

Forebygging i arbeidslivet krever bedre helsestatistikk og sterkere medvirkning fra helsemyndighetene

Hvis vi mener alvor...

I dette nummer av Tidsskriftet starter en artikkelserie om arbeidsmedisin med tre studier om utbredelsen og registreringen av arbeidsrelaterte helseproblemer i Norge (1–3). En av studiene (1) bygger på skaderegistreringer fra Legevakten og Ambulansetjenesten i Oslo, og det anslås at offentlig arbeidsskade-statistikk bare fanger opp 20–25 % av alle arbeidsskader i Oslo. Forholdene er neppe bedre ellers i landet. Data om skaderisikoen over tid mangler i stor grad, og man måtte tilbake til 1973 for å finne sammenliknbare tall fra Oslo (1). En slik mangel på oversikt over helsemessige konsekvenser av dårlige arbeidsforhold skaper problemer med planlegging og etterprøving av det forebyggende arbeidet.

I løpet av en generasjon er skadeinsidensen i Oslo redusert med 40 %, men den er uendret for kvinner (1). Det kan bety at reduksjonen snarere skyldes endringer i menns yrkesfordeling enn bedre generell skadeforebygging. De gamle høyrisikobransjene har fortsatt høy skaderisiko. Det er en reduksjon i dødsulykker, noe som bekreftes i nasjonal statistikk. Hvor mye skyldes faktisk risiko-reduksjon i utsatte yrker, og hvor mye skyldes bedre akuttmedisin? Hvis vi får færre dødsfall, men til gjengjeld flere invalide, kan vi ikke nøye oss med å følge dødstallene. Lund & Bjerkedal har nylig vist at så mye som en tredel av alle nye uførepensjoner etter ulykker i perioden 1992–97 skyldtes arbeidsulykker (4). Uførepensjoneringsraten for arbeidsskader økte med 3,5 % årlig, en indikasjon på reell økning av invalidiserende skader.

Arbeidstilsynet følger helsemyndighetenes prioritering i Nasjonalt program for forebygging og har forebygging av skader etter arbeidsulykker som ett av fire satsingsområder (5). Offentlig arbeidsskadestatistikk er i dag for dårlig til å understøtte en slik prioritering. Den omtalte studien viser at samarbeid med helsevesenet om datainnsamling kan gi myndighetene den oversikten de trenger på dette området (1).

Mens arbeidsskader kan registreres nokså entydig, er det vanskeligere å få oversikt over annen arbeidsrelatert sykkelighet. Systematisk forebygging og overvåking må baseres på ulike typer registre for ulike sykdomstyper (6). Definisjonen av et tilfelle for registrering vil avhenge av hensikten med registreringen. Hilt og medarbeidere (2) har registrert arbeidsrelatert sykkelighet med tanke på forebygging i allmennpraksis. Hvor mange av konsultasjonene på kommunelegekontoret i Nærøy kommune hadde, etter pasientens mening, sammenheng med arbeidsforholdene? De fant at om lag 50 % av de yrkesaktive pasientene mente plagene deres kunne være arbeidsrelatert. I de aller fleste tilfeller var det dagens arbeidsforhold de refererte til. Det skulle tilsi et betydelig potensial for primær og sekundær forebygging med utgangspunkt i primærhelsetjenesten.

Selv om det delvis kan skyldes svarkategoriene, merker vi oss at de «gammeldage» problemene som ensidig, repetitivt arbeid og tungt arbeid, var de hyppigst angitte årsakene (2). Det «nye arbeidslivet» trekker fortsatt med seg det gamle. At om lag 50 % av pasientene med hjerte- og karsymptomer mente disse symptomene kunne ha relasjon til arbeidsforholdene (2), er en påminnelse for fagmiljø og tilsynsmyndigheter. Sammenhenger mellom arbeidsforhold og hjerte- og karsykdommer har vært for lite påaktet i Norge.

Prevalensen av arbeidsrelatert sykkelighet vil variere med definisjonen og fra praksis til praksis etter befolkning og næringsliv. Men konklusjonen om at bedre samarbeid mellom primærhelsetjeneste, arbeidsliv, bedriftshelsetjeneste og arbeidsmedisinske spesialavdelinger kan gi en forebyggingsgevinst, er sannsynligvis gyldig for allmennpraksis generelt. Utfordringen ligger i å etablere dette samarbeidet. Initiativet bør komme fra arbeidstilsyn, arbeidsgiver eller bedriftshelsetjeneste. Leger i allmennpraksis vil sjelden bruke tid på de arbeidsmedisinske aspekter hvis de ikke har effektive samarbeidspartnere som kan påvirke arbeidsforholdene på pasientens arbeidssted (7).

Folkeshelsemeldingen varsler økt interesse fra helsemyndighetenes side for arbeidslivet som arena for forebygging (8). Men de konkrete forslagene handler mest om oppfølging av langtidssyk-meldte og individuell atferd. Potensialet for forebygging som avdekkes av Hilt og medarbeidere (2), kan og bør utnyttes lenge før noen får behov for langvarige sykmeldinger.

Noen av de aktuelle samarbeidspartnere for primærhelsetjenesten, går nå usikre tider i møte. Hva blir de arbeidsmedisinske avdelingenes skjebne etter helsereformen? Den arbeidsmedisinske spisskompetansen er samlet i små, men aktive miljøer, som gir støtte til både tilsynsmyndigheter, bedriftshelsetjeneste og øvrig helsetjeneste. Vil helseforetakene vite å ta vare på disse forebyggende avdelingene, som jo har svært begrenset inntjeningssevne for sykehuset? Også bedriftshelsetjenesten er i faresonen som seriøs forebyggende tjeneste. Tjenesten er hjemlet i arbeidsmiljøloven, som nå er under revisjon. Til høsten legger Arbeidslivslovutvalget frem forslag til ny lov, inkludert bestemmelser om bedriftshelsetjeneste. Norsk arbeidsmedisinsk forening har lenge bedt om en offentlig godkjenningsordning for å sikre den forebyggende profilen. I dag er bedriftshelsetjenesten i Norge i praksis markedsstyrt. Verdiløse helsekontroller, køfri kurativt medisin og rene «velværetilbud» konkurrerer ut de forebyggende tjenestene. Helsedepartementet ønsker et mer integrert folkehelsearbeid ved samarbeid over flere sektorer. I tråd med dette må helsemyndighetene ta ansvar for å sikre videre drift av de arbeidsmedisinske avdelingene og en bedriftshelsetjeneste som driver reell forebygging.

Ebba Wergeland

ebba.wergeland@arbeidstilsynet.dep.no

Ebba Wergeland (f.1946) er forsker ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, og overlege i Arbeidstilsynet.

Litteratur

1. Gravseth H, Lund J, Wergeland E. Arbeidsskader behandlet ved Legevakten i Oslo og Ambulansetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2060–4.
2. Hilt B, Kvenild K, Stenersen H. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2065–7.
3. Gravseth H, Wergeland E, Lund J. Underrapportering av arbeidsskader til Arbeidstilsynet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2057–9.
4. Lund J, Bjerkedal T. Permanent impairments, disabilities and disability pensions related to accidents in Norway. Accident Analysis and Prevention 2001; 33: 19–30.
5. Arbeidstilsynets årsrapport 2001. Oslo: Arbeidstilsynet, 2002.
6. Coggon D. Monitoring trends in occupational illness. Occup Environ Med 2001; 58: 691–3.
7. Wergeland E, Bjølseth TM, Jerstad T, Kanestrøm A, Løtveit K, Male E et al. Yrkesanamnesen i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1847–9.
8. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkeshelsepolitikken.