

Berre Ingebjørg

Fra: HOD-Spam
Sendt: 23. juni 2006 10:34
Til: Postmottak HOD
Emne: Høring - Nasjonal helseplan (2007-2010)

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Løvås, Stig Magnar [mailto:Stig.Lovas@arbeidstilsynet.no]
Sendt: 23. juni 2006 09:44
Til: Postmottak HOD
Kopi: Kjeldsberg Tone; Svendsen, Ingrid Finboe
Emne: postmottak@hod.dep.no - Email header contains a malformed MIME From: field - Høring - Nasjonal helseplan (2007-2010)

Arbeidstilsynet er ikke nevnt som høringsinstans for denne planen, men vi mener likevel det er elementer i denne planen som berører Arbeidstilsynets ansvarsområde. Derfor har vi også valgt å oversende noen kommentarer til planen.

mvh

Stig Magnar Løvås
Direktør for Dokumentasjon og analyse
Direktoratet for arbeidstilsynet

Tlf: 97406965 (mobil)
Tlf: 73199700 (sentralbord)

Fax: 73199701

Postadresse:
Direktoratet for arbeidstilsynet
Statens Hus
7468 Trondheim

WWW:arbeidstilsynet.no

Hovedpunkter:

Planen gir en god overordnet beskrivelse av helseforholdene, men da planen ikke omtaler tiltak for forebyggende helsearbeid fremstår planen i helhet bare som en plan for den behandlende helsetjenesten.

Planen har heller ikke med beskrivelse av arbeidsforholdenes betydning for helse generelt eller helsepersonellens arbeidsforhold som betydningsfull faktor for kvaliteten av den tjenesten som kan gis til pasientene.

For at planen skal fremstå som helhetlig, trengs de overnevnte forhold å tas med, samt at planen må utvides med beskrivelse av nødvendige forebyggende tiltak på samme måte som tiltak er beskrevet for behandlingsforholdene.

1. Bakgrunn for kommentarene

Arbeidstilsynet har som etat ansvar for primærforebygging (å hindre forekomst) av arbeidsrelaterte helseproblemer og arbeidsskader, herunder uførhet og for tidlig død som følge av helsefarlig arbeid. Arbeidstilsynets oppgave er også sekundærforebygging (å begrense konsekvenser) av helseproblemer og skader ved å påse at den generelle arbeidsmiljøstandard gir rom for varierende individuelle forutsetninger, og ved å håndheve og veilede om lovens krav om spesiell tilrettelegging for individer med nedsatt arbeidsevne, og hindre utstøting fra arbeidslivet. Arbeidstilsynet har derfor en viktig rolle i arbeidet for å nå de helsepolitiske målene slik de er skissert i St.meld.nr.16 (2002-2003).

2. Status per i dag.

Det er av vesentlig betydning for folkehelse-status at Norge med den siste revisjonen av arbeidsmiljøloven har videreført en strengere verneavgivning enn mange andre europeiske land. Det norske samfunnet setter en felles standard for arbeidsmiljø, "en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet". Loven innebærer felles grenser for arbeidstid og overtid, og en forutsetning om fast tilsetning som det normale. Den vitner om fortsatt tillit til "den solidariske norske modellen" slik den omtales i høringsnotatet s.7, i konkurranse med "trender preget av individualisering" som blant annet krever større innslag av individuelle arbeidsavtaler. Utfallet av revisjonen av arbeidsmiljøloven er interessant med tanke på videre diskusjon om bærekraftige strategier både for norsk arbeidshelse spesielt og for folkehelsearbeidet generelt.

