av webbaserad kommunikation.

Är förebyggande hälsoarbete lönsamt?

På *makronivå* finns data som tyder på ett positivt samband mellan förebyggande hälsoarbete och lönsamhet. World Economic Forum och ILO (47) visade exempelvis att för 31 länder – höginkomstländer såväl som låg- och medelinkomstländer – så ökade ländernas ”globala kompetitivens index” med minskande antal dödliga arbetsplatsolyckor. Detta index mäter de institutionella och politiska faktorer som på kort och medellång sikt konstituerar ländernas ekonomiska lönsamhet (48).

På *företagsnivå* har forskningen om lönsamheten av förebyggande och hälsofrämjande åtgärder varit ytterst sparsam. Arbetsgivarnas kostnader för ohälsa har framförallt beräknats utifrån kostnader för sjukfrånvaro och rehabilitering. Men en stor kostnad för arbetsgivaren är det produktionsbortfall som orsakas av den så kallade sjuknärvaron, det vill säga att du inte mår helt bra men ändå är på arbetet. I en svensk studie (49) kunde man se att arbetsmiljöproblem orsakar mer produktionsbortfall än hälsorelaterade problem. Detta illustrerar vikten av att arbeta med förebyggande arbete.

2013 publicerades en studie från USA (50). Företag som hade vunnit utmärkelser i ”Cooperate Health Achievement awards” undersöktes beträffande aktieutveckling och utdelning till aktieägare. Företag som hade byggt en kultur som fokuserade på hälsa och välbefinnande hos sina medarbetare var mer lönsamma och hade en bättre utveckling än index på aktiemarknaden. Samma forskargrupp gjorde en liknande studie som publicerades 2016 (51). Företag kan göra en självrapport ”HERO Employee Health Management Best Practice Scorecard” som baserar sig på deras implementering av evidensbaserade hälsofrämjande åtgärder. Över en sexårs period ökade värdet i dessa företag med 235%. Motsvarande siffra för jämförbara företag var 159%. Liknande simuleringar av olika värdemätningar av ett företags lönsamhet har gjorts i Sydafrika

(52). Även här finns ett index baserat på hur väl företaget presterar när det gäller hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen. Evidensen från denna studie visar att i alla simulerade scenarier var de företag som låg högst på hälsoindex också de som hade den bästa lönsamheten. Utvecklingen följdes 3, 5 och 10 år och visade samma resultat vid varje mättillfälle. Resultaten från olika länder och med olika beräkningsgrunder visar alla samma resultat. Ju mer hälsoinriktat företaget är desto högre lönsamhet för investerarna. Intresset för denna kunskap ökar och under 2017 presenterades två nya svenska avhandlingar som studerade ekonomiska konsekvenser av ohälsa och investeringar för att förebygga detta ur ett företagsekonomiskt perspektiv (53, 54).

Företagshälsovården i framtiden

Efter den svenska företagshälsovårdens storhetstid på 1970- och 80-talen kom en nedgång på 1990-talet som fortfarande råder.

Vilka är problemen och utmaningarna?

Några stora problemområden kan urskiljas:

1. Företagshälsovårdens inriktning med avseende på förebyggande aktiviteter är problematisk. Man måste sluta med insatser som inte på något sätt är evidensvärderade, så som allmänna hälsokontroller, och i stället inrikta sig på kunskaper om aktuellt arbetsmiljöstatus på de anslutna arbetsplatserna. Det är ett problem att företagshälsovården inte har någon reglering och styrning av kvaliteten. I exempelvis Norge har en statlig styrning av utformning och kvalitet av FHV införts med ackreditering sedan ett antal år tillbaka. Detta gav goda effekter med bland annat en förbättrad kvalitet i tjänsterna, ökad kompetensutveckling och förbättrat tvärprofessionellt teamarbete (55,56).
2. Omfattningen av företagshälsovårdsutbildningen är otillräcklig för att förse en väl fungerande företagshälsovård med kompetent personal. Inte minst på läkarsidan är utbildningskapaciteten katastrofalt låg.
3. Det är förstås viktigt att företagshälsovården följer arbetslivets och arbetsmiljöns förändringar för att kunna vara en effektiv rådgivare och samtalspartner till arbetsgivarna. När nya organisationsformer och funktioner introduceras bör företagshälsovården tillsammans med till exempel arbets- och miljömedicin eller andra institutioner kunna undersöka och evaluera effekten av detta. De senaste 20 åren har strukturen på arbetslivet kraftigt förändrats. 1993 fanns 493 000 företag. 2013 fanns 1 130 000 företag, de allra flesta med färre än 10

anställda. Detta ställer nya krav på företagshälsovården som måste hitta nya arbetsformer för att attrahera dessa små arbetsgivare. För att uppnå detta krävs också forskning, innovativa arbetssätt och utvärdering. Därtill kan nämnas den fortgående omvandlingen av arbetet med hjälp av mekanisering, datorisering och automation. Denna omvandling är inte ny utan har pågått under åtskilliga decennier och kommer att fortsätta.

4. Vi lever i en alltmer globaliserad värld. Möjligheter med detta är en öppen värld, växande ekonomier och därmed bättre välfärd och hälsa samt en ökad jämställdhet. Hoten mot ett tidigare skyddat och privilegierat samhälle som Sverige kan vara en ökad arbetslöshet, försvagning av övervakningssystem för arbetsmiljön och därmed farligare arbetsmiljöer. Inom EU finns fortfarande öppna gränser och möjlighet för medborgare att arbeta i andra medlemsländer. En del av arbetskraften i ett land som Sverige kan då komma från länder med sämre arbetarskydd och regler. Att förstå och anamma lagar och förordningar och ett svenskt säkerhetstänkande är då en utmaning för invandrade arbetstagare. Detta ställer stora krav på tillsynsmyndigheter och företagshälsovård.
5. I Sverige, Europa och världen över finns demografiska utmaningar med en åldrad arbetskraft. I fysiskt krävande arbeten är detta ett problem liksom att hälsan generellt på gruppnivå försämras med ålder. I mentalt krävande arbete kan dock ålder och erfarenhet vara en stor tillgång.

Vad görs för att lösa problemen och möta utmaningarna?

Under 2016 har tagits en del positiva initiativ. Socialdepartementet utarbetade inom ramen för regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro en promemoria "Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna". Ett av åtgärdsförslagen i denna promemoria var att arbetsgivare skulle betala en särskild sjukförsäkringsavgift om 25% av arbetstagarnas sjukpenning från och med dag 91 i sjukfallen. Förslaget blev föremål för diskussioner och ministern öppnade för möjligheten att parterna själva skulle komma med förslag som hade för avsikt att sänka sjukfrånvaron. Detta skedde och promemorian om Hälsoväxling togs aldrig upp. Arbetsgivarna inom både privat och offentlig sektor lade fram avsiktsförklaringar för hälsoarbetet. Inom privat sektor har man bland annat för avsikt att:

- Utreda i vilken omfattning företagen nyttjar företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering.

- På sätt som parterna överenskommer verka för att arbetsgivare ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (se Arbetsmiljölagen, 1977:1160).

Samtidigt anser regeringen att man bör:

- Tillförsäkra kvalitén i företagshälsovården och därigenom ta ett samlat grepp om kompetensförsörjningen, utifrån de behov som finns på arbetsplatserna och på sådant sätt stimulera att fler får tillgång till sådana tjänster.
- Långsiktigt stärka forskning och kunskapsutveckling om företagshälsovård och annan oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering.
- Åstadkomma en bättre samordning inom regeringskansliet och mellan myndigheter i frågor rörande företagshälsovård och andra motsvarande expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Regeringen bör även utse en myndighet som får ansvar för utvärdering, samordning och utveckling av företagshälsovård och andra motsvarande expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering.

