

# Statens arbetsgivarverks författningssamling

**SAV**

Box 2243 · 10316 Stockholm · Tel 08-22 59 60

---

SAVFS 1983:5

Utkom från  
trycket den  
24 maj 1983

## **Förordning**

### **om hälsoundersökning inför anställning i utrikesförvaltningen;**

utfärdad den 21 april 1983.

Regeringen föreskriver följande.

#### **Inledande bestämmelser**

1 § Tjänster i utrikesförvaltningen som kan komma att medföra omstationering till utlandsmyndighet, får inte tillsättas utan att den som skall anställas har genomgått hälsoundersökning. Hälsoundersökningen skall ske efter anmodan av utrikesdepartementet.

Utrikesdepartementet bestämmer vilka tjänster som skall omfattas av denna förordning.

Vad som sägs om tjänster gäller även vikariat.

2 § Hälsoundersökningen utförs av en läkare vid Statshälsan, regeringskansliet. Utrikesdepartementet får dock medge att undersökningen utförs av någon annan läkare, om den som skall anställas befinner sig utomlands eller om det finns andra särskilda skäl.

3 § Styrkt kostnad för läkararvode för hälsoundersökningen skall efter ansökan ersättas av utrikesdepartementet.

#### **Hälsoundersökning**

4 § Hälsoundersökningen görs med utgångspunkt i en hälsodeklaration som den sökande lämnar. Formulär för hälsoundersökningen fogas som bilaga 1 till denna förordning.

5 § Hälsoundersökningen skall innefatta en undersökning och bedömning av allmäntillståndet.

Undersökningen skall även innefatta en bedömning av det psykiska tillståndet. Läkaren bör därvid också försöka utröna om den sökande missbrukar alkohol eller narkotika.

Undersökningsresultaten skall redovisas på en särskild blankett för läkarundersökning. Formuläret fogas som bilaga 2 till denna förordning.

#### **Läkarutlåtande**

6 § Över hälsoundersökningen skall läkaren utfärda ett särskilt utlåtande. Formulär för utlåtandet fogas som bilaga 3 till denna förordning. Läkaren skall i utlåtandet uttala sig om huruvida den sökande från medicinsk synpunkt är lämplig för anställningen. Utlåtandet skall utfärdas efter samråd med den sökande och överlämnas till utrikesdepartementet.

7 § Om hälsoundersökningen utförs av någon annan läkare än läkare vid Statshälsan, regeringskansliet, gäller följande.

Hälsodeklarationen, undersökningsresultaten och läkarens utlåtande skall sändas till Statshälsan, regeringskansliet. Företagsläkaren vid Statshälsan, regeringskansliet, granskar handlingarna och avger herefter sitt utlåtande i frågan huruvida den sökande från medicinsk synpunkt är lämplig för anställningen. Utlåtandet skall utfärdas efter samråd med den sökande och överlämnas till utrikesdepartementet.

---

Denna förordning skall kungöras i statens arbetsgivarverks författningssamling (SAVFS).

Förordningen träder i kraft två veckor efter den dag, då förordningen enligt uppgift på den utkommit från trycket i SAVFS.

På regeringens vägnar

LENNART BODSTRÖM

Bo Kjellén  
(Utrikesdepartementet)

Ändamålet med anställningsundersökningen är att försöka utröna om Din hälsa kan försämrats av det aktuella arbetet och framtida utlandsvistelse. Bedömning- en sker med ledning av uppgifter om Ditt tidigare och nuvarande hälsotillstånd.

Denna hälsodeklaration är upprättad för att få alla de medicinska förhållanden belysta som kan påverka hälsotillståndet under framtida vistelser på orter med klimat och levnadsförhållanden som ofta starkt skiljer sig från dem i Sverige och med en sjukvård som ofta har mycket begränsade resurser jämfört med den svenska. Vissa sjukdomar har en tendens att återkomma eller medverka till uppkomsten av andra sjukdomar särskilt under ogynnsamma förhållanden. Det är därför viktigt att alla tidigare sjukdomar noggrant redovisas och disku- teras med den undersökande läkaren, eventuellt också med UD-SIDA:s kon- sultationsläkare, som har erfarenhet av sjukvårdsresurser och levnadsförhållan- den på stationeringsorterna.

