

Lederne ved landets arbeids- (og miljø)medisinske avdelinger  
v/ Avdelingsleder Jan Haanes,  
Arbeids- og miljømedisinsk avdeling,  
UNN HF, PB 16  
9038 Tromsø

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement  
PB 8011 Dep.  
0030 Oslo

Tromsø, 29.02.12

Deres ref: 201104748/RagS

## **HØRINGSUTTALELSE: FORSLAG TIL FORSKRIFT OM OVERSIKT OVER HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER (FOLKEHELSEFORSKRIFTEN)**

### **Sammendrag**

Lederne ved landets regionale arbeids- (og miljø)medisinsk avdelinger støtter forslaget til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, men mener at forslaget er helt avhengig av å følges opp av andre tiltak dersom en skal drive godt folkehelsearbeid.

En viktig del innenfor folkehelsearbeidet er miljømedisin/miljøretta helsearbeid med fokus på fysiske, kjemiske og biologiske påvirkninger og helse, samt håndtering/informasjon relatert til samfunnsdebatt og i blant til dels mye bekymring rundt slik problematikk. Innenfor disse delene av folkehelsearbeidet er det dokumentert at det i dag er store mangler i forhold til kompetanse og aktivitet, særlig gjelder dette for kommunene. Folkehelseoven, utkastet til forskrift og høringsnotatet angir ikke at en i nevneverdig grad planlegger å ta grep som kan tette dette betydelige faglige gap. En synes å ha laget nettopp en "forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer" og ikke en brei "folkehelseforskrift", som tar med seg samhandlingsreformen med de muligheter den peker på for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten (helseforetakene) og primærhelsetjenesten (kommunene). Vi foreslår at den faglige samhandling det er behov for på disse områdene, etableres gjennom et samarbeid mellom nasjonale kompetansemiljøer (som Nasjonalt Folkehelseinstitutt) og regionale arbeids- og miljømedisinske avdelinger. I et slikt arbeid kan fokus rettes mot å bistå/samarbeide med det kommunale arbeidet med miljøretta helsevern, men også i forhold til øvrige arenaer som er viktig for miljø-helse dimensjonen. Vi håper derfor at den foreslåtte forskrift er ment som en nødvendig start og at en ikke tror at en slik "systematikkforskrift" alene vil være tilstrekkelig for å oppnå jevnt god faglig kvalitet ut i felten i det lokale folkehelsearbeid.

### **Innledning**

I hver helseregion er det en arbeids- (og miljø)medisinsk avdeling på universitetssykehusene, samt en avdeling ved sykehuset Telemark. Disse avdelingene tar primært for seg sammenhenger mellom påvirkninger i arbeid og helse. Hovedoppgavene er pasient-/sakkyndigutredninger, undervisning, rådgivning/veiledning og forskning. Avdelingene har

etter omtrent 20 års arbeid kommet opp på et godt faglig nivå. Takket være årlige øremerkede midler til arbeidsmedisin, gjennom "Raskere Tilbake" fra og med 2008, har den arbeidsmedisinske virksomheten nå kommet opp på et relativt solid nivå ved avdelingene.

Ved enkelte av avdelingene er det også et mindre innslag av miljømedisinske tjenester og aktiviteter. Innenfor miljømedisin/miljøretta helsevern er fysiske, kjemiske og biologiske påvirkninger og helse viktige fagområder, samt det økende behov for håndtering/informasjon relatert til samfunnsdebatt og i blant til dels mye bekymring rundt slik problematikk (f.eks. det relativt intensive fokus på mulig helsefare ved mobilbruk). De arbeidsmedisinske avdelingene har den kompetansen som er nødvendig for å bistå samfunnet med slike miljømedisinske utfordringer. Imidlertid er denne mulighet for miljømedisin i Norge i svært liten grad bygd ut/brukt – det er ikke gitt verken mandat eller ressurser til dette.

Ut fra formålet (§1) i det som da var utkastet til lov om folkehelsearbeid mente vi som selv kjenner fagområdet, at de arbeids(- og miljø)medisinske avdelingene kan spille en viktig rolle. Lederne ved de 5 avdelingene gikk derfor sammen om å avgi en felles høringsuttalelse til denne loven. Kopi av denne er vedlagt (vedlegg 2). Da loven ble fastsatt, tok en ikke hensyn til de innspill som vi kom med. Det er derfor ikke overraskende at det den foreslåtte "folkehelseforskrift" har styrker og svakheter som er i tråd med det Folkehelseoven endte opp med. Vi ønsker med denne høringsuttalelse å gi våre bidrag til hvordan folkehelsearbeidet i Norge kan bedres.

#### **Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse**

Den delen av folkehelsearbeidet som denne høringsuttalelse i hovedsak fokuserer på, er miljømedisin/miljøretta helsearbeid innenfor fysiske, kjemiske og biologiske (eksklusive smittevern) påvirkninger og helse, samt håndtering/informasjon relatert til samfunnsdebatt og i blant til dels mye bekymring rundt slik problematikk. I hovedsak legges fokus på forebygging, på gruppe-/populasjonsnivå og overfor oppståtte problemstillinger (f.eks. et inneklimateproblem på en skole), men det er også i noen grad aktuelt med individrettet arbeid (f.eks. veiledning av pasient med symptomer med mistenkt å ha relasjon til eksponering i miljøet). Til sist i høringsuttalelsen vil også vi også komme inn på arbeidslivet som en viktig folkehelsearena.

#### **Positivt med en egen lov og tilhørende forskrifter**

Vi ser det som meget positivt at det har kommet en egen lov om folkehelsearbeid og at den følges opp med forskrifter. Kurativt helsearbeid er viktig for de som har blitt syke og dette krever mye fokus og ressurser. Imidlertid er det solid politisk forankret at Norge også skal satse mer på forebygging innen helseområdet. Det å skille dette ut i en lov, inkludert forskrifter, som har folkehelseperspektiver, er derfor klokt.

#### **Forslaget har ensidig fokus på struktur, svært lite på annet som må til for å nå målene**

Generelt sett bærer Folkehelseoven preg av et sterkt fokus på en del strukturelle forhold mhp folkehelse/miljøretta helsearbeid. Dette følges meget tydelig opp i forslaget til ny forskrift. Det legger opp til en omfattende systematikk og oversikt over utfordringene mhp miljø-helse dimensjonen. Disse grepene er trolig viktige å gjøre dersom en vil oppnå hensiktene som angis både i loven og utkastet til forskrift. Imidlertid ser det ut til at en i loven, og i særdeleshet i utkastet til forskrift, bygger på en tanke om at det å etablere systematikk og oversikt alene er det som skal for å oppnå disse hensiktene. Det stiller vi oss tvilende til. Dersom en ikke også har nødvendig faglig kompetanse tilgjengelig i tilstrekkelig volum og nærhet - dvs. i kommunene, i en framtidig 2. linjetjeneste og på 3. linjenivå hos Folkehelse -

hjelper det i begrenset grad å ha god systematikk og oversikt. I utkastet til forskrift og høringsnotat er dessverre behovet for faglig kompetanse knapt nevnt, det omtales så vidt på side 18. Det er fint at det der nevnes behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse, men utover denne, synes en i liten grad å være opptatt av faglig kompetanse i det reelle arbeidet/ de reelle prioriteringer ute i kommunene – utover dette å gi krav til systematikk og oversikter.

#### **Forslaget er ikke en ”folkehelseforskrift”, men er det starten på noe mer?**

Utkastet til forskrift benevnes med 2 termer. Den ene er ”forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer” og den andre er satt i parentes: ”folkehelseforskriften”. Den første betegnelsen er dekkende for innholdet og dermed grei å bruke dersom en ikke har mer omfattende ambisjoner enn de en har foreslått i forskriften. Den andre kan det stilles spørsmål ved om er misvisende å bruke. I en ”folkehelseforskrift” ville en forvente å finne omtale av hvordan en kan oppnå hensiktene som er angitt i 1. setning i § 1 (formål) både i Folkehelseloven og i den foreslåtte forskrift, ikke kun en detaljert gjennomgang av krav til systematikk og utarbeidelse av oversikter. Selv om det ikke er angitt noe sted i høringsnotatet eller annet sted vi er kjent med, kan det være at denne forskriften er ment som et første trinn for å oppnå formålet angitt i Folkehelseloven. I så fall er det logisk å starte slik med å få på plass systematikk og oversikter, for så å følge dette opp med å sikre at det er tilgjengelig faglig kompetanse i tilstrekkelig volum og nærhet til at disse strukturene i praksis kan bidra til bedret folkehelse. Vi håper at dette er tilfellet og at en ikke tror at en slik ”systematikkforskrift” alene vil være tilstrekkelig.

#### **Forslaget har mangler i forhold til samhandlingsreformen**

På side 4 i høringsnotatet står det at forskriften ”også må sees i sammenheng med samhandlingsreformens øvrige dokumenter..”. Slik vi har oppfattet det er et bærende element i denne reformen et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (helseforetakene) og primærhelsetjenesten (kommunene). Vi finner ikke at dette er med noe sted verken i utkastet til forskrift eller høringsnotat. I denne høringsuttalelse gir vi innspill til hvordan deler av folkehelsearbeidet kan styrkes ved å ta i bruk samhandlingsreformen.

I det følgende vil vi gi utfyllende omtale av forhold som er viktige for å oppnå hensiktene gitt i 1. setning i § 1 (formål) både i Folkehelseloven og i den foreslåtte forskrift, da avgrenset til de områder som er angitt i punktet ”Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse”.

#### **Et administrativt, men i liten grad faglig, skille mellom arbeid-helse og miljø-helse**

Det å dele sammenhenger mellom eksponeringer og helse i en arbeid-helse del og en miljø-helse del, er i hovedsak et juridisk/administrativt skille. Dette skillet står sterkt i Norge. Arbeidsdelen ligger delvis under Arbeidsdepartementet og delvis under Helse- og omsorgsdepartementet – og i dette departementet igjen kan det se ut til at arbeidsdelen (arbeidsmedisin) og miljødelen (miljømedisin/miljøretta helsevern) ligger i ulike avdelinger (henholdsvis spesialisthelsetjeneste- og folkehelseavdelingen). I Helsedirektoratet synes det å være mest fokus på miljødelen, så vidt vi kjenner til er det der svært lite fokus på arbeidsdelen. Det er trolig grunn til å betrakte vedtatte nye folkehelselov med tilhørende forslag til ”folkehelseforskrift” som et typisk produkt av dette skillet. Begge dokumenter har fokus på miljødelen – uten å skjule verken til den i utgangspunktet arbeidsmedisinske kompetansen en har behov for på viktige delområder i miljødelen (dersom en vil oppnå lovens og forskriftens intensjoner) og til den viktige folkehelsearena som arbeidslivet representerer. Det at det er gode juridiske, og kanskje også administrative grunner, til et skille, bør ikke gjøre at samfunnet taper mulighetene for gode faglige og kostnadseffektive samvirkninger mellom arbeids- og miljødelen innenfor helseområdet. Det er en utfordring at det arbeids- (og

miljø)medisinske fagområde er henvist til å komme inn så seint som en høringsuttalelse først i et lovarbeidet, og nå i forhold til forskriften, mhp å medvirke til reelle endringer. Men når myndighetene arbeider så uttalt separat med to deler av et fagfelt, som er så nært faglig beslektet, er det vanskelig å komme til på riktig tidspunkt i slik lov- og forskriftsprosesser. Det skal likevel legges til at det tidlig i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med saken fra det arbeids- (og miljø)medisinske fagfeltet er gitt innspill som er på linje med denne høringsuttalelse.

Norge har ingen egen legespesialitet i miljømedisin. Fra faglig hold (Legeforeningen) er det lagt opp til at miljømedisin skal dekkes av de andre medisinske spesialiteter, der arbeids- og samfunnsmedisin er spesielt nevnt som de to klart viktigste. I loven og utkastet til forskrift har en tatt inn de samfunnsmedisinske bidragene og rollene i folkehelsearbeidet. Det er positivt og helt nødvendig. Trolig ut fra de grunner som er drøftet over, har en imidlertid gått glipp av de nødvendige arbeids- (og miljø)medisinske bidragene i folkehelsearbeidet. Som det vil bli gjort rede for i øvrige deler av denne høringsuttalelse, kan det arbeids- (og miljø)medisinske fagområdet bidra på viktige områder innenfor miljø-helse dimensjonen. Slik sett ville det terminologisk vært bedre om den norske legespesialiteten hadde vært benevnt som "arbeids- og miljømedisin" (slik det er i Sverige), ikke bare "arbeidsmedisin". Den kanskje viktigste grunnen til at så ikke er tilfellet, er at det i så liten grad finnes legestillinger som gjør et slikt navneskifte naturlig (f.eks. er summen av overlegestillinger i miljømedisin ved alle landets sykehus kun en). Legespesialitetene arbeids- og samfunnsmedisin har på deler av det miljømedisinske fagområdet noe overlappende kompetanse, men i liten grad på den delen av det miljømedisinske fagområdet som er angitt under "Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse". Det er på disse delene av folkehelse/samfunnsmedisin/ miljøretta helsevern fagområdene har et viktig underdekket behov, som kun arbeidsmedisin av de medisinske spesialitetene kan dekke. For å klargjøre forskjellene mellom arbeids- og samfunnsmedisin fagområdene er det av pedagogiske grunner tatt utgangspunkt i legespesialitetene. Imidlertid er det viktig å understreke at arbeidsmåten i fagområdet arbeids- og miljømedisin er typisk tverrfaglig – der særlig arbeidsmedisinere og yrkeshygienikere (med teknisk/naturvitenskapelig bakgrunn), men også andre fagprofesjoner sammen løser de faglige oppgaver.

### **Underdekket kompetansebehov i miljømedisin/miljøretta helsearbeid**

I en loven og forslaget til forskrift er det angitt at det skal gjøres en innsats for å redusere risiko for uønskede helseeffekter av påvirkninger i miljøet. Særlig kommunenes miljøretta helsevernsarbeid er en hjørnestein for å få dette til. Det er gjort flere undersøkelser for å se i hvilken grad kommunenes miljøretta helsevern i praksis oppfyller dette. Det vises til en større undersøkelse foretatt av Helsedirektoratet for få år siden, Telemarksforskningens evaluering av de arbeids- og miljømedisinske avdelingene (på oppdrag av HOD og AID, i 2009) og egne upubliserte data fra undersøkelse i Nord-Norge (fra Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN). Det ser ut til at arbeidet både mhp volum og kompetanse fungerer relativt godt i en del større kommuner, men at det generelt sett er langt igjen før det fungerer tilfredsstillende i hele landet. Med en slik situasjon blir resultatet tilsvarende utilfredsstillende/tilfeldig lokalt. Det antas at et viktig formål med Folkehelseloven og forskrift er å bedre denne situasjonen. Dersom en i praksis skal oppnå det, mener vi at det må tas flere grep enn de som loven og forslaget til forskrift legger opp til. Slik loven har blitt og med forslaget til forskrift, er vi redd det bare i begrenset grad er mulig å få forbedringer av den situasjonen som de nevnte undersøkelser viser. Det kan dermed langt på vei bli en videreføring av dagens situasjon, selv om en bedret systematikk og oversikt høyst sannsynlig kan bidra positivt.

### **Hva slags kompetanse trenges lokalt?**

I Folkehelseloven er samfunnsmedisinsk kompetanse angitt som nødvendig i kommunen. Vi er enige i at slik kompetanse er viktig for det arbeidet som skal gjøres. Imidlertid er som tidligere nevnt, spesialiteten i samfunnsmedisin ikke lagt opp for å gi dybdekompetanse innen de fagfeltene av miljømedisin/miljøretta helsevern som er angitt i punktet "Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse". En slik kompetanse vil en i stedet få gjennom en spesialisering i arbeidsmedisin. Samfunnsmedisinere som over tid har arbeidet med miljømedisin i kommunene, vil selvsagt erverve seg relevant kunnskap – slik at dette kunnskapshullet i alle fall et stykke på vei tettes. Dermed vil behovet for bistand fra eksterne kompetansemiljøer være redusert for de kommunene som har erfarne samfunnsmedisinere, men slik det ser ut i overskuelig framtid, vil dette nok langt fra være situasjonen jevnt over for mange av landets kommuner. Vi mener på ingen måte at kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse skal erstattes med arbeidsmedisinsk kompetanse, men at det er nødvendig at kommunene også har tilgang på (arbeids-) og miljømedisinsk kompetanse. Denne tilgangen kan løses på flere måter, se punktet "Hvordan kan de underdekkede kompetansebehov dekkes?"

### **Hva slags kompetanse trenges regionalt/nasjonalt?**

Folkehelseloven og utkastet til forskrift angir ansvaret for kommunene, fylkeskommunene og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Når det gjelder faglig kompetanse innenfor de fagfeltene av miljømedisin/miljøretta helsevern som er angitt i punktet "Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse", er det av disse kun Folkehelseinstituttet som innehar 2. linjekompetanse av betydning. Instituttet yter i dag viktig bistand til miljøretta helsevern i kommunene, men tilbudet er ikke lagt opp som et generelt 2. linje tilbud for alle landets kommuner. Innenfor dagens rammer kan instituttet derfor ikke dekke opp for de forhold som er omtalt under "Underdekket kompetansebehov i miljømedisin/miljøretta helsearbeid". Det er derfor behov for å gjøre ytterligere grep dersom en vil oppnå vesentlig bedring på området, se neste punkt.

### **Hvordan kan de underdekkede kompetansebehov dekkes?**

Ut fra kommentarene gitt over, vil en på de fagområder av folkehelseområdet som denne høringsuttalelse omfatter, med Folkehelseloven og forslaget til forskrift trolig bare et stykke på kunne få en bedring av praksis, særlig ute i kommunene. Dermed risikerer en i begrenset grad å oppnå formålet med lov og forskrift. Det er flere grep som kan gjøres for å sikre tilstrekkelig kompetanse til disposisjon for praktisk miljømedisinsk/ miljøretta helsevern i Norge. Dersom en tenker meget bredt, kan en i teorien velge mellom følgende muligheter:

A: Bygge opp Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre nasjonale institusjoner på fagområdet (f.eks. Statens Strålevern) betydelig, slik at de reelt kan dekke hele landet som 2. linjeinstitusjoner.

B: Bygge ut de regionale arbeids(- og miljø)medisinsk avdelinger til å bli arbeids- og miljømedisinsk avdelinger med fullverdig 2. linjetilbud ikke bare innen arbeidsmedisin som i dag, men også innen de beskrevne deler av miljømedisinen.

C: Bygge opp en helt ny type miljømedisinske institusjoner i helseforetakene.

D: Bygge opp en helt ny type miljømedisinske institusjoner i fylkeskommunene.

E: Utvide kompetansekrav i lov/forskrift slik at det stilles krav til at kommunene må ha både samfunnsmedisinsk og miljømedisinsk/-teknisk kompetanse, eventuelt knytte til seg slik

gjennom at bedriftshelsetjenestene blir utvidet til lokale tjenesteytere innen arbeids- og miljømedisin.

F: Ikke gjøre noen nye grep. Dette innebærer å fortsette som i dag og som loven og forslaget til forskrift langt på vei legger opp til å videreføre, om enn med klart bedre krav til systematikk og oversikt.

Av disse alternativer er C-E både de minst realistiske og trolig de mest ressurskrevende i forhold til det totale faglige og samfunnsmessige utbyttet. Det kan likevel legges til at det lokalt, der det ligger til rette for det, kan samarbeides med bedriftshelsetjenester om faglige bidrag i det kommunale miljøretta helsevern, men dette vil trolig ikke være en realistisk vei for en landsdekkende løsning. Slike ordninger ville i så fall kunne være et supplement til alternativene A og B.

Alternativ A og B vurderes å være de mest fornuftige. Alternativ A kan ved en tilstrekkelig utbygging gi et bredt og solid fagmiljø på hver av de nasjonale institusjonene, men bryter betydelig med faglige argumenter for, og politisk forankring av, at 2. linjetjenester skal skje på regions- eller mer lokalt nivå. Det vises her bl.a. til valget av en regionalisert helseforetaksmodell og den samhandling det nå i stor skala legges opp til mellom disse foretakene og kommunene. Alternativ B vil være å ligge på et nivå mellom det nasjonale og lokale, hvilket vil være fornuftig for en 2. linjetjeneste/spesialisthelsetjeneste – et kompromiss mellom å ha store nok enheter for faglig godt arbeid (særlig når de er lagt til samme miljø som arbeidsmedisindelen) og geografisk/nettverksmessig nærhet til det kommunale nivå.

### **Hva kan arbeids- og miljømedisinske avdelinger gjøre for miljømedisin/miljøretta helsearbeid?**

Det faglige utgangspunktet for de regionale arbeidsmedisinske avdelingene er sammenhenger mellom eksponeringer i arbeid og deres helseeffekter. Med dette fokus er avdelingene sine viktigste oppgaver:

- Utredning og veiledning av pasienter/sakkyndigvurderinger mhp mulig yrkessykdom.
- Forskning på sammenhenger mellom arbeid og helse.
- Kunnskapsformidling: kurs, undervisning, informasjonsmateriell osv. overfor en rekke brukere
- Rådgivning/veiledning overfor bedriftshelsetjenesten, annen 1. linjetjeneste og virksomheter direkte.

Den kompetanse og de arbeidsmåter som avdelingene bruker på området arbeid-helse, kan også brukes på de delene av miljø-helse/ miljøretta helsevern som er angitt i punktet ”Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse”. Det er langt på vei den samme faglige kunnskap som ligger til grunn enten eksponeringen skjer i arbeidslivet eller i miljøet for øvrig (for eksempel skiller ikke et innklimaproblem på lærere eller skolebarn, eller luftforurensninger på om lufta er på en arbeidsplass eller ikke).

Arbeids- og miljømedisinske avdelinger kan bidra faglig til miljømedisin/ miljøretta helsevern i forhold til sammenhenger mellom følgende eksponeringer og helse:

- Kjemiske (for eksempel miljøgifter og luftforurensning)
- Fysiske (for eksempel støy og stråling)
- Biologiske (allergener og irritanter)

I slike saker vil avdelingene kunne vurdere eksponeringene, mulige helseeffekter/ ev. oppstått sykdom og gi råd om hva som kan/ bør gjøres på kort og lang sikt.

I tillegg til dette vil avdelingene kunne bistå ved bl.a.:

- Risikohåndtering ved oppståtte hendelser/bekymring, her inkludert risikokommunikasjon. Med de stadige medieoppslag lokalt og nasjonalt synes dette behovet økende. Det er behov for et regionalt fagmiljø som kan bistå med kunnskap i de konkrete situasjoner. Dette vil både gi befolkningen og ansvarlige myndigheter (særlig på kommunalt nivå) en riktig forståelse av grad av/hva ev. helsefare skulle bestå i (vanligvis er bekymringen overdrevet) og peke på hvilke tiltak som bør iverksettes (ofte er det behov for å vite hva som er fornuftig å gjøre og hva som bør prioriteres).
- Ved overfølsomhetsreaksjoner som personer knytter til eksponeringer i miljøet, men der det er lite sannsynlig at det er en direkte årsakssammenheng mellom slik faktor og plagene (for eksempel ved el-/mobilooverfølsomhet og luktoverfølsomhet).

Som nevnt, er de regionale arbeids- (og miljømedisinske) avdelingene i dag i liten grad bygget ut med en kapasitet til å utføre disse oppgavene i det omfang det er behov for, særlig i forhold til kommunenes arbeid med miljøretta helsevern. I dag har hver av disse avdelingene til dette formål til disposisjon 0-1 årsverk (fordelt på flere fagpersoner med til dels ulik fagbakgrunn). I sammenheng med noen få konkrete større saker har avdelingene i Bergen og Tromsø i perioder brukt noe mer ressurser.

Sverige har i mange år hatt et stort sett landsdekkende miljømedisinsk 2. linje tilbud gjennom deres relativt godt utbygde regionale arbeids- og miljømedisinske avdelinger. Disse avdelingene gir et bredt tilbud av 2. linjetjenester til kommunene og bidrar også til landets miljømedisin på andre måter, for eksempel innen forskning, undervisning/opplæring, konsekvensutredninger og systematiske oversikter. Dersom en ønsker å studere nærmere hvordan slike avdelinger kan gi viktige bidrag til de delene av miljømedisinen som er, og med lovforslaget ser ut til å forbli, underdekket i Norge, kan en se hvordan det er lagt opp i Sverige. Det nærmeste vi kommer dette i Norge, om enn i vesentlig mindre skala, er avdelingen i Tromsø, se vedlegg 1.

Dersom de norske regionale avdelingene innen arbeids- og miljømedisin får kapasitet til å yte miljømedisinske tjenester i et breiere omfang, vil de kunne være viktige samarbeidspartnere for de nasjonale 3. linjetjenestene som Folkehelseinstituttet og Statens Strålevern. Det er naturlig at disse nasjonale institusjonene fortsetter med samme type oppgaver som i dag, bl.a. mhp. å utarbeide registre/oversikter (slik det foreslås i utkastet til forskrift), vurdere kunnskapsstatus, gi råd til myndighetene, forskning og formidling. De regionale avdelingene vil kunne være primærinstans for henvendelser fra kommunenes miljøretta helsevern innen nevnte områder og bidra til nettverk/kunnskapsformidling overfor disse. Videre kan avdelingene i samarbeid med de nasjonale institusjoner bl.a. bidra ved akutte større hendelser, i forskning og faglig arbeid innenfor miljømedisinen. For en konkret illustrasjon av hva slags typer tjenester en miljømedisinsk 2. linjetjeneste kan yte, er det i lagt ved en oversikt over en del av de sakene Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge har bidratt i over de siste drøyt 10 år (vedlegg 1).

Ved de medisinske fakultetene i Norge lærer de kommende leger til dels svært lite miljømedisin. Dersom det på sikt skal la seg gjøre å bygge opp miljømedisinsk kompetanse, både lokalt og regionalt, er det viktig at dette bedres. De arbeids- og (miljø)medisinske avdelingene er stort sett del av universitetssykehusene. Dermed vil en utbygging av miljømedisin på disse avdelingene også gi lærekrefter/kompetanse til utdanningen av nye leger.

### **Hvordan kan en opprette regionalt 2. linjetilbud i miljømedisin?**

Til tross for vår forrige høringsuttalelse ble Folkehelseloven begrenset slik at virkeområdet ikke inkluderte helseforetakene – dette stikk i strid med samhandlingsreformen. Det er derfor ikke uventet at forslaget til forskrift også ser bort fra samhandlingsreformen og hvordan en kan få tilstrekkelig faglig kompetanse til rådighet gjennom en 2. linjetjeneste for det kommunale miljøretta helsevern. Vi er ikke jurister, men dersom en skal gjøre bruk av den ressurs regionale arbeids- og miljømedisinske avdelinger er/kan bli, bør det vurderes hvordan en ut fra lovverket og samhandlingsreformen kan løse en lov/forskriftsmessig forankring som gjør det mulig å opprette et slikt regionalt 2. linjetilbud.