Liknande förslag kom från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som bland annat har för avsikt att:

- Utveckla ett stödpaket riktat till kommuner och landsting/regioner med hög sjukfrånvaro. Stödpaketet kan exempelvis innehålla förslag till åtgärder som tar sin utgångspunkt i kända frisk- och riskfaktorer, bland annat avseende kompetens, arbetsorganisation och bemanning.
- Säkra att chefer i verksamheterna har tillgång till kunskap om hur de aktivt kan arbeta med rehabilitering och arbetsanpassning.

Åtgärds paketet från SKL omfattar också en rad förslag till regeringen beträffande företagshälsovård, till exempel bör regeringen:

- Långsiktigt stärka forskning och kunskapsutveckling om företagshälsovården.
- Utveckla incitamenten för arbetsgivare att använda sig av företagshälsovården i det förebyggande arbetsmiljöarbetet.

Regeringens och parternas förslag är vällovliga och tyder på att man förstår vad som behövs för att uppnå målen, bland annat beträffande minskning av

sjukfrånvaro. Företagshälsovården är dock dränerad på kraft och resurser och måste delvis byggas upp igen. Flera öar av väl fungerande företagshälsovård med välutbildad personal finns och dessa kan bilda skola för en förhoppningsvis kommande positiv utveckling.

Ett glädjeämne utgörs av den forskning som initierats ifråga om företagshälsovården och vars resultat bör kunna påverka företagshälsovårdens inriktning på ett positivt sätt, liksom företagshälsovårdsutbildningens innehåll. Att inrätta akademisk företagshälsovård, det vill säga företagshälsovårdsenheter som med statliga medel är knutna till en akademisk institution så som arbets- och miljömedicinska institutioner, kan stärka kompetensen inom området. Ett liknande scenario introducerades tidigt inom allmänmedicin med akademiska vårdcentraler som har varit viktiga för den kvalitén inom allmänmedicinen. I Irene Jensens program för Metoder för företagshälsa vid Karolinska Institutet har ett sådant koncept skapats och idag är 3 företagshälsor Akademiska företagshälsor. Syftet med Akademisk företagshälsa är att skapa en standardisering och struktur för kvalitetssäkrade arbetssätt för företagshälsor i Sverige som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet så kallad evidensbaserad praktik. Det syftar också till att underlätta kunskapsutbytet mellan forskning och praktik inom företagshälsan för att främja och stödja utvecklingen av hälsosamma arbetsplatser samt för att förebygga och åtgärda riskfyllda arbeten.

Referenser

1. SOU 1976:1. *Arbetsmiljölag*. Slutbetänkande avgivet av arbetsmiljöutredningen.
2. SOU 1980:22. *Utbyggnad av yrkesmedicinen*. Delbetänkande av 1976 års företagshälsovårdsutredning.
3. Elgstrand K (1988) *Utbildningen kring år 1972*. Internrapport IU 1988:4, Arbetarskyddsstyrelsen.
4. ILO (1989). *Occupational Health Services in Places of Employment*. Recommendation no. 112.
5. LO & SAF (1967). *Överenskommelse om riktlinjer för företagshälsovård samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på företagshälsovårdens område*.
6. SOU 1968:44. *Företagshälsovård*. Betänkande avgivet av företagshälsovårdsutredningen.
7. Thörnquist A (2008) *The Swedish OSH model lost in transition?* OSH & Development, no. 9, October 2008.
8. Elgstrand K (2008) *The rise and fall of NIWL*. OSH & Development, no. 9, October 2008.

9. Bolinder E, Magnusson E & Nyrén L (1969) *LO-medlemmarnas subjektiva uppfattning om arbetsplatsens hälsorisker – resultat av enkätundersökning*. LO, 1969.
10. Regeringsproposition 1971:23. *Vissa frågor om företagshälsovård m m.*
11. Lundgren N, Holmér I & Elgstrand K (1973) *Redogörelse för kurs i ergonomi 1968-1973*. Arbetarskyddsstyrelsens utbildningsrapport 1973:5.
12. Elgstrand K. & Remaeus B (1978) *Arbetarskyddsstyrelsens utbildningsverksamhet – nuläge och framtidsperspektiv*. Arbetarskyddsstyrelsen, PM, november 1978.
13. Lundgren N, Kuorinka I, Jonsson B, Jörgensen K, Kilbom Å, Sejersted OM & Vinterberg H (1990) *Arbetsrelaterade sjukdomar i rörelseorganen – förekomst, orsaker och förebyggande – En kunskaps- och problemöversikt*. Nordiska Ministerrådet, 1990.
14. Johansson Y, Strandhäll A & Wennemo I (2016). *En arbetsmiljö- strategi för det moderna arbetslivet 2016-2020*. Regeringens presentation av den nya arbetsmiljöstrategin, februari 2016.
15. Westlander G (1985) *Beteendevetares uppgifter inom företagshälsovården – en exempelsamling av arbetsinsatser genomförda av kursdeltagare vid Arbetarskyddsstyrelsens beteendevetarutbildning 1983/84*. Arbetarskyddsstyrelsen, Utbildningsrapport 1985:1.
16. SOU 1983:32. *Företagshälsovård för alla*. 1976 års företagshälsovårdsutrednings slutbetänkande.
17. ILO (1985) *Occupational Health Service Convention*. Convention No. 161, 1985.
18. ILO (1987) *Recommendation*, No. 171, 1987.
19. Lundgren N, Luthman G & Elgstrand K eds. (1987) *Människan i arbete*. Almqvist & Wiksell.
20. Dahlner B (1990) Training of personnel in occupational health services in Sweden. *I Nordisk arbetsmiljöutbildning*, notisblad från NIVA, December 1990.
21. Axelsdotter Hök Å. & Tegle S (2009) *Svensk företagshälsovård: Litteratur- och faktaöversikt*. November 2008, reviderad januari 2009.
22. Föreningen Svensk Företagshälsovård (2008) *Jobbhälsobarometern*
23. Ingenjörsvetenskapsakademien (2009) *Så skapas framgångsrika friska företag*.
24. Lindberg P. & Vingård E (2017) *Kunskapsöversikt – Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer*. Arbetsmiljöverket, Rapport 2012:7.
25. *Arbetsmiljölagen och förordningen med kommentarer i lydelse 1 juli 2014*
26. AFS 2001:1 *Systematiskt arbetsmiljöarbete*. Arbetsmiljöverkets föreskrifter.
27. Statskontoret (2001) *Utnyttja företagshälsovården bättre*. Rapport 2001:29.
28. Svenska miljöinstitutet (2003) *Småföretag och företagshälsovård - ska berget komma till Muhammed eller Muhammed till berget?* IVL rapport B1542, 2003.
29. SOU 2004:113. *Utveckling av god företagshälsovård*.

30. Arbetsmiljöverket (2004) *Metodutveckling inom företagshälsovården, slutrapport AV rapport 2004:2*
31. SOU 2007:91. *Ny företagshälsovård – ny kunskapsförsörjning*
32. Svenskt näringsliv (2008) *Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inkl försäkringstjänster och sjukfrånvaron.*
33. SOU 2011:79. *Kunskapsområdet företagshälsovård – en rapport om utbildning, utveckling och forskning.*
34. *Arbetsmiljöverkets budgetunderlag 2014-2016.* Dat. 2013-02-19.
35. Svensk företagshälsovård i förnyelse saknar stöd hos parterna; www.arbetsmiljoforskning.se, 2011-02-25
36. Irene Jensen, professor, Karolinska Institutet, Inst. För miljömedicin. Tel: 08-524 832 12, mobil: 070-577 76 59. E-post: irene.jensen@ki.se
37. *Jörgen Eklund*, professor, Kungliga Tekniska Högskolan, Skolan för teknik och hälsa. Tel: 08-790 48 66, mobil: 070-828 44 32. E-post: jorgen eklund@sth.kth.se
38. *Magnus Svartengren*, professor, Uppsala Universitet, Inst. för medicinska vetenskaper. Tel: 018-611 29 13, mobil: 010-730 96 73. E-post: magnus.svartengren@medsci.uu.se
39. *Margareta Torgén*, Överläkare, Arbets- och miljömedicin, Uppsala. Tel: 018-611 36 46. Epost: margareta.torgen@akademiska.se
40. Kwak, L, Wählin C, Stigmar K & Jensen I (2017) *Developing a practice guideline for the occupational health services through a community of practice: description and evaluation of the guideline development process.* BMC Public Health 2017.
41. Björk Brämberg E, Nyman T, Kwak L, Alipour A, Bergström G, Schäfer Elinder L, Hermansson U & Jensen I (2017) *Development of evidence-based practice in occupational health services in Sweden. A three-year follow-up of attitudes, barriers and facilitators.* International Archives of Occupational and Environmental Health (accepted January 2017).
42. *Andrea Eriksson*, Dr PH, Kungliga Tekniska Högskolan, Skolan för teknik och hälsa, STH. Tel: 08-790 98 04, mobil: 076-255 94 23. E-post: andrea.eriksson@sth.kth.se
43. *Malin Lohela Karlsson*, Med dr, Karolinska Institutet, Inst. för miljömedicin. Tel: 08-524 832 14, mobil: 076-555 94 52. E-post: malin.lohela.karlsson@ki.se
44. *Katrin Skagert*, Med dr, Västra Götalandsregionen, Inst. för stressmedicin. Tel: 031-342 07 23, mobil: 0705096577. E-post: katrin.skagert@vgregion.se
45. *Stig Vinberg*, professor, Mittuniversitet, Campus Östersund. Tel, mobil: 070 2666790. E-post: stig.vinberg@miun.se
46. *Annika Vånje*, Fil dr, Kungliga Tekniska Högskolan, Skolan för teknik och hälsa. Tel: 08-790 97 96, mobil: 070-460 60 96. E-post: annika.vanje@sth.kth.se
47. World Economic Forum. *Fatal occupational accidents and competitiveness index for 31 industrialised and developing countries.* ILO/Safework, 2002.

48. World Economic Forum. *The Global Competitiveness Report 2016-2017*.
<http://reports.weforum.org/global-competitiveness-index/>
49. Karlsson MI, Bergström G, Björklund C, Hagberg J & Jensen I (2013) *Measuring production loss due to health and work environment problems: construct validity and implications* Journal of occupational and environmental medicine 2013;55(12):1475-83
50. Fabius R, Thayer RD, Konicki DL, Yarborough CM, Peterson KW, Isaac F, Loepcke RR, Eisenberg BS & Dreger M (2013) *The link between workforce health and safety and the health of the bottom line: tacking market performance of companies that nurture a 'culture of health'* Journal of Occupational and Environmental Medicine 2013;55(9):993-1000
51. Grossmeier J, Fabius R, Flynn JP, Noelder SP, Fabius D, Goetzel RZ & Anderson DR (2016) *Linking workplace health promotion best practices and organizational financial performance: Tracking market performance of companies with highest score on the HERO Scorecard*. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2016;58(1):16-23
52. Conradie CS, van der Merwe Smit E, Comm D & Malan DP (2016) *Corporate Health and Wellness and the Financial Bottom Line*. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2016; 58(2):45-53
53. Martinsson C. *Occupational health and safety interventions – incentives and economic consequences*. Licentiate Thesis Karolinska Institutet sept 2017.
54. Aboagye E. *From health outcomes to value assessments: preference-based evaluation of interventions & valuation of productivity cost among working adults*. PhD thesis Karolinska Institutet sept 2017)
55. Lie A, Björnstad O. *Kvalitet i bedrifthelsetjenesterna* Nr. 1 Årgang 2015 Serie 16 , STAMI.
56. Lie A, Björnstad O. *Accreditation of occupational health services in Norway*. Occup Med 2015:65

Vanliga frågor om företagshälsovård

Kaj Elgstrand & Eva Vingård

Frågorna är generella och ofta förekommande, svaren är författarnas. Andra svar kan vara lika relevanta men detta avsnitt kan vara ett inlägg i debatten om företagshälsovårdens framtid.

Styrning av företagshälsovården

Begreppet företagshälsovård är språkligt litet besynnerligt

Det verkar som om det skulle handla om hälsovård för företag men avser väl snarast hälsovård som bedrivs inom företag, för de anställda? Det engelska begreppet, occupational health services, är en bättre konstruktion vilken kan översättas med arbetshälsovård eller arbetarhälsovård. Sedan några år tillbaka har branschförening för Sveriges företagshälsovård också ändrat begreppet och därmed även ändrat namn till att den numera heter Sverige företagshälsor. Arbetshälsovård är ett bra ord. Men företagshälsovård är inte så dumt. Visserligen ska företagshälsovården ta hand om de människor som arbetar på ett företag på olika sätt, främjande, förebyggande, terapeutiskt och efterhjälpande. Men det viktiga är kanske ändå att åtgärda faror och missförhållanden på företaget. Detta för att skapa den friska organisationen. ”Healthy organizations are not created by accident” det vill säga friska företag tillkommer inte av slump utan på grund av ett strukturerat arbete att förhindra att skadliga fysiska och psykosociala exponeringar påverkar anställda och företag.

Kan företagshälsovården vara en oberoende expertresurs?

Enligt arbetsmiljölagen avses med företagshälsovård en ”oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering”. Vad menas egentligen med detta? Oberoende i förhållande till vad/vem? Företagshälsovården kan väl knappast vara oberoende av arbetsgivaren som anställer och avlönar personalen och ibland avskedar den? Det kanske vore bättre att formulera det som att företagshälsovården skall vara en objektiv expertresurs som utifrån nuvarande kunskapsläget bedömer, utreder och rekommenderar insatser?

Idag anställer de flesta arbetsgivare inte någon företagshälsovårdspersonal, man sluter kontrakt med externa bolag som med sin personal svarar för företagshälsovården. Risk för beroende finns och är en viktig etisk fråga både för företaget och för företagshälsovårdspersonalen. I dagens läge måste ofta en arbetsledare godkänna att en anställd går till företagshälsovården, speciellt om

detta medför kostnader för utredning eller terapi. Detta kan vara etiskt och integritetsmässigt störande och hota oberoende och sekretess.

Lagstiftning eller avtal?

I många länder baseras företagshälsovården på lagstiftning. I Sverige brukar vi säga att företagshälsovården baseras på avtal mellan arbetsmarknadens parter. Under årens lopp har lagstiftning för företagshälsovården haft många förespråkare men dessa har inte lyckats rubba den rådande avtalsordningen. Skulle en mer detaljerad lagstiftning kunna vara gynnsam för att vidareutveckla den svenska företagshälsovården? Skulle det vara en realistisk väg att gå?

En lagstiftning skulle kunna vara en bas för en god utveckling av företags-hälsovården. Men vi har en stark tradition av att frågor likt denna avgörs mellan arbetsmarknadens parter och inte via lagstiftning.

Företagshälsovård för alla, eller för de som behöver den?

Vem som behöver företagshälsovård vet man inte förrän något händer och behov av förebyggande åtgärder finns i alla företag. Så alla behöver företags-hälsovård helt enkelt.

Tidigare fanns föreställningen att det främst var de med fysiskt tunga jobb som behöver företagshälsovård. I och med att de organisatoriska och sociala frågorna blivit mer framträdande är det inte lätt att se på företagets yta vem som behöver företagshälsovård och vem som inte gör det.

Verksamhetens innehåll

Bara förebygga eller också vårda?