**De sjukdomar som enligt UD:s erfarenhet har givit de största svårigheterna är psykiska sjukdomar och svaghetstillstånd, alkoholbesvär, mag- och tarmrub- bningar samt allergier. Sjukdomar i sinnes- och rörelseorganen eller nervsjuk- domar som hindrar t ex bilkörning utgör på många orter ett handikapp. Sär- skild uppmärksamhet bör ägnas dessa förhållanden.**

Att bifogade hälsodeklaration fylls i fullständigt och sanningsenligt är viktigt för bedömningen av eventuell framtida placering i t ex u-land. Vi får mer tid för Dina aktuella frågor om Du före undersökningen fyller i hälsodeklarationen. Handlingen granskas av företagssköterskan och företagsläkaren och förvaras hos Statshälsan, Regeringskansliet. **ALLA UPPGIFTER ÄR SEKRETESS- BELAGDA.** All personal vid Statshälsan och vid UD-SIDA:s läkarmottagning har enligt lag tystnadsplikt. **DEN ENDA INFORMATION SOM KOMMER TILL DIN BLIVANDE ARBETSGIVARE** lämnas i form av ett utlåtande som Statshälsan utfärdar och som Du får kopia av. Detta innehåller endast uppgifter om huruvida den medicinska bedömningen visat om Du är lämplig för den angivna anställningen. Kopia av utlåtandet, resultatet av provtagningarna och hälsodeklarationen sänds till UD-SIDA:s läkarmottagning efter anställningen.

Personnummer	
Namn	
Utdelningsadress	
Postnummer och ortnamn	
Telefon bostaden	Telefon arbetet
Yrke	
Arbetsplats	

## HÄLSODEKLARATION

Datum

Sänds in till

Företagsläkaren vid Statshälsan  
Regeringskansliet  
103 33 STOCKHOLM

Besvaras av den undersökte (vid tveksamhet i samråd med läkare)

	Ja	Nej	Beskrivning
1 Förekommer eller har förekommit hos biologiska föräldrar eller syskon sockersjuka, hjärtinfarkt, högt blodtryck, tumörsjukdomar, allergi (astma, hönsnuva, eksem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Har Du eller har Du haft	Ja	Nej	Ange ungefärlig tidpunkt, diagnos av sjukhusvistelse och varaktighet
lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
återkommande luftvägsinfektioner, hosta bihåleinflammationer osv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
svårare allergi (astma, hönsnuva, eksem, nässelutslag, el dyl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
hjärtbesvär (»extra slag», kärlekskramp, »blåsljud på hjärtat» el dyl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
blodtryckssjukdom, kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
magsår, magkatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
gallsten, leversjukdom, gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
tarmsjukdom, diarré/tendens, bräck njursjukdom (njursten, blod/äggvita i urinen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
urinvägsjukdom (återkommande blåskatarr, prostatainflammation). Gonorré utan komplikation behöver ej anges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
sjukdom i bröstet eller underlivet (se också p 8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
ryggsjukdom (ryggskott, rygginsufficiens, diskbräck, ischias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
ledsjukdom eller allvarlig led- eller skelettskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beskrivning
psykiska besvär (nervositet, ångestbesvär depression, sömnlöshet, alkohol- eller narkotikaproblem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
epilepsi, kramper, förlamningar, migrän eller återkommande huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
ögon- eller öronsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
svårare olycksfall eller handikapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
tumörsjukdom, sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