Spesialisthelsetjenesten er generelt sett en viktig premissleverandør for det forebyggende folkehelsearbeidet, både ut fra kunnskaper om utviklingen av sykkelighet i befolkningen og med bidrag til forskning på området. Ved mange anledninger har helsemyndighetene og Regjering/Storting uttalt at det bør bli mer forebygging innen helseområdet, ikke minst innen spesialisthelsetjenesten. Som pekt på i bl.a. stortingsmeldingen ”Resept for et sunnere Norge” er det i liten grad incentiver som fører til at spesialisthelsetjenesten prioriterer forebygging høyere. Miljømedisin/ miljøretta helsevern er for en stor del forebyggende. Videre er tjenestene rettet mot grupper/problemstillinger – dette i motsetning til konkrete enkeltpasienter, slik det meste av spesialisthelsetjenesten for øvrig er innrettet mot. Dersom myndighetene skulle ønske at det skal ytes miljømedisinske 2.linjetjenester fra helseforetakene, er det derfor trolig nødvendig med spesifikke virkemidler. Fra oppbyggingen av den tilsvarende arbeidsmedisinske delen av det regionale 2. linjetilbudet i helseforetakene, ble det tydelig demonstrert at de virkemidler en prøvde ut før de øremerkede midler kom, ikke førte fram. Trolig bør en ved en eventuell oppbygging av miljømedisin skjele til disse erfaringene.

Framover legges det opp til en tydelig intensivert samhandling mellom 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som redegjort for i denne høringsuttalelse, har en i forhold til miljømedisin/ miljøretta helsevern et område som egner seg meget godt for slik samhandling og der det er åpenbare udekkede behov.

### **Beredskap**

Denne tematikk er tydelig fokusert i Folkehelseloven. Det kan se ut til at eksplosjonsulykken i Gulen er en del av grunnen til at dette løftes fram. Vi er enige i at det er all grunn til å trekke lærdom av den mangelfulle beredskap og tidlige håndtering av denne saken. Ved slike hendelser er det viktig å ha beredskapsplaner, ansvarsfordeling osv. klart på forhånd, men det er også viktig at det er faglige instanser som kan gjøre de faglige vurderinger, bistå i risikohåndtering og kommunikasjon. En synes i loven å ha lagt mest vekt på å få på plass det første av disse to elementer, men denne type tematikk ikke berøres i utkastet til forskrift. I forhold til det miljømedisinsk faglige er det bare Folkehelseinstituttet av de nevnte instanser som kan spille en rolle av betydning, dersom ulykken ikke tilfeldigvis skulle skje i en av de kommunene som har egen god kompetanse. Folkehelseinstituttet kan utvilsomt spille en sentral faglig rolle ved slike hendelser, men vi er tror at det i tillegg ville være en betydelig styrke å ha en regional samarbeidspartner i slike saker. En slik partner vil kunne ha lokal kjennskap til saken, aktører, befolkning og andre forhold – som vil være en stor fordel fra en tidlig startfase, gjennom saken og ved eventuelle faser i ettertid. I tillegg vil en slik aktør ha faglig kompetanse som vil kunne være utfyllende med den Folkehelseinstituttet har.



Et annet poeng er at det kan synes som en i loven og daværende høringsnotat har hatt hovedfokus på plutselige større hendelser – nettopp som Gulen-saken. Hendelser/saker som kan synes å være av mindre omfang og mindre akutte, vil også kunne få en vesentlig betydning miljømedisinsk. F.eks. har det vært flere saker rundt bygging av ulike typer forbrenningsanlegg i byer og saker knyttet til forurensning av luft og grunn der det har blitt til dels mye bekymring og usikkerhet i befolkningen og tvil hos ansvarlige myndigheter om hvordan de skal agere. Det er derfor behov for å se på hendelser/saker i perspektiver som går utover de mer akutte større, som Gulen-saken. I forhold til å fange opp og bistå i tidlig fase (hvilket ofte er av fundamental betydning) og få til en god håndtering av slike saker, tror vi det ville være en fordel å ha en regional miljømedisinsk faglig ressurs/kompetanseinstitusjon.

### **Helsekonsekvensutredninger**

I Folkehelseloven omtales helsekonsekvensutredninger, forslaget til forskrift omtaler ikke dette behovet. Dersom verdien av slike utredninger skal bli god, er det nødvendig at det finnes fagmiljøer som har den nødvendige miljømedisinske kompetanse. Som nevnt, utfører de svenske arbeids- og miljømedisinske avdelingene slike utredninger. Dersom en bygger ut regionale miljømedisinske avdelinger i Norge, vil en kunne få et fagmiljø som kan delta i slikt arbeid, eventuelt i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

### **Arbeid og helse er en viktig del av folkehelsen**

I det foregående har vi drøftet den miljømedisinske siden av spesialiteten/fagområdet arbeids- (og miljø)medisin og de bidrag denne kan gi til kommunenes folkehelsearbeid. I tillegg ønsker vi å peke på at arbeidslivet er en svært viktig folkehelsearena. Arbeidsmiljøloven er en god og viktig lov for viktige deler av folkehelsearbeidet i arbeidslivet. Gitt formål i Folkehelseloven og utkastet til forskrift kan det likevel synes mangelfullt at denne store og viktige arena for forebyggende og helsefremmende arbeid overhodet ikke er omtalt i loven, utkastet til forskrift eller høringsnotatet.

### **Økonomiske konsekvenser av våre forslag**

En utbygging regionale miljømedisinske enheter, f.eks. som del av arbeids- og miljømedisinske avdelinger vil ha en kostnad. Imidlertid vil en kunne spare/bruke offentlige midler bedre ved at kommunenes miljøretta helsevern da kunne få bistand til opplæring, i konkrete saker og forebygging slik at en får mer og bedre tjenester for de som ansettes i kommunene. Videre vil bedre og flere tjeneste kunne bidra til flere forebyggende tiltak, som igjen sparer samfunnets ressurser. Ved god rådgivning kan regionale kompetansemiljøer også bidra til riktige prioriteringer av tiltak innenfor området. Dermed kan midler spares på tiltak som kan antas å ha ingen eller liten effekt. Videre er det viktig at unødig frykt og usikkerhet reduseres, slik kan i seg selv føre til uhelse/reduert livskvalitet og feilprioritering av tiltak. Slike fagmiljøer vil også kunne gi bedre forebyggende tjenester innenfor miljømedisin også utover det kommunale miljøretta helsevern, jfr. det som er anført i denne høring. Det kan dermed være at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt, i tillegg til helsegevinstene, å bygge ut slike regionale fagenheter.

Kontaktperson for denne høringsuttalelse: Avdelingsleder/-overlege Jan Haanes, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN. E-post: [jvh@unn.no](mailto:jvh@unn.no). Telefon: 77627363/ 90573764. Dersom det er ønskelig med dialog/ behov for avklaringer med det arbeids- og miljømedisinske fagmiljøet ved de regionale sykehusavdelingene, står vi gjerne til disposisjon.

Vennlig hilsen

Jan Haanes /s/  
Avdelingsleder, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge

Tor Erik Danielsen /s/  
Seksjonsoverlege, Miljø- og yrkesmedisin, Oslo Universitetssykehus

Trude Fossum /s/  
Avdelingsleder, Seksjon for arbeidsmedisin, Sykehuset Telemark

Tor Aasen /s/  
Avdelingsdirektør, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

Bjørn Hilt /s/  
Avdelingsleder, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim/ prof. II ved Institutt for samfunnsmedisin, DMF, NTNU

VEDLEGG:

1. Miljømedisinsk aktivitet ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge.
2. Høringsuttalelse til forslag om ny Folkehelselov fra avdelingslederne ved landets arbeids- (og miljø)medisinske avdelinger.

**VEDLEGG 1 TIL:  
HØRINGSUTTALELSE: FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV**

**Miljømedisinsk aktivitet ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling,  
Universitetssykehuset Nord-Norge**

29.02.12 Avdelingsleder/overlege i miljømedisin Jan Haanes

For en konkret illustrasjon av hva slags typer tjenester en miljømedisinsk 2. linjetjeneste kan yte, gis det her en oversikt over en del av de sakene Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge har bidratt i over de siste drøyt 10 år. Disse tjenestene er ytt ved en ressursbruk på 0,5 – 1,5 årsverk per år (pga nedskjæringer i UNN kun ca 0,5 årsverk de seinere år), fordelt på i hovedsak yrkeshygiene- og legekompentanse. Det har derfor bare vært mulig å ta på seg noen av henvendelsene/behovene og tilbudet er i liten grad markedsført, for ikke å få flere henvendelser enn ressursene tillater. Dersom det skulle bygges ut en fullverdig miljømedisinsk 2. linjetjeneste, ville volumet bli et helt annet og den faglige bredde større.

**Inneklima og helse**

- Avdelingen har veiledet ved et stort antall henvendelser om helseeffekter pga dårlig inneklima, ikke minst fuktskader. I en del tilfeller har vi vært ute i feltene og vurdert/rådgitt. Det er særlig i forhold til skoler, barnehager og boliger vi har blitt kontaktet. Disse henvendelsene kommer ofte fra personer med ansvar for kommunalt MHV og/eller andre i kommunene som tar slikt ansvar bl.a. der MHV fungerer mindre godt. Det er ofte mangel på kompetanse, usikkerhet mhp hva som bør gjøres og i blant er blir det feilbruk av ressurser – f.eks. dyre og unødvendige undersøkelser eller feilaktige tiltak. F.eks. hadde bekymring og usikkerhet rundt inneklimasituasjonen i kommunale bygg kommet så langt i en bykommune at vi for en kort tid siden både måtte gå inn i problemene og informere/rettlede kommunestyre, administrativ ledelse, ansatte, foreldre mv.
- Videre har avdelingen gjennomført flere kartleggingsprosjekter/forskning for å karakterisere viktige variabler for inneklimate i Nord-Norge – bl.a. fordi vi har et klima som skiller seg fra de mer sørlige klimaer der forskning og kartlegging vanligvis skjer. Slik kunnskap må til for det praktiske arbeid vi gjør i vår landsdel.