Internationella ställningstaganden och dokument, främst WHO:s resolutioner och ILO:s konventioner och rekommendationer, är klara och entydiga: företagshälsovården ska i huvudsak vara förebyggande men kan också innehålla sjukvård. Ska företagshälsovården i Sverige bara vara förebyggande eller ska den också innehålla sjukvård?

Bägginställningarna Företagshälsovård utan sjukvård och Företagshälsovård med sjukvård har förespråkare. Det finns flera skäl för att inkludera sjukvård i företagshälsovården. Alla torde vara överens om det lämpliga i att man ska ha resurser för första hjälpen och behandling av olycksfallsskador och andra akuta fall, på eller nära arbetsplatsen. Arbetsgivare och anställda uppskattar möjligheterna till direkt behandling av skador och enklare sjukdomar i anslutning till arbetsplatsen, i stället för tidsödande resor till mer avlägsna vårdkliniker. Dessutom kan de anställda inom företagshälsovården utnyttja den kurativa vården som en möjlighet till förebyggande av arbetsolyckor och

-sjukdomar. När man möter en anställd som patient finns också möjlighet till och skäl för att undersöka hans eller hennes arbetsplats och arbetsförhållanden samt överväga vad som bör göras för att öka säkerhet och hälsa. Sjukvården kan vara en bra länk till förebyggande insatser. Förebyggande insatser tar ofta lång tid att förverkliga då det kanske behövs investeringar och många beslut innan en förändring är på plats.

Företagshälsovårdens roll i rehabilitering?

Sjukfrånvaro orsakar stora kostnader för individer, företag och samhälle. För att minska dessa kostnader har rehabilitering en viktig funktion. Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren ha en organisation för rehabiliterings- och anpassningsverksamhet. Hur fungerar företagshälsovården i denna funktion?

Rehabilitering med målsättningen återgång i arbete lyckas enbart om arbetsplatsen är involverad. Där är företagshälsovården givetvis en viktig aktör. En nära kontakt mellan företagshälsovård och arbetsplats är oerhört väsentlig. Att en skolad person upptäcker farorna och sårbara personer innan det gått så långt som till en sjukskrivning.

Huvuduppgifter och stödaktiviteter

Utöver huvuduppgifterna sjukvård, förebyggande och rehabilitering har företagshälsovården en rad andra uppgifter. Många av dessa uppgifter, exempelvis informations- och utbildningsverksamhet, är stödaktiviteter i förhållande till huvuduppgifterna.

Företagshälsovården har stora möjligheter att skraddarsy utbildningar och information just till sina företag. De kan också vara länken mot forskning och utveckling inom arbetshälsoområdet.

Vad gäller för upphandling av företagshälsovård?

Naturligtvis är det bra om upphandling sker av företagshälsovård för att anställda och företag ska få den bästa servicen. Det gäller dock att man inte byter företagshälsovård för ofta och inte enbart tar det billigaste alternativet. Att noga tänka igenom vad man vill med målsättningen god hälsa hos de anställda och god produktivitet i företaget eller organisationen.

Oftast är det så att exempelvis arbetsplatsbesök inte är upphandlade och det absurda blir då att företagshälsovårdens befattningshavare inte har varit ute på de arbetsplatser de är ansvariga för. Att företagshälsovården väl känner sina arbetsmiljöer är väsentligt för hela idén med företagshälsovård.

Utveckling av företagshälsovården

Har företagshälsovårdens betydelse glömts bort?

Från slutet av 1960-talet har arbetsmiljöfrågorna, inklusive företagshälsovården, haft en framträdande plats inom den svenska samhällsdebatten. Detta är inte längre fallet. Hur ser intresset för företagshälsovård ut hos arbetsmarknadens parter? Behövs företagshälsovård?

Företagshälsovård behövs absolut. Både när det gäller fysisk men också organisatoriska och sociala frågor liksom arbetsförhållanden för yngre och äldre medarbetare har företagshälsovården en nyckelroll i sin expertfunktion. I och med att Arbetsmiljöverket kom med en författning 2015 om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och att sjukskrivningarna med psykiatrisk diagnos har ökat är också intresset och beredskapen att agera runt dessa frågor stor.

Har politiker något intresse av företagshälsovård och arbetsmiljöarbete?

Ja absolut. 2016 lade regeringen fram ett en ny arbetsmiljöstrategi. Strategin har arbetats fram i samråd med arbetsmarknadens parter och bygger på relevant forskning och utgår från det moderna arbetslivets utmaningar och möjligheter. Regeringen har också skjutit till 100 miljoner under mandatperioden. De viktigaste punkterna i strategin nollvision mot dödsolyckor och förebyggande av arbetsolyckor, ett hållbart arbetsliv för alla och en god psykosocial arbetsmiljö. Två utredningar tillsattes också. En med uppgift att kartlägga det moderna arbetslivets utmaningar och om gällande bestämmelser om arbetsmiljöansvar är ändamålsenliga samt de regionala skyddsombudens roll. Den andra utredningen ska föreslå ett nationellt kunskapscentrum på arbetsmiljöområdet. Ett sådant centrum i form av en myndighet är beslutad och startar sin verksamhet i juli 2018. 10 miljoner avsätts för kompetensutveckling inom företagshälsovården men i övrigt nämns inte företagshälsovården i strategidokumentet.

Vad är den största utmaningen för företagshälsovården?

Att hitta kompetenta och intresserade medarbetare som erbjuder en bra utbildning inom detta speciella område är troligtvis den viktigaste frågan. En annan viktig utmaning är att få alla på arbetsmarknaden att förstå att friska produktiva organisationer uppstår inte av sig själva. Ett ständigt pågående arbetsmiljöarbete krävs. Här kan företagshälsovården spela en nyckelroll.

Svenska arbetsmiljöinstitut

Kaj Elgstrand

Här ges en kort sammanfattning av de svenska arbetsmiljöinstitutens historia och utveckling. I Tabell 1 förtecknas de institut, inom och med anknytning till arbetsmiljö, som under årens lopp existerat i Sverige (1).

Tabell 1. Arbetsmiljöinstitutioner i Sverige 1938-2007.

1938	A	Folkhälsoinstitutet inrättas.
1940	B	En fysiologisk avdelning inrättas på Gymnastiska Centralinstitutet.
1949	C	En yrkesmedicinsk klinik inrättas på Karolinska sjukhuset.
	D	Kungliga Arbetarskyddsstyrelsen inrättas, som en central myndighet över Yrkesinspektionen (som inrättats 1890).
1959	E	Den fysiologiska avdelningen på Gymnastiska Centralinstitutet omformas till ett nytt institut: Arbetsfysiologiska institutet.
1962	F	En yrkesdermatologisk klinik inrättas på Karolinska sjukhuset.
1966		E och delar av A överförs till ett nytt institut: Arbetsmedicinska institutet. C och F infogas i det nya institutet.
1972	H	Kungl. Arbetarskyddsstyrelsen (D) och Arbetsmedicinska institutet (G) sammanförs till Arbetarskyddsstyrelsen.
	I	Folkhälsoinstitutet (A) upphör att existera.
	J	Arbetarskyddsfonden inrättas (senare kallad Arbetsmiljöfonden).
1977	K	Arbetsmiljöcentrum inrättas.
1987	L	Arbetsmiljöinstitutet inrättas från Arbetarskyddsstyrelsens Forskningsavdelning och huvuddelen av Utbildningsenheten (H).
	M	...återstoden kvarstår inom Arbetarskyddsstyrelsen.
1993	N	Arbetslivscentrum (K) omformas och namnet ändras till Institutet för arbetslivsforskning.
1995	O	Delar av Arbetsmiljöfonden (J) omformas till Rådet för arbetslivsforskning (RALF).
	P	Arbetsmiljöinstitutet (L), Institutet för arbetslivsforskning (N) och delar av Arbetsmiljöfonden (O) sammanförs till ett nytt institut: Arbetslivsinstitutet.
2000	Q	Rådet för arbetslivsforskning (RALF) delas upp: En del blir Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och den andra till Verket för innovationssystem (VINNOVA).
2001	R	Arbetarskyddsstyrelsen integreras med Yrkesinspektionen och benämns Arbetarskyddsverket (AV).
	S	Folkhälsoinstitutet återinrättas.
2007	T	Arbetslivsinstitutet läggs ner.

