



Arbeidsmedisin i vakuum?

Evaluering av det arbeidsmedisinske tilbudet

HEIDI HAUKELIEN, GEIR H. MØLLER, CHRISTINE HVITSAND

TF-rapport nr. 251

2009

TF-rapport

Tittel:	Arbeidsmedisin i vakuum? Evaluering av det arbeidsmedisinske tilbudet
TF-rapport nr:	251
Forfatter(e):	Heidi Haukelien, Geir H. Møller, Christine Hvitsand
År:	2009
Gradering:	Ingen
Antall sider:	194
ISBN:	978-82-7401-298-1
ISSN:	1501-9918
Pris:	Kr 460
	Kan lastes ned gratis som pdf fra telemarksforskning.no

Prosjekt:	Evaluering av det arbeidsmedisinske tilbudet
Prosjektnr.:	20080720
Prosjektleder:	Heidi Haukelien
Oppdragsgiver(e):	Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Resymé: Telemarksforskning har evaluert det arbeidsmedisinske tilbudet avgrenset til de arbeidsmedisinske avdelingene og Statens arbeidsmiljøinstitutt. Mandatet har vært å utrede spørsmål som angår de arbeidsmedisinske avdelingenes (inkludert STAMI's) *kompetanse, kapasitet, samarbeid, kvalitet, organisering, rammebetingelser, prioriteringer, ivaretagelse av pasientrettigheter*, samt *STAMI's koordineringsrolle*.

Telemarksforskning, Boks 4, 3833 Bø i Telemark. Org. nr. 948 639 238 MVA

Forord

Telemarksforskning fikk oppdraget med å evaluere det arbeidsmedisinske tilbudet av Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) i september 2008. Evalueringsarbeidet har foregått i perioden oktober 2008 til juni 2009.

I forbindelse med evalueringen ble det etablert en styringsgruppe på 4 personer bestående av representanter fra AID, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helse Midt-Norge RHF. Telemarksforskning har hatt 5 møter med styringsgruppen.

Det ble også oppnevnt en referansegruppe for evalueringen med til sammen 13 representanter fra Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID), Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO), yrkesorganisasjonenes sentralforbund (YS), de arbeidsmedisinske avdelingene (Universitetssykehuset Nord-Norge HF), og Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Det ble gjennomført to møter med referansegruppen.

Vi takker alle som har bidratt i evalueringsarbeidet, spesielt ansatte og ledere ved de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI, som har vært villige til å stille opp til intervjuer og samtaler. Vi vil spesielt takke representantene fra AID og HOD for nyttige kommentarer underveis i rapportskrivningen.

En stor takk også til kollegaene Karin Gustavsens og Solveig Flermoen ved Telemarksforskning, og Halvard Vike ved Universitetet i Oslo som har bidratt i prosessen frem mot ferdig rapport.

Bø, 10. juni 2009

Heidi Haukelien, prosjektleder

Innhold

Sammendrag	9
1. Metode	15
2. Hva er arbeidsmedisin?	21
2.1 Arbeidsmedisinsk spesialisering.....	24
2.2 Arbeidsmedisinens plass på universitetene	25
2.3 Yrkeshygienikere, nevropsykologer og andre yrkesgrupper	26
2.4 Arbeids- og miljømedisin.....	27
3. Presentasjon av avdelingene og STAMI	29
3.1 Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN	29
3.1.1 Ansatte	30
3.1.2 Organisering	30
3.1.3 Oppgaver.....	31
3.2 Seksjon for Arbeidsmedisin(YMA), Sykehuset Telemark HF.....	32
3.2.1 Ansatte	32
3.2.2 Organisering	33
3.2.3 Oppgaver.....	33
3.3 Avdeling for miljø- og yrkesmedisin (AMY) ved Oslo Universitetssykehuset HF, Ullevål	34
3.3.1 Ansatte	36
3.3.2 Organisering	36
3.3.3 Oppgaver.....	37
3.4 Yrkesmedisinsk avdeling, ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus	38
3.4.1 Ansatte	39
3.4.2 Organisering	40
3.4.3 Oppgaver.....	41
3.5 Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital HF.....	41
3.5.1 Ansatte	42
3.5.2 Organisering	42
3.5.3 Oppgaver.....	43