**Forurensning, helse og risikokommunikasjon**

- Vi har grepet inn og bistått ved flere saker der det lokalt har oppstått bekymring for helseskadelig forurensning. I de følgende nevnes kort noen slike eksempler:
- På starten av 2000-tallet oppstod betydelig bekymring for helsefare blant beboere i et område i Tromsø der det ble planlagt å bygge anlegg for avfallsforbrenning. Dette ble oppildnet av en del medieoppslag og aktører med til dels feilaktige skremselspåstander. Kommunen ble stadig utfordret til å si noe om helsefare og planer. Vi gjorde det samme i direkte kommunikasjon til kommunen og sa at vi kunne bistå med det helsefaglige. Kommunen foretok seg likevel lite. Vi gikk da selv ut i media med en så balansert helseopplysning rundt det hele som mulig. Dette bidro til at bekymringen etter hvert avtok og den politiske og administrative prosess i kommunen kom inn i et mer balansert og reflektert spor. I samarbeid med oss ble det for ett par år siden kjørt en vellykket risikokommunikasjonsprosess rundt de nå vedtatte planer om bygging av anlegg.
- SFT kom for noen år siden med påstander om helsefare ved PCB holdig lysarmatur som ble misforstått og førte til medieoppslag om at det på skoler i Torsken kommune var

helsefarlige forhold for elevene. Da tok vi selv kontakt med en fortvilet ordfører, som ikke helt visste hva han skulle gjøre. Vi bistod i den saken med å utarbeide skriftlig info materiell som kunne deles ut på skolene. Dette bidro til en mer balansert oppfattelse av grad av helserisiko.

- Media i Tromsø hadde oppslag om at det var farlig å spille fotball på en bane over en gammel avfallsfylling. En annen gang var det tilsvarende i forhold til boligbygging på et annet gammelt deponi. I begge tilfeller belyste vi hva som ev. kunne være farlig, eller ikke, samt mulige tiltak.
- Kommuneoverlegen i Narvik kontaktet oss for noen år siden da det ble klart at tining av malmvogner medførte eksponering for legionella og det dermed kunne skje mulig smitte til miljøet.
- I 2007 startet StatoilHydro opp anlegget for å ta i land gass på Melkøya ved Hammerfest. Det oppstod da mye mer røyk/sot enn forventet. Befolkningen i Hammerfest ble bekymret over mulige negative helseeffekter som følge av de store sotskyene som i blant drev inn over byen. Det kom også mange medieoppslag som bidro til økt bekymring. Kommuneoverlegen kontaktet oss da. I samarbeid med Folkehelseinstituttet foretok vi vurderinger av de aktuelle eksponeringer og deres evne til å påvirke helsa. Videre utarbeidet vår avdeling informasjonsskriv som ble brukt på folkemøter. Kommuneoverlegen uttalte at hun var meget godt fornøyd med den bistand hun fikk fra oss – og at hun gjerne kan siteres på det - dette kunne hun ikke håndtert uten støtte fra oss som 2.linjetjeneste.
- Vi har bistått Tromsø kommune, inkl. MHV, i forhold til arbeid med å bedre bylufta (Tromsø har flere overskridelser av verdiene enn det som er tillatt), bl.a. i forbindelse med kampanje for å redusere piggdekk bruk.
- De siste årene har vi flere ganger bistått Harstad kommune med en inneklimasak på en skole som har vært svært sammensatt og der risikokommunikasjonen har blitt vanskelig for kommunen.

### **Støy i miljøet**

- Vi har bistått i flere saker der MHV i ulike kommuner har hatt behov for å måle/vurdere støyforhold (i hovedsak trafikkstøy).
- I en sak fra Bodø bistod vi med vurderinger av støy og støvforhold basert på en noen mangelfull konsekvensutredning foretatt i forbindelse med planer om utvidelse av et pukkverk.

### **Radon, elektromagnetiske felter/stråling. Problemstillinger relatert til miljørelatert overfølsomhet av ukjent årsak.**

- Vi får ikke så sjeldent henvendelser om slike problemstillinger i skoler, barnehager og boliger.
- I blant blir vi kontaktet av personer som opplever plager, som de selv mener skyldes forhold i miljøet, der det ikke er sannsynlig at det er en direkte årsakssammenheng. Vi kan da gi råd både til de det gjelder og til ev. ansvarlige (f.eks. ved trådløse nettverk, mobilsendere og elektriske installasjoner)

### **Generelle erfaringer**

Ut fra våre erfaringer kan det pekes på tre forhold:

#### *Risikokommunikasjon*

Når det oppstår bekymring for negative helseeffekter av en eksponering, er det viktig å foreta en risikovurdering, slik at relevante undersøkelser og tiltak kan iverksettes. Et viktig element i

den videre risikohåndteringen er risikokommunikasjon. Denne synes å være en viktig faktor i mange av de sakene vi har arbeidet med – særlig de som slås opp i media. Ofte oppfattes risikoen ”feil” hos folk flest/i blant også beslutningstakere i forhold til en faglig miljømedisinsk vurdering. Vanligvis er problemet at risikoen overestimeres, men den kan også underestimeres/ vinkles feil. At så skjer er ikke vanskelig å forstå. Ofte er sammenhengene kompliserte og eksponeringsforholdene uoversiktlige. Det kreves både til dels mye arbeid og god kompetanse for å vurdere risikoforholdene. I tillegg må en være dyktig på risikokommunikasjon!

#### *Begrenset aktivitet i MHV*

Vi har ikke full oversikt over tilstanden for MHV i Nord-Norge. Vårt generelle inntrykk er at aktiviteten er lav, med unntak av noen kommuner/tidsrom i disse der en har lyktes å få på plass engasjerte og dyktige medarbeidere. En god del av de henvendelsene vi får, og når vi i blant selv tar tak i saker, er saker der MHV er fraværende og vi må prøve å bistå/videreformidle til andre kommunale instanser. Der det fungerer bedre, brukes vi en del som 2.linjetjeneste.

#### *Folkehelseinstituttets rolle*

I flere saker har vi hatt samarbeid med Folkehelseinstituttet. Vi er godt fornøyde med at dette nasjonale fagmiljø finnes. De har relevant kompetanse innen mange områder relevant for MHV. Imidlertid er kapasiteten begrenset og noe av arbeidet blir for distansert i forhold til de ulike lokale problemstillinger. Videre er det ujevnt når det gjelder deres kompetanse og mulighet for god risikokommunikasjon – som jo nevnt over, er et viktig element. Slik vi oppfatter det tar ikke Folkehelseinstituttet mål av seg til å være en brei 2. linjetjeneste for MHV, men at de kan bistå ved enkeltstående saker der det ligger til rette for det. Videre ligger det vel godt til rette for at de kan være en 3.linje/nasjonal kompetanseinstitusjon dersom det opprettes 2.linjetjeneste for MHV.



**VEDLEGG 2 TIL HØRINGSUTTALELSE AV 29.02.12**  
**KOPI AV TIDLIGERE HØRINGSUTTALELSE:**

Lederne ved landets arbeids(- og miljø)medisinske avdelinger  
v/ Avdelingsleder Jan Haanes,  
Arbeids- og miljømedisinsk avdeling,  
UNN HF, PB 6060  
9038 Tromsø

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement  
PB 8011 Dep.  
0030 Oslo

Tromsø, 14.01.11

Deres ref: 201003835-/RAGS

**HØRINGSUTTALELSE:**  
**FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV**

**Sammendrag**

Lederne ved landets regionale arbeids(- og miljø)medisinsk avdelinger støtter foreslaget om en egen lov for, og viljen til å styrke, folkehelsearbeidet.

En viktig del innenfor folkehelsearbeidet er miljømedisin/miljøretta helsearbeid med fokus på fysiske, kjemiske og biologiske påvirkninger og helse, samt håndtering/informasjon relatert til samfunnsdebatt og i blant til dels mye bekymring rundt slik problematikk. Innenfor disse delene av folkehelsearbeidet er det dokumentert at det i dag er store mangler i forhold til kompetanse og aktivitet, særlig gjelder dette for kommunene. Lovutkastet og høringsnotatet angir ikke at en i nevneverdig grad planlegger å ta grep som kan tette dette betydelige faglige gap. Vi foreslår at disse utfordringer løses gjennom et samarbeid mellom nasjonale kompetansemiljøer (som Nasjonalt Folkehelseinstitutt) og regionale arbeids- og miljømedisinske avdelinger (som er del av helseforetakene). I et slikt arbeid kan fokus rettes mot å bistå i det kommunale arbeidet med miljøretta helsevern, men også i forhold til øvrige arenaer som er viktig for miljø-helse dimensjonen. Det kan vurderes om dette betyr at loven bør utvides til også å omfatte helseforetakene.

**Innledning**

I hver helseregion er det en arbeidsmedisinsk avdeling på universitetssykehusene, samt en avdeling ved sykehuset Telemark. Disse avdelingene tar primært for seg sammenhenger mellom påvirkninger i arbeid og helse. Hovedoppgavene er pasient-/sakkyndigutredninger, undervisning, rådgivning/veiledning og forskning. Avdelingene har etter omtrent 20 års arbeid kommet opp på et godt faglig nivå. Takket være årlige øremerkede midler til arbeidsmedisin, gjennom "Raskere Tilbake" fra 2008, har den arbeidsmedisinske virksomheten nå kommet opp på et relativt solid nivå ved avdelingene.