1966-1972

Arbetsmedicinska institutet tillkom 1966 för att bedriva forskning och utbildning i arbetsmiljöfrågor. Institutet lydde under Socialdepartementet. Etablerandet av institutet kan ses som en del av en specialiseringsprocess inom den offentliga sektorn. Arbetsmedicinska institutet skapades genom överföring och integrering av redan existerande institutioner och forskningsgrupper och med tillägg av ett antal nya tjänster och omfattade runt 100 personer. Institutet hade kompetens i yrkesmedicin, yrkesdermatologi, arbetsfysiologi, arbetshygien och arbetspsykologi.

Sven Forssman, som ledde Världshälsoorganisationens arbetshälsoenhet, blev institutets förste föreståndare. Han var en specialist och forskare som hade varit pionjär inom arbetsmedicin och -hygien vid Folkhälsoinstitutet, han var medicinsk rådgivare åt Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF) och hade varit president för Internationella Arbetsmiljökommissionen (ICOH) 1954-1969. Den första perioden, 1966-1972, karaktäriserades av sammanslagning och integration av de många olika grupper som tidigare varit självständiga eller ingått i andra organisationer. Denna integration komplicerades av att det nya institutet hade sina lokaler spridda över stora områden i Solna norr om Stockholm.

I slutet av 1960-talet bröts en 35-årig period av fred på arbetsmarknaden av ett antal viktiga konflikter, strejker och lockouter, däribland vid LKABs järngruva i Kiruna, bland hamn- och skogsarbetare, och i metall- och tillverkningsindustrier. Dessa konflikter gällde bland annat arbetsförhållanden och arbetsmiljörisker som hade sin grund i teknisk rationalisering som under decennier hade genomförts inom svensk industri (2, 3, 4, 5). Detta var ett av skälen till att arbetsförhållanden och arbetsmiljöfrågor blev centrala i den svenska debatten i slutet av 1960-talet (6, 7, 8). Institutets forskning blev alltså central och handlade om riskbedömningar inom arbetslivets olika sektorer.

Riksdagen beslöt 1971 (10) på grundval av ILOs rekommendation nr. 112 om Occupational Health Services (11) och ett antal nationella överväganden (12, 13, 14) att det Arbetsmedicinska institutet skulle vara ansvarig för att organisera och genomföra en omfattande specialistutbildning för personal inom företagshälsovården (15).

1972-1980

Den socialdemokratiska regeringens svar på konflikterna på arbetsmarknaden i slutet av 1960-talet kom i början av 70-talet då riksdagen godkände 15 viktiga lagar för reglering av arbetsmarknaden (endast sju sådana lagar hade stiftats under de föregående 50 åren). Arbetsmiljölagen, Lagen om medbestämmande och Lagen om anställningsskydd var tre av dessa nya lagar. Ökade resurser

gavs till de myndigheter och organisationer som arbetade med arbetsmiljöfrågor. Arbetarskyddsfonden (senare benämnd Arbetsmiljöfonden, och därefter Arbetstlivsfonden) inrättades 1972 för att finansiera nationell forskning och utbildning i arbetsmiljöfrågor. En filial till Institutet etablerades i Umeå.

Institutet i sin helhet, inklusive filialen i Umeå, gjordes 1972 till en avdelning, Forskningsavdelningen inom Arbetarskyddsstyrelsen, som var en myndighet under Arbetsmarknadsdepartementet. Juristen Gunnar Danielson utnämndes till dess generaldirektör. Utöver Forskningsavdelningen bestod Arbetarskyddsstyrelsen av en Tillsynsavdelning och en Administrativ avdelning. Yrkesinspektionen sorterade under Arbetarskyddsstyrelsen och arbetade i nära samarbete med tillsynsavdelningen.

1972 utsågs Nils P.V. Lundgren utsågs till chef för Forskningsavdelningen. Han var en internationell auktoritet i arbetsfysiologi och ergonomi. Under hans ledning, 1972-1980, gynnades forskningsavdelningen av den generella resursökningen för arbetsmiljöfrågor och antalet tjänster vid avdelningen ökade avsevärt.

I början av 1970 fanns det flera svåra forskningsfrågor. En sådan var relaterad till de carcinogena effekterna av vinylklorid och hygienisk gränsvärdesättning (16). En annan uppmärksammad forskningsfråga gällde effekterna av reabensin till flygmotorer och lösningsmedel och dess hälsoeffekter (17, 18). I slutet av 1970-talet var Forskningsavdelningen en välutrustad och välutvecklad institution både i Solna och i Umeå. Forskningsavdelningen fortsatte sina aktiviteter med relativ självständighet från resten av Arbetarskyddsstyrelsen. Ett intressant samarbetsmönster utvecklades då det gällde beslut om hygieniska gränsvärden. Forskningsavdelningens kriteriegrupp (The Swedish Criteria Group for Occupational Standards) forskade kring och dokumenterade vetenskapliga bevis för toxiciteten hos kemikalier använda inom arbetslivet. Detta gjordes ofta i samarbete med forskare vid andra institutioner inom och utom Sverige. Dokumentationen granskades av Tillsynsavdelningen som relaterade den till aktuell produktionsutveckling och efterfrågade arbetsmarknadsparternas synpunkter. Slutligen, vartannat eller vart tredje år, lanserades en ny gränsvärdeslista. Forskningsavdelningens kriteriedokumentation genomfördes i nära samarbete med den nordiska expertgruppen (The Nordic Expert Group for Criteria Documentation of Health Risks from Chemicals). Denna modell för samarbete mellan forskare och tillsynsmyndigheten väckte intresse i andra länder (19).

1972 beslutades att en ny byggnad skulle uppföras för Arbetarskyddsstyrelsen i Solna. Den nya byggnaden var färdig 1979, se Figur 1. Den hade rymliga och välutrustade kontorslokaler och laboratorier och en separat byggnad för Forskningsavdelningens utbildningsverksamhet. Samma år, 1979, flyttade också Umeå-filialen in i nya och funktionella lokaler.



Figur 1. Arbetarskyddsstyrelsens byggnad i Solna, färdigställd 1979.

Utbildningsaktiviteterna fortsatte att utvecklas ifråga om målgrupperna, inlärningsmetodik, antal utbildade och utbildningarnas längd. I slutet av 1970-talet anordnade man specialistutbildning för företagsläkare, företags-sköterskor, företagssjukgymnaster, skyddsingenjörer och beteendevetare verk-samma inom företagshälsovården. Därtill anordnades ett omfattande årligt program för fort-bildning och aktualisering för de som tidigare hade genomgått specialistutbildningskurserna (20). Med början 1975 anordnade Forsknings-avdelningen varje eller vartannat år en arbetsmiljöutbildning för kvalificerade skyddsombud, främst huvudskyddsombud och regionala skyddsombud (21).

Arbetslivscentrum etablerades 1977 för att bedriva forskning och utveck-ling ifråga om arbetsmarknadsparternas engagemang i arbetsorganisatoriska frågor. Centrets inrättande kan ses som en del av inrättandet av de nya lagarna inom arbetsmarknaden, särskilt för utveckling av olika typer av arbets-organisation baserad på medbestämmande.