3.6	Arbeidsmedisin og epidemiologi (AME), Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)	44
3.6.1	Organisering	44
3.6.2	Ansatte	44
3.6.3	Oppgaver	45
4.	Oppgaver og styring	49
4.1	Hvilke oppgaver skal avdelingene utføre?	49
4.1.1	Det formelle styringssystemet	49
4.1.2	Styringssystemet i praksis	52
4.2	Økonomisk styring	56
4.2.1	Helseforetakene	61
4.3	Hvilke oppgaver utfører de arbeidsmedisinske avdelingene?	65
4.3.1	Pasientutredninger	65
4.3.2	Forskning	67
4.3.3	Undervisning/veiledning	70
4.3.4	Oppdrag/bedriftsbesøk	74
4.4	Hvilke oppgaver nedprioriteres?	76
4.4.1	Forebygging	76
4.4.2	Miljømedisinske oppgaver	79
4.4.3	Muskel/skjelett-lidelser	81
4.4.4	Psykososialt arbeidsmiljø	81
5.	Faglig samarbeid	83
5.1	Internt samarbeid i avdelingene	83
5.2	Samarbeid mellom de arbeidsmedisinske avdelingene	84
5.3	Samarbeid mellom avdelingene og STAMI	89
5.4	Sykehusavdelinger	91
5.4.1	Spesialistavdelinger - utvalg	91
5.4.2	Kunnskap om avdelingene	92
5.4.3	Kontakt med avdelingene	92
5.4.4	Hva samarbeidet går ut på	93
6.	Foreningenes vurderinger	97
6.1	Det arbeidsmedisinske tilbudet	97
6.2	Økonomiske forhold	99
6.3	Fagfeltets anseelse	100
7.	Interessenter	103

7.1	Bekymring for avdelingenes framtid	103
7.2	Det arbeidsmedisinske tilbudets betydning	104
7.3	Kontakten med avdelingene	105
7.4	Forventninger til avdelingene	108
7.5	Avdelingenes nytteverdi for interessentene	110
7.6	Utfordringer for avdelingene	113
7.7	Hvilket fokus avdelingene bør ha	115
7.7.1	Psykososiale problemstillinger	115
7.7.2	Forebygging	116
7.7.3	Rehabilitering	117
7.7.4	Miljømedisin	118
7.7.5	Organisering	119
7.7.6	Forskning	121
7.8	Arbeidstilsynet	123
7.9	Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID)	124
7.10	STAMI's koordineringsrolle	125
8.	Brukere av de arbeidsmedisinske avdelingene	129
8.1	Metode og datagrunnlag	129
8.1.1	Bedriftshelsetjenesten	130
8.1.2	Fastlegene	130
8.1.3	Miljørettet helsevern	131
8.2	Bedriftshelsetjenesten (BHT)	131
8.2.1	Kjennskap til arbeidsmedisinske avdelinger og STAMI	132
8.2.2	Kontakt med avdelingene	133
8.2.3	Tjenester bedriftshelsetjenesten bruker	136
8.2.4	Tilfredshet med tilbudet til avdelingene	138
8.2.5	Tjenestetilbud og kompetanse i fremtiden	143
8.2.6	Spesialistutdanningen	147
8.3	Fastlegene	150
8.3.1	Kjennskap til og kontakt med avdelingene	150
8.3.2	Fastlegenes bruk av og tilfredshet med tjenestene	152
8.3.3	Hva har fastlegene behov for?	155
8.4	Miljørettet helsevern (MHV)	157
8.4.1	MHV's kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene	157
8.4.2	Kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene	160