Ved enkelte av avdelingene er det også et mindre innslag av miljømedisinske tjenester og aktiviteter. Innenfor miljømedisin/miljøretta helsevern er fysiske, kjemiske og biologiske påvirkninger og helse viktige fagområder, samt det økende behov for håndtering/informasjon relatert til samfunnsdebatt og i blant til dels mye bekymring rundt slik problematikk (f.eks. det relativt intensive fokus på mulig helsefare ved mobilbruk). De arbeidsmedisinske

avdelingene har den kompetansen som er nødvendig for å bistå samfunnet med slike miljømedisinske utfordringer. Imidlertid er denne mulighet for miljømedisin i Norge i svært liten grad bygd ut/brukt – det er ikke gitt verken mandat eller ressurser til dette.

Ut fra formålet (§1) i utkastet til lov om folkehelsearbeid mener vi som selv kjenner fagområdet at de arbeids(- og miljø)medisinske avdelingene kan spille en viktig rolle. Lederne ved de 5 avdelingene har derfor gått sammen om å avgi en felles høringsuttalelse. Denne er også drøftet med divisjonsdirektør Toril Attramadal ved divisjon for miljømedisin, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

### **Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse**

Den delen av folkehelsearbeidet som denne høringsuttalelse i hovedsak fokuserer på, er miljømedisin/miljøretta helsearbeid innenfor fysiske, kjemiske og biologiske (eksklusive smittevern) påvirkninger og helse, samt håndtering/informasjon relatert til samfunnsdebatt og i blant til dels mye bekymring rundt slik problematikk. I hovedsak legges fokus på forebygging, på gruppe-/populasjonsnivå og overfor oppståtte problemstillinger (f.eks. et inneklimateproblem på en skole), men det er også i noen grad aktuelt med individrettet arbeid (f.eks. veiledning av pasient med symptomer med mistenkt å ha relasjon til eksponering i miljøet). Til sist i høringsuttalelsen vil også vi også komme inn på arbeidslivet som en viktig folkehelsearena.

### **Positivt med en egen lov**

Vi ser det som meget positivt at det foreslås en egen lov om folkehelsearbeid. Kurativt helsearbeid er viktig for de som har blitt syke og dette krever mye fokus og ressurser. Imidlertid er det solid politisk forankret at Norge også skal satse mer på forebygging innen helseområdet. Det å skille dette ut i en lov som har folkehelseperspektiver er derfor klokt.

### **Et administrativt, men i liten grad faglig, skille mellom arbeid-helse og miljø-helse**

Det å dele sammenhenger mellom eksponeringer og helse i en arbeid-helse del og en miljø-helse del, er i hovedsak et juridisk/administrativt skille. Dette skillet står sterkt i Norge. Arbeidsdelen ligger delvis under Arbeidsdepartementet og delvis under Helse- og omsorgsdepartementet – og i dette departementet igjen kan det se ut til at arbeidsdelen (arbeidsmedisin) og miljødelen (miljømedisin/miljøretta helsevern) ligger i ulike avdelinger (henholdsvis spesialisthelsetjeneste- og folkehelseavdelingen). I Helsedirektoratet synes det å være mest fokus på miljødelen, så vidt vi kjenner til er det der svært lite fokus på arbeidsdelen. Det er trolig grunn til å betrakte forslaget til ny folkehelselov med tilhørende høringsnotat som et typisk produkt av dette skillet. Begge dokumenter har fokus på miljødelen – uten å skjule verken til den i utgangspunktet arbeidsmedisinske kompetansen en har behov for på viktige delområder i miljødelen (dersom en vil oppnå lovens intensjoner) og til den viktige folkehelsearena som arbeidslivet representerer. Det at det er gode juridiske, og kanskje også administrative grunner, til et skille bør ikke gjøre at samfunnet taper mulighetene for gode faglige og kostnadseffektive samvirkninger mellom arbeids- og miljødelen innenfor helseområdet. Det er en utfordring at vårt fagområde er henvist til å komme inn så seint som en høringsuttalelse i et slikt lovarbeid mhp å medvirke til reelle endringer. Men når myndighetene arbeider så uttalt separat med to deler av et fagfelt, som er så nært faglig beslektet, er det vanskelig å komme til på riktig tidspunkt i en slik lovprosess. Det skal likevel legges til at det tidlig i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med saken fra det arbeidsmedisinske fagfeltet er gitt innspill som er på linje med denne høringsuttalelse.



Norge har ingen egen legespesialitet i miljømedisin. Fra faglig hold (Legeforeningen) er det lagt opp til at miljømedisin skal dekkes av de andre medisinske spesialiteter, der arbeids- og samfunnsmedisin er spesielt nevnt som de to klart viktigste. I lovutkastet og høringsnotatet har en tydelig tatt inn de samfunnsmedisinske bidragene og rollene i folkehelsearbeidet. Det er positivt og helt nødvendig. Trolig ut fra de grunner som er drøftet over, har en imidlertid gått glipp av de nødvendige arbeidsmedisinske bidragene i folkehelsearbeidet. Som det vil bli gjort rede for i øvrige deler av denne høringsuttalelse, kan det arbeidsmedisinske fagområdet bidra på viktige områder innenfor miljø-helse dimensjonen. Slik sett ville det terminologisk vært bedre om den norske legespesialiteten hadde vært benevnt som ”arbeids- og miljømedisin” (slik det er i Sverige), ikke bare ”arbeidsmedisin”. Den kanskje viktigste grunnen til at så ikke er tilfellet, er at det i så liten grad finnes legestillinger som gjør et slikt navneskifte naturlig (f.eks. er summen av overlegestillinger i miljømedisin ved alle landets sykehus kun en). Legespesialitetene arbeids- og samfunnsmedisin har på deler av det miljømedisinske fagområdet noe overlappende kompetanse, men i liten grad på den delen av det miljømedisinske fagområdet som er angitt under ”Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse”. Det er på disse delene av folkehelse/samfunnsmedisin/ miljøretta helsevern fagområdene har et viktig underdekket behov, som kun arbeidsmedisin av de medisinske spesialitetene kan dekke. For å klargjøre forskjellene mellom arbeids- og samfunnsmedisin fagområdene er det av pedagogiske grunner tatt utgangspunkt i legespesialitetene. Imidlertid er det viktig å understreke at arbeidsmåten i fagområdet arbeids- og miljømedisin er typisk tverrfaglig – der særlig arbeidsmedisinere og yrkeshygienikere (med teknisk/naturvitenskapelig bakgrunn), men også andre fagprofesjoner sammen løser de faglige oppgaver.

#### **Underdekket kompetansebehov i miljømedisin/miljøretta helsearbeid**

I en rekke av lovens paragrafer (særlig § 1, 4, 7-9 og 11) er det angitt at det skal gjøres en innsats for å redusere risiko for uønskede helseeffekter av påvirkninger i miljøet. Særlig kommunenes miljøretta helsevernarbeid er en hjørnestein for å få dette til. Det er gjort flere undersøkelser for å se i hvilken grad kommunenes miljøretta helsevern i praksis oppfyller dette. Det vises til en større undersøkelse foretatt av Helsedirektoratet for få år siden, Telemarksforsknings evaluering av de arbeids- og miljømedisinske avdelingene (på oppdrag av HOD og AID, i 2009) og egne upubliserte data fra undersøkelse i Nord-Norge (fra Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN). Det ser ut til at arbeidet både mhp volum og kompetanse fungerer relativt godt i en del større kommuner, men at det generelt sett er langt igjen før det fungerer tilfredsstillende i hele landet. Med en slik situasjon blir resultatet tilsvarende utilfredsstillende/tilfeldig lokalt. Det antas at et viktig formål med den nye loven er å bedre denne situasjonen. Dersom en i praksis skal oppnå det, mener vi at det må tas flere grep enn de som loven og høringsnotatet legger opp til. Slik forslaget nå ligger, er vi redd det bare i begrenset grad er mulig å få forbedringer av den situasjonen som de nevnte undersøkelser viser. Det kan dermed langt på vei bli en videreføring av dagens situasjon.

#### **Hva slags kompetanse trenges lokalt?**

I § 28 er samfunnsmedisinsk kompetanse angitt som nødvendig i kommunen. Vi er enige i at slik kompetanse er viktig for det arbeidet som skal gjøres. Imidlertid er som tidligere nevnt, spesialiteten i samfunnsmedisin ikke lagt opp for å gi dybdekompetanse innen de fagfeltene av miljømedisin/miljøretta helsevern som er angitt i punktet ”Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse”. En slik kompetanse vil en i stedet få gjennom en spesialisering i arbeidsmedisin. Samfunnsmedisinere som over tid har arbeidet med miljømedisin i kommunene, vil selvsagt erverve seg relevant kunnskap – slik at dette kunnskapshullet i alle fall et stykke på vei tettes. Dermed vil behovet for bistand fra eksterne kompetansemiljøer

være redusert for de kommunene som har erfaring med samfunnsmedisinere, men slik det ser ut i overskuelig framtid, vil dette nok langt fra være situasjonen jevnt over for mange av landets kommuner. Vi mener på ingen måte at kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse skal erstattes med arbeidsmedisinsk kompetanse, men at det er nødvendig at kommunene også har tilgang på (arbeids-) og miljømedisinsk kompetanse. Denne tilgangen kan løses på flere måter, se punktet "Hvordan kan de underdekkede kompetansebehov dekkes?"