1980-1992

1980 tillträdde Irma Åstrand som chef för Forskningsavdelningen. Hon var en internationell auktoritet ifråga om arbets- och klinisk fysiologi.

Under 1980-talet blev muskuloskeletala besvär och dess samband med exponeringar i arbetet ett viktigt forskningsområde (22, 23). Sådana besvär erkändes lite i sänder som arbetsrelaterade i andra industrialiserade länder och så småningom också i utvecklingsländer. Besvären relateras i allmänhet till tunga arbeten, dåliga, fixerade arbetsställningar i kombination med repetitiva uppgifter och en stressad arbetssituation.

Under denna period ägnades ökad uppmärksamhet åt institutets akademiska produktion i form av publikationer i internationella tidskrifter och handledning av doktorander.

I slutet av 1980-talet restes de första kraven på neddragning av Forskningsavdelningens verksamhet, inom ramen för ett generellt försök att reducera eller åtminstone begränsa ökningen av den offentliga sektorn. Avdelningens resurser för teknisk hygien reducerades i hög grad.

1987 blev Forskningsavdelningen tillsammans med huvuddelen av utbildningsenheten åter ett självständigt nationellt institut, Arbetsmiljöinstitutet. Arbetsmarknadsministern Anna-Greta Leijon och Irma Åstrand var nyckelpersonerna i den process som ledde till institutets etablering. Den främsta drivkraften för förändringen var forskarnas önskan att bli organisatoriskt självständiga från tillsynsmyndigheten. Det återinrättade institutet hade nästan 400 anställda.

Under 1980-talet var avdelningen/institutet mera aktivt i internationellt samarbete än tidigare. Anslag från Nordiska Ministerrådet gynnade utvecklingen av nordiskt samarbete både inom forskning och utbildning. I slutet av 80-talet initierades ett långsiktigt och framgångsrikt samarbete med institutioner i Costa Rica och Nicaragua (24).

Antalet deltagare och längden av specialistutbildningskurserna för företagshälsovården fortsatte att öka. Det blev inte längre möjligt för avdelningen/institutet att anordna alla behövlige kurser på egen hand. Därför anordnades vissa kurser för företagssköterskor och företagssjukgymnaster vid Lunds Universitet och Karolinska institutet, på uppdrag av Forskningsavdelningen/Arbetsmiljöinstitutet. I början av 80-talet utvecklades och anordnades en specialistutbildningskurs för arbetshygieniker av Forskningsavdelningen (25). Kursen överfördes till Lunds Universitet där den upphörde att existera efter ett par år.

I slutet av 1980-talet var Arbetsmiljöinstitutet väletablerat. Institutets utbildning inom företagshälsovården var en förutsättning för utvecklingen av företagshälsovården i landet. Den forskning som ursprungligen fokuserat på analys av arbetsmiljörisker hade gradvis kompletterats av projekt som ägnades åt hur riskerna skulle förebyggas. Man introducerade ”interventionsstudier”. Ökad uppmärksamhet ägnades åt hur arbetsmiljöspecialisterna skulle samarbeta med produktionschefer och ingenjörer som hade möjlighet att ändra arbetsförhållanden och förebygga arbetsmiljörisker (26).

I slutet av 1980-talet föreslogs av Arbetsmarknadsdepartementet att Arbetsmiljöinstitutet skulle integreras med Arbetslivscentrum. Motståndet var dock kompakt på arbetsmiljösidan och någon sammanslagning blev inte av vid detta tillfälle.

1992-1995

Irma Åstrand gick i pension 1992 och den förra socialdemokratiska arbetsmarknadsministern Anna-Greta Leijon utsågs till Arbetsmiljöinstitutets generaldirektör. Utnämningen möttes av vissa protester från en grupp forskare inom institutet eftersom hon inte var forskare (27). Efter en tid ersattes protesterna av respekt och acceptans.

Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren tillhandahålla den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver. Under början av 90-talet sades centrala avtal om företagshälsovård upp och de statliga bidragen försvann (7, 28, 29). Resultatet av dessa åtgärder blev att antalet specialister anställda inom företagshälsovården minskade i många företag och organisationer. Detta hade ett direkt och starkt inflytande på efterfrågan på den specialistutbildning som anordnades av Institutet. Utbildningsvolymen gick på några få år ner från runt 29 000 årliga elevdagar till 6 000 (30).

Med början 1993 tog Arbetsmiljöinstitutet åter upp den ergonomikurs för tekniska planerare som hade anordnats av Arbetsmedicinska institutet och Forskningsavdelningen (31). Kursen utvecklades till en mastersutbildning i samarbete mellan Institutet och universiteten i Lund och Linköping (32).

1995-2007

En utredning ledd av Anders L. Johansson föreslog att Arbetsmiljöinstitutet och Institutet för arbetslivsforskning och delar av Arbetsmiljöfonden skulle integreras. Hans ursprungliga idé var att hela Arbetsmiljöfonden skulle inkluderas och att det nya institutet skulle ansvara för fördelning av forskningsmedel. Denna idé modifierades till att det nya institutet endast övertog fördelningen av medel för ”utveckling av arbete och arbetsförhållanden” och återstoden av Arbetsmiljöfonden överfördes till Rådet för arbetslivsforskning, RALF. Fonderna för ”utveckling” utnyttjades inte till fullo och användes senare till att etablera ett antal regionala filialer till det nya institutet.

Inrättandet av det nya institutet beslöts av riksdagen (33) och verksamheten startade 1995 med Anders L. Johansson som generaldirektör. Institutet gavs namnet Arbetslivsinstitutet och hade 450 anställda varav Arbetsmiljöinstitutet bidrog med 390 och Institutet för arbetslivsforskning med 60.

Arbetslivsinstitutet hade ett hektiskt och kort liv som startade 1995 och slutade 2007. Under dessa 12 år fanns det alltid någon typ av omorganisation

på gång. De första åren dominerades av skapandet av en ny struktur för lednings- och administration och av etablerandet av regionala filialer i Göteborg (med fokus på industri och personalutveckling), Bergslagen (regional utveckling), Malmö (förhållandena i socialt arbete), Norrköping (arbete och kultur) och Östersund (småföretag).

Den mest konstfärdiga organisationen av Arbetslivsinstitutet existerade under perioden 1998-2002 och sammanfattas i Figur 2.

Under denna period hade institutet mer än 500 anställda och 80 doktorander (av vilka en del hade anställning vid institutet). Istället för den traditionella strukturen av avdelningar, aktiviteter och personal, var institutet indelat i 21 (senare 19) forskningsprogram som tänktes fungera endast så länge de behövdes för att ersättas av andra mera angelägna program när så behövdes. Merparten av personalen skulle endast anställas för begränsad tid. Organisationen blev aldrig helt genomförd utan ersattes av en mera konventionell avdelningsorganisation.

Samma år som Arbetslivsinstitutet inrättades, 1995, blev Sverige medlem av Europeiska Unionen. Detta var något som fick stor betydelse för institutet. Regeringen begärde assistens i frågor som sammanhögde med EU-medlemskapet, exempelvis ifråga om arbetsrätt. SALTSA (Samarbetsprogram mellan



Figur 2. Arbetslivsinstitutets organisation, 2001.

Arbetslivsinstitutet, LO, TCO och SACO) inrättades som ett samarbetsprogram som lade europeiska perspektiv på arbetslivsfrågorna. Forskningsområdena innefattade arbetsmarknaden och anställningar, arbetsmiljö och hälsa samt arbetsorganisation. Jämförande EU-studier bedrevs av arbetsmiljöarbete och arbetsmiljöpolitik. Programmet drevs av institutet i samarbete med de tre fackliga huvudorganisationerna.