For øvrig mener vi at planen trekker opp en god beskrivelse av dagens situasjon. Både de forebyggende og de behandlende perspektiver er godt beskrevet. Planen slår fast – ved å henvise til Bunker (s. 14) at av de 30 årene som gjennomsnittlig levealder har økt med de siste 100 år, skyldes bare 5 år innsats innenfor helsesektoren. Det vesentligste av disse 5 årene skyldes vaksinasjoner. Skal en derfor forebygge – eller bygge opp god helse i befolkningen – må en se ut over helsesektoren og få til samhandling mellom de som kan påvirke en lang rekke samfunnsforhold innen flere departementers ansvarsområde. Planen tar ikke opp noen tiltak for hvordan en skal få til slik forebyggende aktivitet i landet, men nøyer seg med en god beskrivelse av "hvordan tingene er". Planen tar i liten grad opp praktiske vansker og dilemmaer innen generelle tiltak for forebygging – fremming av god helse på nasjonalt nivå. Dette gjelder både tiltak i seg selv, men ikke minst samhandlingsproblemer mellom

forvaltningsfelter og forvaltningsnivåer. Planen fremhever problemene rundt ”sosial ulikhet i helse” (s. 7) og at arbeidet med forebygging i vid forstand som gir bedre helse og livskvalitet for den enkelte, som Soria Moria erklæringen ønsker å gjøre noe med, skal styrkes (s.14). For å møte disse utfordringene vil det være nødvendig å skissere tiltak overfor samfunnsforhold. Da planen mangler beskrivelse av tiltak for de forebyggende helsearbeidet fremstår planen samlet som en plan for den behandlende helsetjenesten i landet. Arbeidstilsynet vil derfor i det følgende beskrive 1) hvordan de forebyggende aspektene ved arbeidshelseforholdene kan trekkes inn og 2) kommentere planens manglende beskrivelse av helsepersonellens arbeidsforhold. Helsepersonellens arbeidsforhold er, som kjent, avgjørende for kvaliteten av tjenestene personellet kan gi pasientene.

3. Utfordringer for folkehelsen – forebygging.

En helhetlig folkehelsesatsing må også omfatte forholdene i arbeidslivet. Arbeidsforhold er, både historisk og i forhold til dagens status, blant hovedfaktorene som bestemmer folkehelsen, og bør omtales i samsvar med dette (s.13).

Nyere norske undersøkelser viser at en betydelig andel av de mest utbredte helseproblemer i den yrkesaktive befolkningen oppfattes som arbeidsrelaterte. Notatet nevner forskjellen i den yrkesspesifikke dødelighet, som riktignok er et resultat av mange samvirkende faktorer, men der arbeidsrelatert sykkelighet er en av flere.

Mangel på arbeid, det vil si arbeidsledighet, undersysselsetting og leilighetsarbeid er andre hovedfaktorer, både i historisk perspektiv og i dag. Dette går utover ”forutsetninger.... for den enkelte til å ta et personlig helseansvar”, slik det heter i St.meld.16. Helsekonsekvensene av dette er ikke begrenset til den enkelte som er uten arbeid, men rammer også den nærmeste familie, ikke minst fordi det kan gå utover barnas oppvekstvilkår. Gjennom oppsigelsesvernet reguleres dette området blant annet av arbeidsmiljøloven, og Arbeidstilsynet veileder og fører tilsyn.

Arbeidstilsynsmyndighetene arbeider generelt for å sikre at arbeidslivet gir arbeidstakerne de nødvendige forutsetninger for helse. De senere år er det også internasjonalt blitt langt større oppmerksomhet, ikke bare på arbeidsløshetens sosiale konsekvenser, men på at også den yrkesaktives arbeidsforhold har betydning for familie og barn, ofte omtalt som ”konflikten mellom arbeid og familie”. I et helhetlig perspektiv har de også betydning for lokalsamfunnets sosiale og kulturelle kapital, ikke minst gjelder dette der det er en utbredt bruk av ekstreme arbeidstidsordninger.

3.1 Tverrsektorielt samarbeid

Som etat med forebygging som hovedoppgave ser Arbeidstilsynet klart behovet for ”brede allianser” med samarbeid på tvers av sektorer (s.13). Dette skjer allerede i forbindelse med IA-arbeidet mot utstøting, og generelt gjennom økt samarbeid og koordinering forhold til øvrige tilsynsmyndigheter, også kalt HMS-etatene. Arbeidstilsynet er allerede i ferd med å styrke de tverrsektorielle kontaktene når det gjelder skadeforebygging, jf. strategiplanen for forebygging av skader og ulykker 2005-2007.

Vi har imidlertid fortsatt en betydelig utfordring når det gjelder å integrere forebyggende innsats rettet mot arbeidslivet i en helhetlig folkehelsesatsing. Arbeidsmiljø og arbeidshelse har i Norge tradisjonelt vært behandlet som en sektor atskilt fra folkehelsearbeidet. Dette blir tydelig om man for eksempel sammenlikner St.meld.16 med tilsvarende dokumenter fra andre land, der arbeidsmiljø naturlig inngår i den totale vurderingen av helsefremmende og sykdomsskapende samfunnsforhold.

Et konkret forbedringspunkt når det gjelder tverrsektorielt samarbeid er å integrere lege's meldeplikt om arbeidsrelatert sykdom til arbeidstilsynet (hjemlet i Arbeidsmiljøloven) i den IKT-satsingen som gjøres i helsetjenesten. Det vil forhåpentligvis både bedre legenes

kjennskap til denne meldeplikten og kunnskapen om omfanget av arbeidsrelatert sykdom. En slik forbedret kunnskap om omfanget av ulike typer arbeidsrelatert sykdom vil gi et mye bedre grunnlag for forebyggende virksomhet, både i helsetjenesten og tilsynsmyndighetenes oppfølging overfor bransjer/yrkesgrupper/virksomheter.

Også høringsnotatet er noe preget av den norske tradisjonen. Man omtaler riktignok viktigheten av å gi HMS-arbeidet status og prioritet (s.9), men det tenkes spesifikt på ansatte i helsetjenesten.

3.2 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten er også en del av det nasjonale folkehelsearbeidet.

Bedriftshelsetjenesten er hjemlet i arbeidsmiljøloven. Den er i dag dårlig samordnet med den øvrige helsetjeneste, i motsetning til det som var den opprinnelige intensjonen i kommunehelseloven. Den er en del av primærhelsetjenesten, men organisert på siden av øvrige helsetjenester.

Det er viktig at utviklingen av bedriftshelsetjenesten ikke skjer isolert fra de øvrige tiltak for å bedre kvaliteten av helsetjenestetilbudene, spesielt av de forebyggende tjenestene. Erfaringen viser at dersom bedriftshelsetjenesten i hovedsak styres av etterspørselen i markedet, som i dag, vil forebyggende innsats gradvis erstattes av vanlig behandling og "friskvård", noe som må ansees å være en uhensiktsmessig bruk av helsepersonell sett fra samfunnets side. I noen grad fungerer den nå som en allmennlegetjeneste eller spesialisthelsetjeneste "utenfor køene", som et eksempel på et meget ressurskrevende, men lite effektivt tiltak (jf. s.14).

Det er generelt en utfordring for helsemyndighetene og fagmiljøene å sikre tilstrekkelig brukerkompetanse i virksomhetene til at det kan etterspørres forebyggende tjenester av høy kvalitet.

En gruppe nedsatt av AID vurderer i øyeblikket bedriftshelsetjenestens framtid. Dette arbeidet omfatter bl a vurdering av om tjenesten bør underlegges en form for faglig kontroll, for eksempel ved en godkjenningsordning, hvilke virksomheter samfunnet mener bør bruke en forebyggende bedriftshelsetjeneste og hvordan samarbeidet mellom allmennhelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten kan forbedres.

3.3 Brukermedvirkning i utforming av forebyggende innsats

Arbeidslivet har omfattende, positiv erfaring med brukermedvirkning i utforming av forebyggende innsats, både gjennom systemet med verneombud og arbeidsmiljøutvalg, og gjennom samarbeidet med tillitsvalgte for eksempel ved regulering av arbeidstid, tilrettelegging av arbeidsforhold for enkeltindivider og bedriftsintern attføring. Disse arbeidsmåtene er hjemlet i arbeidsmiljøloven.

3.4 Kunnskap, kompetanse, forskning

Effektiv forebygging i arbeidslivet må være basert på "kunnskap og erfaringer", herunder pålitelig statistikk (s.14). Dette har manglet på arbeidshelseområdet, ikke minst på arbeidsskadeområdet, men også når det arbeidsrelatert sykdom (se omtale av IKT-samordning i 3.1).

Arbeidstilsynet samarbeider med Sosial- og Helsedirektoratet og tilsynsmyndigheter for trafikksikkerhet og produktsikkerhet om et felles, sykehusbasert Nasjonalt Personskaderegister. Sosial og helsedirektoratet leder prosjektet. Det planlagte registeret vil trolig bli operativt 2007-2008, og vil være av stor betydning for å målrette Arbeidstilsynets skadeforebyggende innsats, samtidig som det tverrsektorielle samarbeidet om skadeforebygging vil stimulere til økt kvalitet.

Den forebyggende innsatsen rettet mot arbeidslivets helseproblemer vil også få bedre grunnlagsdata på andre områder etter hvert som den nyåpnede enheten for Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt i Oslo kommer i full drift og kan systematisere og presentere statistikk som inntil nå på grunn av kvalitet eller organisering ikke har vært utnyttet til forebygging.

For arbeidshelsekompetansen er det ellers en utfordring å ta vare på og videreutvikle helserelevant arbeidslivsforskning (hvordan bevare og fremme arbeidshelse), blant annet knyttet til helseforetakenes arbeidsmedisinske avdelinger. I dag blir den i noen grad fortrenget av mer produktivitetsrelevant arbeidslivsforskning (hvordan bevare og øke individuell produktivitet). Områdene tangerer hverandre, men kan ikke erstatte hverandre.

4. Framtidige utfordringer – strategier og handlingsplaner

Utviklingen i arbeidslivet internasjonalt tilsier at det i økende grad vil være press i retning av lengre arbeidsdager og arbeid på unormale tider av døgnet, økt bruk av midlertidig ansatte, økt arbeidsintensitet i tjenestesektoren etter mønster av industriens "lean production" (for eksempel i helse- og sosialsektoren) og økt utnyttelse av de teknologiske muligheter som foreligger for individuell produktivitetskontroll og individuell styring (for eksempel i bank- og finans, salg og lager) fra arbeidsgivers side. Dette skaper betydelige utfordringer for forebyggende helsearbeid rettet mot arbeidslivet, idet arbeidstid og arbeidstempo modifierer alle mentale og fysiske belastninger.

Dette er imidlertid også utfordringer som gjelder for de ansatte i helsetjenesten. Arbeidstilsynet finner i sine siste kampanjer, "Rett hjem" i hjemmehjelpstjenesten og "God Vakt" i sykehusene, at "tidspress-problemet" er sentralt alle steder. Helsepersonellet er slitent. Kravet til arbeidsgiverne i sykehusene (påleggene) i "God Vakt" er gjennomgående at det må bringes bedre balanse mellom oppgaver og ressurser i sykehusene. Det er også en rekke rapporter fra våre forskningsinstitutter som melder om disse forholdene.

