

bestemme, hvilke typer og hvilket antal der skal tilknyttes virksomheden.

Udvalget foreslår, at sundhedspersonalet aflønnes af de enkelte virksomheder. En stor del af udgifterne vil imidlertid i sidste instans skulle afholdes af offentlige kasser. For det første foreslås det, at 20 pct. af omkostningerne svarende til 70 mill. kr. årligt refunderes af det offentlige. Synspunktet bag dette forslag er, at det offentlige sundhedsvæsen — efter organisationsudvalgets opfattelse — aflastes for udgifter ved op til 20 pct. behandlingsarbejde, som bedriftssundhedstjenesten højst kan påtage sig. For det andet skal det offentlige som arbejdsgiver selv finansiere bedriftssundhedstjenester for egne ansatte, som udgør knap $\frac{1}{3}$ af samtlige lønmodtagere. For det tredje er de offentlige investeringer i udbygningen af baglandet ikke beregnet.

5. En foreløbig vurdering af organisationsudvalgets forslag.

Organisationsudvalget har gennemgået de fleste af hovedproblemerne i forbindelse med en bedriftssundhedstjeneste. Udvalget har særlig fordybet sig i personalebehov og -ressourcer og personalets uddannelsesmæssige forudsætninger for at deltage i en bedriftssundhedstjeneste. Også finansieringsspørgsmålet er behandlet.

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

En anden fordel ved ordningen er, at den er forholdsvis let at sætte i gang, og at dette kan ske gradvis. Det forhold, at ordningen knytter sig så nær til virksomheden og ikke forudsætter nogen større administration, medvirker hertil.

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

De her nævnte fordele er væsentlige, men der er også en række uløste problemer knyt-

tet til forslaget, og det er naturligt, at det er disse, vi her især hæfter os ved, jfr. det givne kommissorium.

Allerede af den grund, at organisationsudvalget har bestået af repræsentanter for sundhedsvæsenets personalegrupper og hovedorganisationerne, har udvalget ikke behandlet afvejningen mellem sundhedspersonale og andre sagkyndige inden for arbejdsmiljøet, f. eks. teknikere, socialrådgivere og psykologer. Fuldt gennemført vil virksomhederne efter organisationsudvalgets forslag disponere over et antal arbejdstimer svarende til 600 læger, 1.200 sygeplejersker og 450 fysio- og ergoterapeuter omregnet til heltidsansatte. I denne forbindelse kan nævnes, at den nuværende teknikerstab i arbejdstilsynet er på ca. 200 personer, hvortil kommer det tekniske personale, sikkerhedsorganisationerne disponerer over. Efter gruppens mening bliver der ikke noget rimeligt forhold mellem sundhedspersonalet og andre sagkyndige. Både læger, sygeplejersker og terapiassistenter er gennem deres uddannelse og deres arbejds tradition velkvalificerede til at finde frem til de sygdomstegn, deres klienter har, og dette er den nødvendige indgang i mange arbejdsmiljøproblemer. Sundhedspersonalet er imidlertid ikke på forhånd uddannet til at kunne foreslå tekniske og organisatoriske løsninger på de problemer i produktionen, der skaber vanskeligheder, og det betyder, at det let kan blive ved konstatering af problemerne, uden at man får dem løst. Virksomhedernes teknikere er nemlig normalt ikke uddannelses- eller ansættelsesmæssigt orienteret imod forebyggende opgaver. Hertil kommer, at nogle arbejdsmiljøproblemer ikke viser sig ved karakteristiske sygdomssymptomer, men i højere grad er sociale og psykologiske tilpasningsproblemer, der først på et senere tidspunkt vil give sig udslag i sygdom, og på dette punkt giver bedriftssundhedstjenesten ikke umiddelbart nogen støtte.

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

Højst 20 pct. af arbejdstiden må gå til