8.4.3	MHV's bruk av tjenester ved AMAene	162
8.4.4	MHVenes ønske om tettere samarbeid	165
8.4.5	Kommentarer om de arbeidsmedisinske avdelingene	167
8.5	Sammenfatning og diskusjon	169
9.	Analytiske dimensjoner	173
9.1	Er kompetansen god nok?	173
9.2	Er kompetansen tilgjengelig?	174
9.3	Kapasitet	175
9.4	Prioriteringer	178
9.5	Relevans	179
10.	Oppsummering	187
11.	Referanser	193

Sammendrag

Det arbeidsmedisinske tilbudet i Norge består av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), bedriftsheletjenesten (BHT), og 5 arbeidsmedisinske sykehusavdelinger organisert under de regionale helseforetakene. (Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital HF, Seksjon for arbeidsmedisin ved Sykehuset Telemark HF, Avdeling for Miljø- og Yrkesmedisin, Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål og Yrkesmedisinsk avdeling, Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus).

Ansvar for det arbeidsmedisinske tilbudet sorterer under to departementer; Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) som har ansvar for STAMI og BHT, og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som har ansvar for de arbeidsmedisinske spesialistavdelingene.

Det arbeidsmedisinske fagfeltets arbeidsoppgaver spenner vidt fra pasientutredninger, sakkyndighetsvurderinger, forskning, utdanning og undervisning til risikokommunikasjon og systematisk og sporadisk informasjon til publikum. Bakgrunnen for denne evalueringen er at enkelte av de arbeidsmedisinske avdelingene viser til et misforhold mellom de arbeidsmedisinske utfordringene og avdelingenes kapasitet. Utdanningskapasiteten for spesialister i arbeidsmedisin har også vært bekymringsfullt lav over en tid. Ved hjelp av midler fra programmet ”Raskere tilbake”, ble det fra 2008 bevilget 20 mill kroner årlig til styrking av utrednings- og utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Arbeidsmedisinsk enhet (AME) ved STAMI fikk bevilget 2,5 årlig mill for å styrke sin rolle som faglig koordinator på det arbeidsmedisinske feltet.

Evalueringen mandat var å utrede spørsmål som angår de arbeidsmedisinske avdelingenes (inkludert STAMI's) *kompetanse, kapasitet, samarbeid, kvalitet, organisering, rammebetingelser, prioriteringer*, samt om pasientene får sine *rettigheter* oppfylt. STAMI's rolle som koordinator skulle også vurderes.

For å belyse disse temaene har vi benyttet oss av tre metoder: 1) dokumentstudier, 2) halvstrukturerte intervjuer og 3) spørreundersøkelser.

Intervjuundersøkelser har utgjort den største delen av oppdraget. Hensikten med intervjuundersøkelsen har vært å vinne innsikt i relevante aktørers erfaringer med og vurderinger av ulike sider ved den arbeidsmedisinske virksomheten i Norge. Vår innfallsvinkel er å gi et godt empirisk bilde av feltet slik det framstår gjennom de involvertes egne versjoner. Vi har i denne forstand gått inn for å forstå arbeidsmedisin på feltets egne premisser. Problemstillingene som springer ut av dette, er derfor i all hovedsak våre samtalepartners egne, men vår analytiske tematisering systematiserer, problematiserer og abstraherer dem. Med utgangspunkt i vårt samlede materiale foretar vi noen vurderinger av utfordringer og problemer som ikke er feltets egne, men som reiser spørsmål som vi antar kunne eller burde vært stilt.

I spørreundersøkelsene rettet mot brukere og samarbeidspartnere har vi innhentet vurderinger som vi tror vil være svært nyttig for det arbeidsmedisinske feltet. Spørreundersøkelsene er rettet mot BHT'ene, fastleger, miljøretta helsevern i kommunen og mot aktuelle spesialistavdelinger innenfor sykehusene. Den største brukergruppen som har respondert er BHT'ene. Gjennomgående er BHT'ene godt fornøyd med de arbeidsmedisinske avdelingene. Mest fornøyd er de med undervisnings- og opplæringstilbudet og informasjon om forbygging av arbeidsrelaterte sykdommer.