Arbetsmiljöforskningen ifråga om toxikologi, kemi och teknik fortsatte att minska inom Arbetslivsinstitutet och delar fördes över till universitet och högskolor. Ergonomi, allergier och stressrelaterade sjukdomar kom i fokus.

I början av det nya milleniet ägnades sjukfrånvaro från arbetet stor uppmärksamhet. Trots omfattande resurser för arbetsmiljöarbete och en uppfattning om generellt sett goda arbetsmiljöer fann man att Sverige hade högre sjukfrånvaro än andra medlemsländer i EU. Frånvaron från arbetet beräknades kosta enorma belopp för industri och samhälle och därför blev minskning av sjukfrånvaron ett viktigt politiskt och samhällsligt mål (34, 35). Man började också diskutera och forska om begreppet ”friska företag” (36).

Arbetslivsinstitutet var aktivt då det gällde internationell samverkan. 1996 anordnades Internationella arbetsmiljökommissionens (ICOH) världskongress i Stockholm. Sedan 1999 var institutet ”collaborating institute” med WHO och medlem av dess rådgivande grupp för arbetshälsa. Under Sveriges presidentskap i Europeiska unionen, 2001, organiserades en europeisk konferens i arbetslivsfrågor. Konferensen hade 64 förberedande workshops för att definiera arbetslivsfrågornas status i de europeiska länderna (37). Arbetslivsinstitutet fortsatte även andra internationella samverkansprogram som hade påbörjats av Arbetsmiljöinstitutet (38, 39).

Två långsiktiga samarbetsprogram med institutioner i Centralamerika och södra Afrika startade 2003 (SALTRA, Salud y Trabajo en Centroamérica) och 2004 (WAHSA, Work and Health in Southern Africa) (40, 41). Sida (Swedish International Development Agency) var den huvudsakliga sponsorn för dessa samarbets- och utbildningsprogram.

Specialistutbildningen för företagshälsovårdens personal fortsatte. Även om volymen av denna utbildning ökade från den låga nivån i början av 1990-talet nådde den aldrig upp till de höga nivåerna under 1980-talet. Arbetsmiljöforskarna inom institutet stod fortfarande för merparten av lärarinsatserna.

Arbetslivsinstitutet hade tre generaldirektörer under sin 12 åriga existens. Anders L. Johansson utnämndes 1999 till chef för Arbetsmarknadsstyrelsen. Han ersattes som generaldirektör för Arbetslivsinstitutet av Inger Ohlsson som var ordförande i TCO. Inger Ohlsson ersattes av Mikael Sjöberg som under åtta år hade varit statssekreterare vid olika departement under den socialdemokratiska regeringen.

Arbetslivsinstitutet stängs 2007

2006 placerades Arbetslivsinstitutet under det återupprättade Arbetsmarknadsdepartementet. I oktober deklarerade den ny tillträdde borgerliga alliansregeringen sin avsikt att lägga ner Arbetslivsinstitutet. Detta orsakade protester men relativt få inom landet. Det kom emellertid många protester från institut, universitet och andra organisationer utanför Sverige. De var oroade för att arbetsmiljö- och arbetslivsfrågorna skulle förlora i prestige om Arbetslivsinstitutet lades ner eftersom institutet under många år varit engagerad i en aktiv och respekterad internationell samverkan.

Arbetslivsinstitutet upphörde att existera den första juli 2007. Den Svenska kriteriegruppen överfördes till Arbetsmiljöverket och den Nordiska expertgruppen lokaliserades till Karolinska institutet.

Varför stängdes Arbetslivsinstitutet?

Som skäl till stängningen angav den nya Regeringen att arbetsmiljöforskning liksom annan forskning bör bedrivas inom universiteten inte vid statliga myndigheter. Några medel eller instruktioner för detta kom dock aldrig till stånd. Det framfördes också att arbetsmiljön inom svenska företag är god och att institutet därför inte behövs (42). Endast ifråga om företagshälsovårdsutbildningen tog regeringen vissa initiativ ägnade att resultera i fortsatta aktiviteter inom universiteten (43). Se kapitel om företagshälsovården.

De tre cheferna för arbetsmiljöinstituten under tiden 1966-1992 var högt kvalificerade arbetsmiljöforskare, medan det karaktäristiska för de tre cheferna under tiden 1992-2007 var deras nära förbindelser med fackföreningsrörelsen och den politiska sfären. Många hade åsikter om det skulle finnas sektorsforskningsinstitut eller inte och hur stort det politiska inflytandet hade varit på forskningens innehåll (44, 45).

Vad händer nu?

2016 lade Arbetsmiljöverket ned den Svenska kriteriegruppen, med hänvisning till att framtagning av underlag för gränsvärden i allt större grad bedrivs inom Europeiska unionen.

I regeringens forskningsproposition av 2016 (46) ingår ett tioårigt nationellt forskningsprogram om arbetslivsforskning som en av sju satsningar för att möta samhällsutmaningar. Programmet inrättas vid Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) som under åren 2017-2020 för detta ändamål erhåller sammanlagt 60 miljoner kronor. Forte öppnade under sommaren 2017 den första utlysningen för att med projektmedel och postdokbidrag stärka forskningen inom arbetslivsområdet.

I mars 2017 lämnades en offentlig utredning ett förslag till ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö (47). Enligt meddelande daterat 7 september 2017 från arbetsmarknadsdepartementet (48) har regeringen beslutat att inrätta en ny myndighet för arbetsmiljökunskap enligt utredningens förslag. Myndigheten har placerats i Gävle och inledde sin verksamhet den 1 juni 2018. Den nya myndigheten har i uppdrag att sammanställa och tillgängliggöra kunskap om arbetsmiljö samt kommunicera denna på ett målgruppsanpassat sätt. Syftet är att stödja det praktiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. Myndigheten ska även utvärdera och analysera arbetsmiljöpolitiken, stödja regeringen i det internationella arbetsmiljöarbetet och arbeta med frågor som rör företagshälsovård. I budgetpropositionen för 2018 avsätts 18,8 miljoner kronor för myndigheten. Myndigheten byggs upp succesivt, när verksamheten är fullt utbyggd år 2020 beräknas budgeten omfatta 35 miljoner kronor per år. Till Generaldirektör för den nya myndigheten har professor Nader Ahmadi utnämnts.

Referenser

1. Elgstrand K (2008) *The rise and fall of NIWL*. OSH & Development, October 2008, 63-78.
2. Lidman S, bild O Uhrbom (1968) *Gruva*. Bonniers.
3. Mindus, E (1968) *Arbete och mental hälsa*. Tiden/Folksam.
4. Åmark C (1968) *Individ, medmänsklighet och miljö*. Tiden/Folksam.
5. Christiansson L, Fahlén T, Flordh C, Grosin L, Hedlund R, Hofsten AM, Thernlund G, Thorell T, Ågren G m fl (1969) *Konsten att dressera människor*. Bokförlaget Prisma.
6. Kronlund J, Carlsson J, Jensen IL, Sundström-Frisk C (1973) *Demokrati utan makt. LKAB efter strejken*. Bokförlaget Prisma.
7. Johansson AL (1989) *Tillväxt och klassarbete – en studie av den svenska modellens uppkomst*. Tiden.
8. Thörnqvist A (2003). From Centralized Self-regulation to Organized Decentralization. Occupational Health and Safety (OSH) in Sweden 1940-2002. In: Thörnqvist C & Fleming D eds. *Nordic Management-Labour Relations and Internationalization. Converging and Diverging Tendencies*. Köpenhamn, Nordiska Ministerrådet, 167-191.
9. Gerhardsson, G (2002) *The end of silicosis in Sweden: a triumph for occupational hygiene engineering*. OSH & Development, 2002; No. 4, 13-25
10. ILO (1959) *Occupational Health Services in Places of Employment*. Recommendation no. 112.