	Ja	Nej	Beskrivning
2 Forts sköldkörtelsjukdom, blodsjukdom, återkommande blodbrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
annan långvarig eller allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Har Du i övrigt blivit behandlad eller opererad på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommentar (plats, år etc)
har Du några övriga besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Behandlas Du nu för någon sjukdom? äter Du någon medicin regelbundet (även P-piller)? är det något läkemedel eller vaccin Du inte tål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommentar (plats, år etc)
5 Har Du under de senaste två åren varit arbetsoförmögen längre tid än två veckor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
6 Har Du tidigare vistats i land med tropiskt klimat?  vilka länder  besvär eller sjukdomar under vistelsen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Vilket år
7 Besvaras av män. Har Du gjort värnplikt som fullt vapenför?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om »Nej» ange orsaken
8 Besvaras av kvinnor. Antal födda barn  förlossningar med komplikationer  har utomkvedshavandeskap förekommit?  är Du f n gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommentar
9 När vaccinerades Du senast mot	<input type="checkbox"/> stelkramp	<input type="checkbox"/> polio	år
10 Lungröntgen	<input type="checkbox"/> utförd	datum	resultat
Tuberkulinprövning	<input type="checkbox"/> utförd		<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> ej utförd
BCG-vaccination	<input type="checkbox"/> utförd		<input type="checkbox"/> ej utförd
11 Har Din vikt ändrats under de senaste året?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om »Ja» ange ungefärlig ökning eller minskning
12 Anser Du Dig vara fullt frisk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Kommentar

Jag medger att företagsläkaren vid Statshälsan, Regeringskansliet får inhämta uppgift från läkare som behandlat eller undersökt mig vid.....

Jag medger att kopia av denna hälsodeklaration får överlämnas till UD-SIDA:s konsultationsläkare.

Underskrift

.....

Personnummer
Namn
Utdelningsadress
Postnummer och ortnamn
Nuvarande yrke/sysselsättning
Sökt anställning

## HÄLSUNDERSÖKNING

Datum

Sänds in till

Företagsläkaren vid Statshälsan  
Regeringskansliet  
103 33 STOCKHOLM

## Undersökningsresultat

Laboratorieundersökning	SR	HB	Urin			Multitest (autochemist e d)	
	mm	g/l	3/	äggv	glu	ua	
längd och vikt hörsel (uppfattar talst 4 m) syn blodtryck	Avvikelser						
	.....						
	Längd cm			Vikt kg			
	Höger öra			Vänster öra			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	Höger öga						
	<input type="checkbox"/> okorr			<input type="checkbox"/> korr			
	Vänster öga						
	<input type="checkbox"/> okorr			<input type="checkbox"/> korr			
	Syst			mm Hg		Diast	
Yttre undersökning	Anmärkning						
	hud	<input type="checkbox"/>	ua				
	händer	<input type="checkbox"/>	ua				
	extremiteter	<input type="checkbox"/>	ua				
	rygg	<input type="checkbox"/>	ua				
	gång	<input type="checkbox"/>	ua				
Eventuella ytterligare undersökningsfynd (ex hjärta, lungor, buk, bräckportar)	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
	.....						

Läkarens namn

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Telefon (även riktnr)

Bilaga 3

SAVFS 1983:5

**LÄKARUTLÅTANDE**

Datum

Företagsläkaren vid Statshälsan  
Regeringskansliet  
103 33 STOCKHOLM

Härmed intygar jag att nedan nämnda person mot bakgrund av avgiven hälsodeklaration och genomgången undersökning från medicinsk synpunkt för den angivna anställningen är

lämplig     olämplig

Den undersöktes namn

Om tvekan föreligger eller om den sökande bedömts vara olämplig kontakta gärna företagsläkaren vid Statshälsan, regeringskansliet, 103 33 STOCKHOLM, tel 08 - 763 10 00 eller läkaren vid UD/SIDA-mottagningen, Roslagstulls sjukhus, Box 5651, 114 89 STOCKHOLM, tel 08 - 15 95 43.

Undersökande läkares underskrift