Arbeidslivsorganisasjonene, både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, er også engasjert i kvaliteten og tilgjengeligheten ved tilbudet ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Organisasjonene har engasjert seg både politisk og direkte mot de arbeidsmedisinske avdelingene for å hindre at avdelingene skal "dø ut". De påpeker at avdelingene stadig er nedleggingsstruet, og at dette skaper stor usikkerhet omkring det framtidige tilbudet. Organisasjonene arbeider for at avdelingene skal få bedre og mer stabile rammebetingelser, og samarbeider med hverandre og med andre organisasjoner som Den Norske Legeforening og Norsk Arbeidsmedisinsk forening mot en politisk avklaring om ansvarsfordeling.

Vår konklusjon er at den arbeidsmedisinske kompetansen er svært sårbar, men er midlertidig sikret en viss fornyelse takket være en ekstrabevilgning fra AID. Vår vurdering er at de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI ivaretar sine tillagte

oppgaver på en tilfredsstillende måte, og de orienterer seg i tillegg mot andre retninger som er relevant for å imøtekomme arbeidslivets behov. Deres samlede utredningskapasitet synes tilstrekkelig, men er svært ujevnt fordelt. Av denne grunn kan det slås fast at den samlede kapasiteten neppe er utnyttet så godt som den kunne og burde vært utnyttet. Kvaliteten på arbeidet og tilbudet er svært godt, og er forankret i solid kompetanse – ofte av flerfaglig og sterkt forskningsorientert karakter. Pasienter som blir prioritert og får sine saker utredet, får sin sak systematisk og grundig belyst, mens pasienter som står i kø må ofte vente svært lenge. Måten kjerneoppgavene ivaretas på ved avdelingene er imidlertid relativt forskjellig, både med hensyn til tidsbruk pr. pasient og *i noen grad* kriterier for dokumentert sammenheng mellom eksponering og helseeffekt. De arbeidsmedisinske avdelingene har ikke et sterkt faglig fellesskap og systematiske faglige utvekslinger, men fagfeltets representanter har i all hovedsak positive erfaringer knyttet til det samarbeidet som eksisterer. På dette området er det sannsynligvis et stort forbedringspotensial. STAMI nyter stor respekt og tillit ved avdelingene, og i forskningssammenheng framstår STAMI som en naturlig og svært attraktiv partner å søke samarbeid med.

Innledning

Bakgrunnen for dette evalueringsarbeidet er, i følge utlysningsteksten at enkelte av de arbeidsmedisinske avdelingene viser til at det er et misforhold mellom de arbeidsmedisinske utfordringene og avdelingenes kapasitet, og at de derfor ikke kan fylle de oppgavene som forventes av dem. Dette knyttes blant annet til et økende fokus på arbeidsrelaterte helseplager og økende kompleksitet i sakene. Nærmere bestemt har oppdraget gått ut på å belyse:

- Hvilke oppgaver er tillagt de arbeidsmedisinske tilbudet, hvilke oppgaver utføres i praksis?
- Har avdelingene (inkludert STAMI) tilstrekkelig kapasitet i forhold til pålagte oppgaver. Hvilke utslag gjør dette eventuelt i forhold til ventetid på yrkesmedisinske utredninger?
- Har avdelingene tilstrekkelig kompetanse og kvalitet til å utføre de pålagte oppgavene?
- Er det arbeidsmedisinske tilbudet hensiktsmessig organisert?
- Har avdelingene tilstrekkelige rammebetingelser til å kunne utføre sine kjerneoppgaver?
- Har avdelingene et felles/enhetlig system for vekting/prioritering av oppgavene?
- Har avdelingene et felles/enhetlig system for oppfølging av enkeltpasienter, prioritering mellom grupper mv?
- Gjennomføres arbeidet på en slik måte at enkeltmenneskers rettigheter ivaretas?
- Hvordan fungerer det faglige samarbeidet mellom avdelingene?
- Hvordan fungerer det faglige samarbeidet mellom avdelingene og STAMI?
- STAMI er i noen saker pålagt et koordineringsansvar i forhold til de øvrige avdelingene. Er dette en hensiktsmessig organisering? Bør denne rollen presiseres/formaliseres ytterligere?

Et evalueringsoppdrag kan i utgangspunktet forstås og gjennomføres på flere ulike måter. En ikke uvanlig måte å gå til verks på er å ta utgangspunkt i noen definerte

kriterier og undersøke hvorvidt ”evalueringsobjektet” tilfredsstillende de definerte betingelsene.

I denne evalueringsrapporten har vi lagt vekt på å fremstille det arbeidsmedisinske tilbudet i Norge som noe annet enn et objekt som skal måles i henhold til eksternt og på forhånd definerte kriterier. I evalueringsarbeidet har vi innhentet en stor mengde erfaringer, oppfatninger og vurderinger fra en rekke aktører som er involvert i feltet, og dette har gitt et omfattende materiale som utgjør et verdifullt råstoff til en fortelling om norsk arbeidsmedisin. Ved å fortelle denne forsøker vi å tegne et fyldig og relevant bilde av et faglig og sosialt miljø og et organisatorisk kompleks. Våre vurderinger, kritikk og anbefalinger er i tråd med dette ikke å betrakte som dommeravgjørelser, men som begrunnede innspill forankret i et empirisk materiale som blir forsøkt gjort mest mulig tilgjengelig og transparent for flest mulig. Rapporten er framfor alt utformet med den hensikt å legge til rette for at dialoger i fagmiljøene og blant de relevante myndigheter kan skje med et relevant og mest mulig felles kunnskapsgrunnlag. Vi er selvsagt ikke selv i stand til å øke den faglige kunnskapen om arbeidsmedisin; det vi i stedet har forsøkt å gjøre er å synliggjøre og formulere så mange som mulig av de forhold som påvirker anvendelsen og forvaltningen av den.

Gjennom våre intervjuer og feltarbeid har vi møtt mange faglig sterke og engasjerte mennesker som bør være sentrale aktører i refleksjonen og tenkingen om fremtidens arbeidsmedisinske tilbud. Det arbeidsmedisinske fagfeltet står ovenfor mange utfordringer i forbindelse med endringer i fagets nedslagsfelt – arbeidslivet – og i forbindelse med at styring og eierskap er delt mellom to departementer. Dette utgjør selve hovedtemaet i rapporten. Fagfeltet vi undersøker her er en del av medisinen, men den politiske og institusjonelle konteksten det fungerer innenfor skiller seg mye fra spesialisthelsetjenesten for øvrig. Fagfeltet er i all hovedsak organisert under HOD, men der er dets status ambivalent og usikker. Tilknytning til AID har derfor betydd svært mye, ikke minst gjennom det tiltaket som ligger til grunn for denne evalueringen: ekstrabevilgningen på 20 millioner i 2008. Arbeidsmedisinen har en tvetydig identitet. Vi ønsker å vise hva dette innebærer og hvilke konsekvenser det har. Den mest grunnleggende utfordringen er at fagfeltet savner ansvarlige myndigheter som ønsker og evner å forvalte ansvaret for det.

1. Metode

Undersøkelsen som er bakgrunnen for denne rapporten, baserer seg på dokumentstudier, spørreundersøkelser og intervjuer. Spørreundersøkelsene rettet seg mot bedriftsleger, fastleger, miljørettet helsevern i kommunene og sykehusavdelinger som samarbeider med de arbeidsmedisinske avdelingene. Det metodiske opplegget for spørreundersøkelsene diskuteres i forbindelse med presentasjonen av resultatene.