11. LO & SAF (1967) *Överenskommelse om riktlinjer för företagshälsovård samt om förbundssamverkan och lokalt samråd på företagshälsovårdens område*. Avtal mellan LO och SAF.
12. SOU 1968:44, *Betänkande avgivet av företagshälsovårdsutredningen*.
13. Bolinder E, Magnusson E & Nyrén L (1969) *LO-medlemmarnas subjektiva uppfattning om arbetsplatsens hälsorisker – resultat av enkätundersökning*. LO.
14. Regeringsproposition 1971:23 *Vissa frågor om företagshälsovård m m*.
15. Elgstrand K (1988) *Utbildningen kring år 1972*. Internrapport IU 1988:4, Arbetarskyddsstyrelsen.
16. Holmberg B, Elofsson S, Holmlund L, Maasing R, Molina G & Westerholm P (1979). *Dödlighet och cancersjuklighet i svensk PVC-bearbetande industri*. Arbeta och Hälsa, 1979:04.
17. Knave B, Persson HE, Goldberg JM & Westerholm P (1976) *Long-term exposure to jet fuel: an investigation on occupationally exposed workers with special reference to the nervous system*. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, vol. 2, no. 3. 1976
18. Åstrand I (1975) *Uptake of solvents in the blood and tissues of man. A review*. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, vol. 1, no. 4, 1975
19. Holmberg B & Lundberg P (1989) *Assessment and management of occupational risks in the nordic (scandinavian) countries*. American Journal of Industrial Medicine, Volume 15, Issue 6 1989, pp. 615–626
20. Elgstrand K. & Remaeus B (1978) *Arbetarskyddsstyrelsens utbildningsverksamhet – nuläge och framtidsperspektiv*. Arbetarskyddsstyrelsen, PM, november 1978.
21. Elgstrand K, Knave B, Lindström KG, Svenson L, Östberg O (1976) *Utbildning i arbetarskyddsfrågor för kvalificerade skyddsombud: redovisning av försökskurs*. Arbetarskyddsstyrelsens utbildningsrapport 1976:13.
22. Lundgren N, Kuorinka I, Jonsson B, Jørgensen K, Kilbom Å, Sejersted OM & Vinterberg H (1990) *Arbetsrelaterade sjukdomar i rörelseorganen – förekomst, orsaker och förebyggande – En kunskaps- och problemöversikt*. Nordiska Ministerrådet, 1990.
23. Bergqvist U, Nilsson B, Voss M, Wibom R & Wolgast, E. (1990) *Discomforts and disorders among office workers using visual display terminals - a longitudinal study*. In Berlinguet L & Berthelette D eds. *Work with display units*, P. 89, Elsevier Science Publishers, Amsterdam
24. Hogstedt C, Ahlbom A, Aragon A, Castillo L, Kautsky N, Lidén C, Lundberg I, Sundin P, Tedengren M, Thörn Å & Wesseling C (2001) *Experiences from Long-term Research Cooperation between Costa Rican, Nicaraguan, and Swedish Institutions*. In Elgstrand K ed *Swedish Initiatives in International Development in Occupational Health*. International Journal of Occupational and Environmental Health, pp. 130-136, Vol 7/No 2, Apr/June 2001.
25. Arbetarskyddsstyrelsen & UHÄ (1981) *Utbildning till yrkeshygieniker – ett utredningsförslag*. Utbildningsrapport 1981:14 & UHÄ-rapport 1981:32.

26. Rubenowitz (1987) Organisation, motivation och produktivitet. I Lundgren N, Luthman G & Elgstrand K eds. *Människan i arbete*. Almqvist & Wiksell, 1987.
27. Dagens Nyheter (1992) *Leijon cheftrots protester*. DN, 22 maj 1992.
28. Johansson J (2000) *SAF och den svenska modellen. En studie av uppbrottet från förvaltningskorporatismen 1982-91*. Uppsala: Skrifter utgivna av Statsvetenskapliga föreningen i Uppsala, 142.
29. Kjellberg A (2007) The Swedish Trade Union System in Transition: High but Falling Union Density. In: Craig Phelan ed. *Trade Union Revitalisation. Trends and Prospects in 34 Countries*, Oxford: Peter Lang, pp. 259-285.
30. *Årlig utbildningsstatistik, 1970-1992*. Internrapporter från utbildningsenheten vid Arbetsmedicinska institutet, Arbetsarkyddsstyrelsen och Arbetsmiljöinstitutet.
31. Lundgren N, Holmér I & Elgstrand K (1973) *Redogörelse för kurs i ergonomi 1968-1973*. Arbetsarkyddsstyrelsens utbildningsrapport 005/73, 1973.
32. Saellström Bonnevier S, Petersson NF, Kilbom Å, Akselsson KR, Eklund J, Helander M & Odenrick P (1998) A Swedish Master's Programme in Ergonomics. In *Global Ergonomics, Proceedings of the Ergonomics Conference, Cape Town, South Africa, 9-11 September 1998*. Elsevier.
33. Regeringsproposition 1994/95:158; *Ny myndighetsorganisation på arbetslivsområdet m m*.
34. Marklund S & Theorell T (2005) Lärdomar av sjukfrånvarokrisen, i Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E & Theorell T eds. *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
35. Larsson T, Marklund S & Westerholm P (2005) *Den galopperande sjukfrånvaron - Sken, fenomen och väsen*. Arbetslivsinstitutet, 2005.
36. SOU 2009:47, sid 49-65, Vingård, E: *Det friska företaget – hur ser det ut? I God arbetsmiljö – en framgångsfaktor?*.
37. Ennals R & Knave B (2001) Europe and Working Life. In Elgstrand K ed. *Swedish Initiatives in International Development in Occupational Health*. International Journal of Occupational and Environmental Health. Vol 7/No 2, Apr/June 2001, pp. 165-168.
38. Elgstrand K & Podgórski D (2003) *Final report on the OSHMAN project – A Polish-Swedish cooperation project concerning occupational health and safety management in Polish industry, 1999-2001*. Internal report series IDC 2003:3, National Institute for Working Life, 2003.
39. Elgstrand K(2001) Development by training. In Elgstrand K ed *Swedish Initiatives in international development in occupational health*. International Journal of Occupational and Environmental Health, Vol 7/No.2 Apr/June 2001, pp. 136-143.
40. Wesseling C, Aragon A, Elgstrand K, Flores R, Hogstedt C & Partanen P (2011) *SALTRA: A Regional Program for Workers' Health and Sustainable Development in Central America*. International Journal of Occupational and Environmental Health, Vol 17, No. 3, 2011.

41. Hogstedt C, Elgstrand K, Ryan A, Naidoo RN, Rees D, Chitambo A, Kachima M, Kistnasamy B, London L, Ngowi V, Cumbane A, Mattsson C & Petersson N (2009) *The Work and Health Southern Africa (WAHSA) Programme – Overall experiences and the way forward*. Occupational Health Southern Africa, November 2009, Vol 15:2-6.
42. Westerholm, P (2007) *Closing the Swedish National Institute for Working Life*. Editorial, International Journal of Occupational and Environmental Medicine, Dec 2007, 64 (12), pp. 787-788.
43. Regeringsdirektiv 2009:18. *Inrättande av en företagshälsövårdsdelegation*.
44. Wolodarski P (2006) *Ledare*. Dagens Nyheter den 17 oktober 2006.
45. Naschold N. & von Otter C (1996) *Public sector transformation: Rethinking markets and hierarchies in government*. John Benjamins Publishing Company.
46. Regeringens proposition 2016/17:50. *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft*. Sid 91-92.
47. SOU 2017:28. *Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö*.
48. Arbetsmarknadsdepartementets hemsida, dat 7 september 2017. *Inrättande av Myndigheten för arbetsmiljökunskap*.