### **Hva slags kompetanse trenges regionalt/nasjonalt?**

§ 22-24 angir ansvar for Fylkesmann, Helsedirektorat og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Når det gjelder faglig kompetanse innenfor de fagfeltene av miljømedisin/miljøretta helsevern som er angitt i punktet "Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse", er det av disse kun Folkehelseinstituttet som innehar kompetanse av betydning. Instituttet yter i dag viktig bistand til miljøretta helsevern i kommunene, men tilbudet er ikke lagt opp som et generelt 2. linje tilbud for alle landets kommuner. Innenfor dagens rammer kan instituttet derfor ikke dekke opp for de forhold som er omtalt under "Underdekket kompetansebehov i miljømedisin/miljøretta helsearbeid". Det er derfor behov for å gjøre ytterligere grep dersom en vil oppnå vesentlig bedring på området, se neste punkt.

### **Hvordan kan de underdekkede kompetansebehov dekkes?**

Ut fra kommentarene gitt over, vil en på de fagområder av folkehelseområdet som denne høringsuttalelse omfatter, med det framlagte lovforslag og høringsnotat trolig i liten grad kunne få en bedring av praksis, særlig ute i kommunene. Dermed risikerer en i begrenset grad å oppnå formålet med loven (§ 1). Det er flere grep som kan gjøres for å sikre tilstrekkelig kompetanse til disposisjon for praktisk miljømedisinsk/ miljøretta helsevern i Norge. Dersom en tenker meget bredt, kan en i teorien velge mellom følgende muligheter:

A: Bygge opp Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre nasjonale institusjoner på fagområdet (f.eks. Statens Strålevern) betydelig, slik at de reelt kan dekke hele landet som 2. linjeinstitusjoner.

B: Bygge ut de regionale arbeids(- og miljø)medisinsk avdelinger til å bli arbeids- og miljømedisinsk avdelinger med fullverdig 2. linjetilbud ikke bare innen arbeidsmedisin som i dag, men også innen de beskrevne deler av miljømedisinen.

C: Bygge opp en helt ny type miljømedisinske institusjoner i helseforetakene.

D: Bygge opp en helt ny type miljømedisinske institusjoner i fylkeskommunene.

E: Utvide § 28 slik at det stilles krav til at kommunene må ha både samfunnsmedisinsk og miljømedisinsk/-teknisk kompetanse, eventuelt knytte til seg slik gjennom at bedriftshelsetjenestene blir utvidet til lokale tjenesteytere innen arbeids- og miljømedisin.

F: Ikke gjøre noen nye grep. Dette innebærer å fortsette som i dag og som den nye loven og høringsnotatet langt på vei legger opp til å videreføre.

Av disse alternativer er C-E både de minst realistiske og trolig de mest ressurskrevende i forhold til det totale faglige og samfunnsmessige utbyttet. Det kan likevel legges til at det lokalt, der det ligger til rette for det, kan samarbeides med bedriftshelsetjenester om faglige bidrag i det kommunale miljøretta helsevern, men dette vil trolig ikke være en realistisk vei

for en landsdekkende løsning. Slike ordninger ville i så fall kunne være et supplement til alternativene A og B.

Alternativ A og B vurderes å være de mest fornuftige. Alternativ A kan ved en tilstrekkelig utbygging gi et bredt og solid fagmiljø på hver av de nasjonale institusjonene, men bryter betydelig med faglige argumenter for, og politisk forankring av, at 2. linjetjenester skal skje på regions- eller mer lokalt nivå. Det vises her bl.a. til valget av en regionalisert helseforetaksmodell og den samhandling det nå i stor skala legges opp til mellom disse foretakene og kommunene. Alternativ B vil være å ligge på et nivå mellom det nasjonale og lokale, hvilket vil være fornuftig for en 2. linjetjeneste/spesialisthelsetjeneste – et kompromiss mellom å ha store nok enheter for faglig godt arbeid (særlig når de er lagt til samme miljø som arbeidsmedisindelen) og geografisk/nettverksmessig nærhet til det kommunale nivå.

### **Hva kan arbeids- og miljømedisinske avdelinger gjøre for miljømedisin/miljøretta helsearbeid?**

Det faglige utgangspunktet for de regionale arbeidsmedisinske avdelingene er sammenhenger mellom eksponeringer i arbeid og deres helseeffekter. Med dette fokus er avdelingene sine viktigste oppgaver:

- Utredning og veiledning av pasienter/sakkyndigvurderinger mhp. mulig yrkessykdom.
- Forskning på sammenhenger mellom arbeid og helse.
- Kunnskapsformidling: kurs, undervisning, informasjonsmateriell osv. overfor en rekke brukere
- Rådgivning/veiledning overfor bedriftshelsetjenesten, annen 1. linjetjeneste og virksomheter direkte.

Den kompetanse og de arbeidsmåter som avdelingene bruker på området arbeid-helse, kan også brukes på de delene av miljø-helse/ miljøretta helsevern som er angitt i punktet "Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse". Det er langt på vei den samme faglige kunnskap som ligger til grunn enten eksponeringen skjer i arbeidslivet eller i miljøet for øvrig (for eksempel skiller ikke et inneklimateproblem på lærere eller skolebarn, eller luftforurensninger på om lufta er på en arbeidsplass eller ikke).

Arbeids- og miljømedisinske avdelinger kan bidra faglig til miljømedisin/ miljøretta helsevern i forhold til sammenhenger mellom følgende eksponeringer og helse:

- Kjemiske (for eksempel miljøgifter og luftforurensning)
- Fysiske (for eksempel støy og stråling)
- Biologiske (allergener og irritanter)

I slike saker vil avdelingene kunne vurdere eksponeringene, mulige helseeffekter/ ev. oppstått sykdom og gi råd om hva som kan/ bør gjøres på kort og lang sikt.

I tillegg til dette vil avdelingene kunne bistå ved bl.a.:

- Risikohåndtering ved oppståtte hendelser/bekymring, her inkludert risikokommunikasjon. Med de stadige medieoppslag lokalt og nasjonalt synes dette behovet økende. Det er behov for et regionalt fagmiljø som kan bistå med kunnskap i de konkrete situasjoner. Dette vil både gi befolkningen og ansvarlige myndigheter (særlig på kommunalt nivå) en riktig forståelse av grad av/hva ev. helsefare skulle bestå i (vanligvis er bekymringen overdrevet) og peke på hvilke tiltak som bør iverksettes (ofte er det behov for å vite hva som er fornuftig å gjøre og hva som bør prioriteres).

- Ved overfølsomhetsreaksjoner som personer knytter til eksponeringer i miljøet, men der det er lite sannsynlig at det er en direkte årsakssammenheng mellom slik faktor og plagene (for eksempel ved el-/mobiloverfølsomhet og luktoverfølsomhet).

Som nevnt, er de regionale arbeids- (og miljømedisinske) avdelingene i dag i liten grad bygget ut med en kapasitet til å utføre disse oppgavene i det omfang det er behov for, særlig i forhold til kommunenes arbeid med miljøretta helsevern. I dag har hver av disse avdelingene til dette formål til disposisjon 0-1 årsverk (fordelt på flere fagpersoner med til dels ulik fagbakgrunn). I sammenheng med noen få konkrete større saker har avdelingene i Bergen og Tromsø i perioder brukt noe mer ressurser.

Sverige har i mange år hatt et stort sett landsdekkende miljømedisinsk 2. linje tilbud gjennom deres relativt godt utbygde regionale arbeids- og miljømedisinske avdelinger. Disse avdelingene gir et bredt tilbud av 2. linjetjenester til kommunene og bidrar også til landets miljømedisin på andre måter, for eksempel innen forskning, undervisning/opplæring, konsekvensutredninger og systematiske oversikter. Dersom en ønsker å studere nærmere hvordan slike avdelinger kan gi viktige bidrag til de delene av miljømedisinen som er, og med lovforslaget ser ut til å forbli, underdekket i Norge, kan en se hvordan det er lagt opp i Sverige. Det nærmeste vi kommer dette i Norge, om enn i vesentlig mindre skala, er avdelingen i Tromsø. I vedlegg er det angitt en del av det miljømedisinske arbeid denne avdelingen har gjort over ca 10 år.

Dersom de norske regionale avdelingene innen arbeids- og miljømedisin får kapasitet til å yte miljømedisinske tjenester i et breiere omfang, vil de kunne være viktige samarbeidspartnere for de nasjonale 3. linjetjenestene som Folkehelseinstituttet og Statens Strålevern. Det er naturlig at disse nasjonale institusjonene fortsetter med samme type oppgaver som i dag, bl.a. mhp. å utarbeide registre/oversikter, vurdere kunnskapsstatus, gi råd til myndighetene, forskning og formidling. De regionale avdelingene vil kunne være primærinstans for henvendelser fra kommunenes miljøretta helsevern innen nevnte områder og bidra til nettverk/kunnskapsformidling overfor disse. Videre kan avdelingene i samarbeid med de nasjonale institusjoner bl.a. bidra ved akutte større hendelser, i forskning og faglig arbeid innenfor miljømedisinen. For en konkret illustrasjon av hva slags typer tjenester en miljømedisinsk 2. linjetjeneste kan yte, er det i lagt ved en oversikt over en del av de sakene Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge har bidratt i over de siste ca 10 år.

Ved de medisinske fakultetene i Norge lærer de kommende leger til dels svært lite miljømedisin. Dersom det på sikt skal la seg gjøre å bygge opp miljømedisinsk kompetanse, både lokalt og regionalt, er det viktig at dette bedres. De arbeids- og (miljø)medisinske avdelingene er stort sett del av universitetssykehusene. Dermed vil en utbygging av miljømedisin på disse avdelingene også gi lærekrefter/kompetanse til utdanningen av nye leger.

### **Hvordan kan ny lov om folkehelse ta inn et regionalt 2. linjetilbud?**

Det foreliggende lovutkast har i § 2 avgrenset virkeområdet på en måte som gjør at helseforetakene ikke er tatt med. Vi er ikke jurister, men dersom en skal gjøre bruk av den ressurs regionale arbeids- og miljømedisinske avdelinger er/kan bli, kan det vurderes om loven også skal omfatte helseforetakene, eventuelt deler av disse/deres oppgaver. Gjør en dette, vil en også ha et virkeområde som er mer i pakt med den bredden § 1 og 3 legger opp til.

Spesialisthelsetjenesten er generelt sett en viktig premissleverandør for det forebyggende folkehelsearbeidet, både ut fra kunnskaper om utviklingen av sykkelighet i befolkningen og med bidrag til forskning på området. Ved mange anledninger har helsemyndighetene og Regjering/Storting uttalt at det bør bli mer forebygging innen helseområdet, ikke minst innen spesialisthelsetjenesten. Som pekt på i bl.a. stortingsmeldingen ”Resept for et sunnere Norge” er det i liten grad incentiver som fører til at spesialisthelsetjenesten prioriterer forebygging høyere. Miljømedisin/ miljøretta helsevern er for en stor del forebyggende. Videre er tjenestene rettet mot grupper/problemstillinger – dette i motsetning til konkrete enkeltpasienter, slik det meste av spesialisthelsetjenesten for øvrig er innrettet mot. Dersom myndighetene skulle ønske at det skal ytes miljømedisinske 2.linjetjenester fra helseforetakene, er det derfor trolig nødvendig med spesifikke virkemidler. I så måte vil kanskje det å utvide loven til også å omfatte helseforetakene være en vei å gå. Fra oppbyggingen av den tilsvarende arbeidsmedisinske delen av det regionale 2. linjetilbudet i helseforetakene, ble det tydelig demonstrert at de virkemidler en prøvde ut før de øremerkede midler kom, ikke førte fram. Trolig bør en ved en eventuell oppbygging av miljømedisin skjele til disse erfaringene.

Framover legges det opp til en tydelig intensivert samhandling mellom 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som redegjort for i denne høringsuttalelse, har en i forhold til miljømedisin/ miljøretta helsevern et område som egner seg meget godt for slik samhandling og der det er åpenbare udekkede behov.

### **Beredskap**

§ 24 og 29 omtaler beredskap. Det er positivt at dette er fokusert tydelig i loven. Det kan se ut til at eksplosjonsulykken i Gulen er en vesentlig grunn til at dette løftes fram, bl.a. jfr. høringsbrevet. Vi er enige i at det er all grunn til å trekke lærdom av den mangelfulle beredskap og tidlige håndtering av denne saken. Ved slike hendelser er det viktig å ha beredskapsplaner, ansvarsfordeling osv. klart på forhånd, men det er også viktig at det er faglige instanser som kan gjøre de faglige vurderinger, bistå i risikohåndtering og kommunikasjon. En synes å ha lagt mest vekt på å få på plass det første av disse to elementer. I forhold til det miljømedisinske faglige er det bare Folkehelseinstituttet av de nevnte instanser som kan spille en rolle av betydning, dersom ulykken ikke tilfeldigvis skulle skje i en av de kommunene som har egen god kompetanse. Folkehelseinstituttet kan utvilsomt spille en sentral faglig rolle ved slike hendelser, men vi er tror at det i tillegg ville være en betydelig styrke å ha en regional samarbeidspartner i slike saker. En slik partner vil kunne ha lokal kjennskap til saken, aktører, befolkning og andre forhold – som vil være en stor fordel fra en tidlig startfase, gjennom saken og ved eventuelle faser i ettertid. I tillegg vil en slik aktør ha faglig kompetanse som vil kunne være utfyllende med den Folkehelseinstituttet har.

Et annet poeng er at det kan synes som en i lovutkastet og høringsnotatet har hatt hovedfokus på plutselige større hendelser – nettopp som Gulen-saken. Hendelser/saker som kan synes å være av mindre omfang og mindre akutte, vil også kunne få en vesentlig betydning miljømedisinske. F.eks. har det vært flere saker rundt bygging av ulike typer forbrenningsanlegg i byer og saker knyttet til forurensning av luft og grunn der det har blitt til dels mye bekymring og usikkerhet i befolkningen og tvil hos ansvarlige myndigheter om hvordan de skal agere. Det er derfor behov for å se på hendelser/saker i perspektiver som går utover de mer akutte større, som Gulen-saken. I forhold til å fange opp og bistå i tidlig fase (hvilket ofte er av fundamental betydning) og få til en god håndtering av slike saker, tror vi det ville være en fordel å ha en regional miljømedisinske faglig ressurs/kompetanseinstitusjon.

### **Helsekonsekvensutredninger**

I § 11 omtales helsekonsekvensutredninger. Dersom verdien av slike utredninger skal bli god, er det nødvendig at det finnes fagmiljøer som har den nødvendige miljømedisinske kompetanse. Som nevnt, utfører de svenske arbeids- og miljømedisinske avdelingene slike utredninger. Dersom en bygger ut regionale miljømedisinske avdelinger i Norge, vil en kunne få et fagmiljø som kan delta i slikt arbeid, eventuelt i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

### **For mye fokus på struktur, mindre på reelt innhold**

Generelt sett bærer lovutkastet og høringsnotatet preg av et sterkt fokus på de strukturelle forhold mhp folkehelse/miljøretta helsearbeid. Det er viktig at slike forhold er på plass og det er også helt naturlig at en lov er klar på slike punkter. Imidlertid ser det ut til at behovet for et faglig innhold, hvordan en skal sikre seg kompetanse/kapasitet tilgjengelig for i praksis å utføre det som er angitt som formål med loven, er kommet mer i skyggen. Litt spissformulert kan en si at det har begrenset verdi å ha det strukturelle på plass dersom en ikke også har den nødvendige kompetansen tilgjengelig i tilstrekkelig volum og nærhet.

### **Arbeid og helse er en viktig del av folkehelsa**

I det foregående har vi drøftet den miljømedisinske siden av spesialiteten/fagområdet arbeids- (og miljø)medisin og de bidrag denne kan gi til kommunenes folkehelsearbeid. I tillegg ønsker vi å peke på at arbeidslivet er en svært viktig folkehelsearena. Arbeidsmiljøloven er en god og viktig lov for viktige deler av folkehelsearbeidet i arbeidslivet. Gitt formål og definisjoner i lovforslaget (§ 1 og 3) kan det likevel synes mangelfullt at denne store og viktige arena for forebyggende og helsefremmende arbeid overhodet ikke er omtalt i loven eller høringsnotatet.

### **Økonomiske konsekvenser av våre forslag**

En utbygging regionale miljømedisinske enheter, f.eks. som del av arbeids- og miljømedisinske avdelinger vil ha en kostnad. Imidlertid vil en kunne spare/bruke offentlige midler bedre ved at kommunenes miljøretta helsevern da kunne få bistand til opplæring, i konkrete saker og forebygging slik at en får mer og bedre tjenester for de som ansettes i kommunene. Videre vil bedre og flere tjeneste kunne bidra til flere forebyggende tiltak, som igjen sparer samfunnets ressurser. Ved god rådgivning kan regionale kompetansemiljøer også bidra til riktige prioriteringer av tiltak innenfor området. Dermed kan midler spares på tiltak som kan antas å ha ingen eller liten effekt. Videre er det viktig at unødig frykt og usikkerhet reduseres, slik kan i seg selv føre til uhelse/reduert livskvalitet og feilprioritering av tiltak. Slike fagmiljøer vil også kunne gi bedre forebyggende tjenester innenfor miljømedisin også utover det kommunale miljøretta helsevern, jfr. det som er anført i denne høring. Det kan dermed være at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt, i tillegg til helsegevinstene, å bygge ut slike regionale fagenheter.

Kontaktperson for denne høringsuttalelse: Avdelingsleder/-overlege Jan Haanes, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN. E-post: [jvh@unn.no](mailto:jvh@unn.no). Telefon: 77627363/ 90573764. Dersom det er ønskelig med dialog/ behov for avklaringer med det arbeids- og miljømedisinske fagmiljøet ved de regionale sykehusavdelingene, står vi gjerne til disposisjon.

Vennlig hilsen

Jan Haanes /s/  
Avdelingsleder, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge

Tor Erik Danielsen /s/  
Seksjonsoverlege, Miljø- og yrkesmedisin, Oslo Universitetssykehus

Trude Fossum /s/  
Avdelingsleder, Seksjon for arbeidsmedisin, Sykehuset Telemark

Tor Aasen /s/  
Avdelingsdirektør, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

Bjørn Hilt /s/  
Avdelingsleder, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim/ prof. II ved Institutt for samfunnsmedisin, DMF, NTNU

VEDLEGG:

Miljømedisinsk aktivitet ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset  
Nord-Norge