(Nok) tid har betydning for å kunne levere gode tjenester i mellommenneskelige forhold – i denne sammenheng helsepersonell/pasient. Planen skriver s. 65 at helsepersonellens kompetanse vil være avgjørende for helsetjenestens faglighet, forsvarlighet og kvalitet og en sentral faktor for tjenestenes kapasitet struktur og tilgjengelighet. For å kunne sikre tilstrekkelig og kompetent helsepersonell, kreves kunnskap om forhold i og utenfor tjenesten som påvirker nåværende og fremtidig personell og kompetansebehov. Her snakker en om kvalitative forhold ved kompetanse og antall helsepersonell – intet om hvilke forhold, hvilke rammebetingelser, helsepersonellet trenger for å kunne la sin kompetanse komme til uttrykk i god pasientbehandling. Ved ikke å ta helsepersonalets arbeidsmiljøforhold med i en diskusjon om god pasientbehandling, kutter en ut en viktig forutsetning for at god pasientbehandling kan gis.

4.1 Habilitering - rehabilitering

Arbeidstilsynet ser den planlagte satsingen på habilitering og rehabilitering som en viktig utfordring der etaten har relevant kompetanse. Det er vel kjent at sjansene for vellykket rehabilitering er best dersom arbeidstaker kan forbli i sitt arbeidsforhold. Arbeidsgiver vil i økt grad ha behov for veiledning om lovens krav til tilrettelegging for individer med nedsatt arbeidsevne, men også om de generelle krav til å organisere arbeidet slik at man unngår uheldige fysiske og psykiske belastninger. Dette er ikke minst relevant i forhold til den planlagte strategi for arbeid og psykisk helse som iverksettes i år.

4.2 YrkesKOLS og yrkesastma

Legeforeningens dokument om yrkesrelatert KOLS bør inngå som grunnlagsmateriale i arbeidet med en nasjonal KOLS-strategi, og arbeidstilsynsmyndighetene kan tilrettelegge sin innsats slik at det skapes en synergieffekt med øvrige elementer i strategien.

Yrkesgrupper som anleggsarbeidere, støperiarbeidere osv. har en overrisiko for KOLS. Virkningene av tobakksrøyk og arbeidsmiljø ofte er kombinert i det enkelte tilfellet. Det er vel kjent at tobakksrøyking er den vanligste årsaken til KOLS, men sanering av arbeidsmiljøet i de utsatte yrkene har en selvstendig forebyggende effekt på denne invalidiserende og dødelige sykdommen.

En fersk undersøkelse viser at et flertall av arbeidstakere som er sykmeldt for astma, har pusteproblemer som forverres eller initieres av arbeidsmiljøet, men at det sjelden fører til endringer i arbeidssituasjonen, derimot ofte til uførhet. Vedvarende påvirkning kan også føre til at yrkesastma går over til yrkes-KOLS.

Det store innslaget av arbeidsrelatert astma blant astma-sykmeldte understreker betydningen av at arbeidstilsynsmyndighetene tilstreber samordning med den nasjonale strategien for forebygging av astma, allergi og inneklimate sykdommer.

5. Sosial ulikhet

Sykdom, skader, uførhet og for tidlig død som følge av arbeidsforhold og skader etter arbeidsulykker, er sosialt svært ulikt fordelt. Vi har fortsatt en nesten dramatisk stor forskjell i yrkesspesifikk dødelighet. Både arbeidsskader og arbeidsrelaterte sykdommer rammer dessuten i stor utstrekning unge arbeidstakere, med betydelig tap av leveår og livskvalitetsår.

Så vel arbeidsrelaterte muskel-skjelett lidelser som arbeidsrelaterte lungesykdommer (herunder spesielt KOLS og astma) og hudsykdommer (spesielt håndeksem) forekommer først og fremst i de grupper som ligger lavest i inntekt og utdanning. Det er også for disse gruppene at de negative konsekvensene av helseproblemer for arbeidsførhet er størst, noe som gjenspeiles i den sosialt ujevne fordelingen av arbeidsrelatert sykefravær og behov for rehabiliteringsstønad og uførepensjon. Dette gjelder ikke minst for de to store diagnosegruppene: muskel-skjelett-lidelser og psykiske lidelser.