



Statens
arbeidsmiljøinstitutt

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg
S.nr. 200602349 - 144

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.
200602349-/IMN

Vår ref.
ADM200600604_1/PMO/008

Dato
23.06.2006

Vår saksbehandler: Forskningsdirektør Pål Molander, tlf. 23 19 53 33, pal.molander@stami.no

Høringsinnspill fra Statens arbeidsmiljøinstitutt – Nasjonal helseplan (2007-2010)

Statens arbeidsmiljøinstitutt viser til kunngjøring på <http://odin.dep.no/hod> og har følgende kommentarer til den nasjonale helseplanen:

Generelle kommentarer:

Betydningen av sammenhengen mellom arbeidsforhold og helse synes å være fraværende i helseplanen. Da den yrkesaktive delen av den norske befolkning tilbringer en stor del av sin tid i arbeid, og det er godt dokumentert at arbeidsforhold er av stor betydning for folkehelsen, både i positiv og negativ forstand, fremstår dette som en svakhet ved den nasjonale helseplanen.

Innen forebyggende medisin er det godt prinsipp å fokusere der forebyggbarheten er størst/lettest tilgjengelig, og reduksjon av sosiale ulikheter i helse vil med fordel kunne angripes også med utgangspunkt i arbeidsmiljøet. I Norge finnes det mer enn et tyvetalls studier som dokumenterer forholdet mellom posisjon i arbeidslivet og helse (se Sund og Krokstad, Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt. Oslo: SHD, 2005 for oversikt). I likhet med andre sosioøkonomiske indikatorer (fremst utdanning og inntekt) dokumenteres det at det er en kontinuerlig gradient med dårligere helse jo lavere posisjonen i arbeidslivet er. Denne dokumentasjon er basert på datakilder som dekker hele landet gjennom de siste 10-15 årene: Folke- og boligtellingerne, Levekårsundersøkelsene eller fylkesundersøkelsene til SHUS/FHI, ofte koblet opp mot helseregistre som Dødsårsaksregisteret. På denne måten er sosiale ulikheter estimert for (årsaksspesifikk) dødelighet, uførhet, psykisk helse, muskelskjelettsykdom, hudsykdom og selvopplevd helse. Data fra Norge går også inn i flere sammenliknende studier fra europeiske land på relasjonen mellom posisjon i arbeidslivet og selvopplevd helse eller dødelighet.

Det finnes kunnskap som viser at det er sosiale gradienter i eksponeringsfaktorer i arbeidslivet, både innen yrker og mellom ulike yrkeskategorier. Denne kunnskapen er best systematisert for psykososiale/organisatoriske faktorer. Kunnskapen på sosial ulikhet i fysisk/kjemisk/biologisk eksponering er i stor grad kvalitativ, og viser at det typisk er de med lavest posisjon i arbeidslivet som har de høyeste eksponeringene. Dette gjelder i mange (men ikke alle) bransjer for støy, kjemisk eksponering og uheldige fysiske belastninger.

I et forbyggende perspektiv bør således bedriftshelsetjenesten (BHT) omtales spesifikt i helseplanen, og det bør vurderes en kvalitetssikringsordning av denne.

Spesifikke kommentarer:

Kapittel 1.1 - Rammer og bakgrunn for høringsnotatet:

Det at mange av tiltakene som kan bidra til bedre helse i befolkningen skjer utenfor selve helsetjenesten, og tverrsektorielt samarbeid er viktig i så henseende. Vi mener dette også inkluderer arbeidsplassen, og at denne arenaen derfor bør nevnes spesifikt i notatet.

Kapittel 2 - Forebygging:

Dette kapitlet kan med hell være mer spesifikt i forhold til hvilke forhold som utgjør risikofaktorer for uhelse og sykdom. Ingen påpekning av hvilke helseplager og sykdommer som utgjør største problemer i form av tapte leveår, omkostninger og tapt livskvalitet er nevnt. Under overskriften "Folkehelse – helseutfordringer" nevnes ikke arbeidets betydning for helse. En stor del av tiden benyttes til arbeid av de fleste, og de siste årene er det kommet kunnskap som klart viser at arbeidsfaktorer og nedbemanningen i virksomheter kan utgjøre betydelig risiko for muskelskjelettlidelser, alvorlige sykdommer og død.

Det påpekes at "Påvirkningsfaktorer og kraftfulle virkemidler som har innvirkninger på folkehelsen ligger i alle sektorer". Nasjonal helseplan mangler etter vårt syn planer for utvikling av samarbeid om forskning og tiltak på tvers av sektorer, samt omtale av hvilke typer virkemidler som har dokumentert effekt i forebygging.

Kapittel 3 – Strategi for kvalitet og prioritering:

"Evidence-based medicine" og "evidence-based treatment" er blitt et krav i mange land. Cochrane-nettverket bidrar til større kunnskap og kritisk søkelys på behandling. Dette reiser spørsmål om helsemyndighetene skal stille krav til at behandling er "evidence-based" for å finansiere den og krav til standarder for evaluering av undersøkelser og behandling. Innen feltet muskelskjelettlidelser stilles det i økende grad internasjonalt spørsmål ved om uheldig eller mangelfull utredning i førstelinjebehandlingen kan bidra til kronifisering av plager, og hypotesen om at kronifisering for noen er iatrogen (påført av helsevesenet) er blitt fremmet. De siste årenes forskning reiser spørsmål om man må kreve standarder for utredning/undersøkelser av pasienter i primærhelsetjenesten. Eksempel: Skal man forlange at primærlege gjennomfører en adekvat klinisk undersøkelse av pasienter med ryggsmerte? En Nasjonal helseplan må gi tydelige signaler om hvordan man vil forholde seg til "evidence-based treatment": Hva som skal kreves av oppdatering og standarder i førstelinjetjenesten?

Kapittel 7 – Forskning for bedre helse:

Man bør understreke at deltakelse i forskning er viktig for å opprettholde nødvendig kompetanse for selv å kunne forstå og følge med på internasjonal forskning. Dessuten har deltakelse i forskning konsekvenser for bemanningsplaner. Selv om man bevilger mer midler til forskning, vil man ikke få ønskede positive virkninger med mindre man sørger for at

personalet får tid til å lese ny forskning. Det er mye som tyder på at norske sykehus har betydelig færre leger pr. 100 pasienter enn sykehus i land som driver mer klinisk forskning.

Vedrørende særskilt kompetanseoppbygging bør Statens arbeidsmiljøinstitutt nevnes som det nasjonale forskningsinstituttet for arbeidsmiljø og arbeidshelse. Videre bør det nevnes det store behovet og det forebyggende potensialet i forskning mellom sammenhengen mellom arbeid og helse. Det er også behov for sektorovergrepene helseforskning, eksempelvis god forskning som fokuserer på både folkehelse og arbeidshelse innen viktige felt som psykisk helse, sosiale ulikheter i helse og påvirkninger fra kjemiske/biologiske/fysiske agens.

Kapittel 9 – Den kommunale helse- og sosialtjenesten:

I punkt 9.1 i avsnittet om 'Helsefremmende og forebyggende tjenester' står miljørettet helsevern omtalt, hvis formål er å sikre befolkningen mot faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på helsen. Videre nevnes samfunnsmedisinsk forskning og -arbeid som sentralt her. Vi mener at også arbeidslivets betydning for helsen bør trekkes inn her, og derigjennom viktigheten av arbeidsmiljøforskningen. Også BHTs rolle bør nevnes her.

Under Punkt 9.3 beskrives det at nye utfordringer i samfunnet først og fremst vil være knyttet til nye brukergrupper, aldring, færre omsorgsytere, grenseløs omsorg og aktiv omsorg. Etter vår mening bør også betydningen av psykososiale utfordringer på arbeidsplassen, konsekvenser av et endret arbeidsliv, samt betydningen av å beholde eldre arbeidstakere lenger i jobb diskuteres her.

I Punkt 9.5 vises det til at det er et potensial for å bedre samhandling innen kommunehelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og da spesielt for eldre brukere, personer med oppfølgingsbehov etter behandling i spesialhelsetjenesten og personer med psykiske lidelser. I den forbindelse mener vi at det bør inkluderes et avsnitt om betydningen av et godt samarbeid mellom BHT, fastlege og arbeidsgiver med tanke på tilrettelegging av arbeidsoppgaver og oppfølging av langtidssykemeldte med målsetting om et inkluderende arbeidsliv.

Kapitel 10 – Organisering og styring:

I punkt 10.1 fremheves viktigheten av helsepersonells kompetanse i forhold til kvaliteten som ytes i helsetjenestene, og at det derfor bør legges til rette for faglig og personlig utvikling for de ansatte. I den forbindelse understrekes viktigheten av at HMS-arbeidet får status og prioritet. Dette er vi enige i. I tillegg mener vi at dette blant annet kan oppnås ved en kvalitetssikring av BHT-virksomhetene, samt systematisk HMS-arbeid, inkludert kartlegging av psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø i helsesektoren. Det står spesifikt i helseplanen at "Det skal leges til rette for faglig og personlig utvikling. Videre skal helse, miljø og sikkerhetsarbeid gis status og prioritet". Dette bør beskrives nærmere.

Man må anta at miljø i denne sammenheng viser til påvirkning av ytre miljø ved forurensinger, at sikkerhet dreier seg om sikkerhet for personalet (eks mot vold fra pasienter), mens pasientsikkerhet ivaretas av kvalitetsarbeidet nevnt under kapitel 3. Helse må vise til personalet helse, dvs virkninger av arbeidet på deres helsesituasjon.

Man må understreke at personalets helsesituasjon ikke må ofres for økte krav om kapasitet og effektivitet. Innen enkelte felter er norske sykehus sannsynligvis verdensledende i produktivitet. Nasjonal helseplan kan med hell etter vår mening inneholde en diskusjon av avveiningen mellom produktivitet, kvalitet og ansattes helse og utvikling.

Et praktisk tiltak kan være å videreføre offshoreindustriens krav om regelmessig kartlegging av arbeidsmiljø og arbeidsinnhold. Iverksettelse av standarder for kartlegginger og oppfølging kan bidra til å fange opp problemer, utforming av tiltak og evaluering slik at personalets motivasjon og helse ivaretas.

Kapittel 11 – Kapasitet og struktur

Under punkt 11.3 påpekes det at kapasiteten for helseplanperioden kan bli begrenset på grunn av personellmangel i helsetjenesten. I den forbindelse vil vi understreke den helsemessige risikoen som er forbundet med at mer arbeid fordeles på færre personer for ansatte i helsesektoren. Dette understreker også viktigheten av systematisk HMS arbeid i helsesektoren.

Med vennlig hilsen
Statens arbeidsmiljøinstitutt

Trygve Eklund
Direktør

Pål Molander
Forskningsdirektør