Intervjuundersøkelser har utgjort den største delen av oppdraget. Hensikten med intervjuundersøkelsen har vært å vinne innsikt i relevante aktørers erfaringer med og vurderinger av ulike sider ved den arbeidsmedisinske virksomheten i Norge, avgrenset primært til de fem avdelingene; Arbeids- og miljømedisinsk avdeling Universitetssykehuset Nord Norge HF, Seksjon for Arbeidsmedisin Sykehuset Telemark HF, Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital HF, Avdeling for Miljø- og Yrkesmedisin ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, samt Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). De ansatte har vært vår viktigste kilde til denne kunnskapen, men intervjuene har også omfattet en rekke andre aktører som er involvert i feltet i kraft av å være beslutningstakere eller brukere. Vi har intervjuet ca 75 ansatte i ulike posisjoner, yrker og roller i helseforetakene og på STAMI. Det vil si de fleste ansatte på de aktuelle avdelingene i tillegg til avdelingsledere, klinikkledere og 3 helseforetaksdirektører. Ved STAMI har vi intervjuet ca 15 ansatte – først og fremst ved avdelingen for arbeidsmedisin og epidemiologi, men også representanter for administrasjon og kommunikasjonsavdelingen og avdelingen for Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø- og helse (NOA) og ledelsen ved STAMI. Vi har vært til stede på interne avdelingsmøter, inntaksmøter, prosjektmøter, internundervisning og møter hvor vi har fått presentert avdelingenes ulike oppdrag og prosjekter. Rapporten baserer seg også på ca 25 telefonintervjuer (og 2 fokusgruppeintervjuer) med brukere og interessenter av det arbeidsmedisinske tilbudet.

For dette formålet har vi gjennomført halvstrukturerte intervjuer. De har alle vært basert på en intervjuguide tilpasset den relevante aktørkategori, men samtidig blitt forsøkt gjort åpne nok til at vi har kunnet fange inn relevant variasjon med hensyn

til faglig spesialitet, arbeidsoppgaver, posisjon i arbeidsmiljøet og erfaringer og synspunkter knyttet til organisatoriske og faglige nøkkelspørsmål som kapasitet, faglig autonomi, faglige prioriteringer og tilpasning til regionale behov. Vår egen vurdering er at vi har lykket godt med dette. Det har vært lærerikt og fruktbart å samtale med de involverte, og i de fleste tilfeller har vi på denne måten fått tilgang til erfaringer som både er svært relevante for undersøkelsen og som har blitt formulert i sine relevante kontekster. Intervjumetodens utfordring er å finne den rette og, for det gitte formålet, mest relevante avveining mellom standardisering og variasjon. Jo mer man søker innsikt i en enkelt persons erfaringer og vurderinger, og jo mer intervjuet styres av den sosiale situasjonen, desto vanskeligere er det som oftest å identifisere kvantifiserbare og sammenliknbare enheter for analyse.

Verdien av å få innsikt i, og å gi en systematisk presentasjon av de intervjuedes vurderinger slik disse framkommer i sin relevante kontekst, er at det blir mulig å etablere en dypere forståelse av feltet. Den arbeidsmedisinske virksomheten ved de fem avdelingene og STAMI utgjør ikke bare en faglig-vitenskapelig kontekst innenfor rammen av et politisk og juridisk system, men også erfaringer, motivasjoner, verdier og sosiale relasjoner som spiller sammen med disse. Begge disse to nivåene av den sosiale virkeligheten er knyttet sammen i formelle så vel som uformelle prosesser. For å forstå hvordan de samvirker, er to analytiske distinksjoner særlige nyttige. For det første: siden ethvert sosialt system består av pågående prosesser, er ikke forholdet mellom intensjoner, handlinger og deres effekter verken identiske eller oversiktlige for alle de involverte aktørene selv. Når slike sammenhenger kartlegges og gjøres mer transparente, øker muligheten for å styrke forvaltningen av kollektive goder gjennom refleksjon, dialog, politikktutforming, ledelse og fagutøvelse. For det andre: alle organisasjoner er styrt av formelle normer (juridiske, politiske og moralske). Men selv om slike normer kan framstå som bindende retningslinjer for handling, er de ikke nødvendigvis de eneste folk forholder seg til. Derfor er forholdet mellom norm og handling, og mellom det man sier og det man gjør, alltid komplekst. Dette har (i denne sammenhengen) ikke med redelighet og lojalitet å gjøre, men er knyttet til allmenne kjennetegn ved sosial organisering. I de fleste situasjoner er flere normsett tilgjengelig samtidig, og i de fleste relasjoner står flere roller og verdier på spill. Å handle innebærer å gjøre (bevisste eller mindre bevisste) valg, mens å snakke om slike situasjoner på forhånd eller i ettertid innebærer en annen måte å forholde seg til dem. Det interessante metodisk-analytiske

spørsmålet er ikke nødvendigvis hvilke av disse nivåene av den sosiale virkeligheten som er mest sann, men hvilken rolle de spiller, for hvilke formål osv. Uansett vil vår evne til å forstå samspillet mellom dem øke vår forståelse av hvordan et sosialt felt faktisk virker. Vår studie er dog ikke omfattende nok til at vi kan tilby forklaringer av denne typen, men den bidrar forhåpentligvis til å demonstrere sammenhenger som kaster lys over hvilke ressurser det arbeidsmedisinske feltet besitter, og hvordan de kan forvaltes på best mulig måte. En viktig hensikt fra vår side er at slike innsikter kan bli tilgjengelige og nyttige for flest mulig. Dette betyr for eksempel at vi har lagt spesiell vekt på å fange inn så mye av variasjonen i feltet som mulig, og å presentere aspekter ved denne variasjonen som synes særlig relevant og viktig. La oss presisere dette:

Organisasjoners formelle struktur er (blant annet) en måte å entydiggjøre og forenkle en kompleks sosial virkelighet på. Som sådan er den et redskap for styring; et virkemiddel for å realisere spesifikke mål. Hvorvidt de forenklede modellene som formuleres på denne måten og for disse formålene er gode eller tilstrekkelige representasjoner for organisasjonen som helhet, er derfor ikke gitt. Dette er hovedgrunnen til at organisasjons- og ledelsesteori (og praksis) i løpet av de siste tiårene har orientert seg stadig sterkere mot organisasjonenes mer uformelle sider. På denne måten økes muligheten for å trekke vekslers på organisasjonens fulle og potensielt latente menneskelige og sosiale kapital. I dette lyset kan vi slå fast at det arbeidsmedisinske feltet vi undersøker og beskriver her, selvsagt er mye mer enn det som får plass i formelle selvpresentasjoner. Det rommer motivasjoner, erfaringer, synspunkter, praksiser og relasjoner som ikke nødvendigvis fanges opp av de formelle forenklingsmodellene eller av modeller som brukes for å presentere bilder av feltet utad. Alt dette kan tenkes å være kjent for ledere (og/eller andre instanser som tar del i styringsfunksjoner), men jo mer kompleks en organisasjon er, desto mindre sannsynlig er det at ledere har førstehåndskunnskap om variasjonen – de må i stedet bygge sin ledelsesvirksomhet på ulike former for syntetisk annenhåndskunnskap. Dette er altså hovedgrunnen til at vi har lagt vekt på å presentere variasjon; ikke for å kritisere feltet for å være ulikt og mer sprikende enn sine egne idealbilder, men for å gjøre alle involverte oppmerksom på at variasjonen sannsynligvis er større enn det man vanligvis antar. For å gi et eksempel: i arbeidet med selve rapport har vi mottatt en mengde kommentarer og tips til hvordan vi kan oppnå større presisjon. Disse har vært svært nyttige og bidratt positivt. Men i nok-

så mange tilfeller viser det seg at ledere og representanter for andre styringsfunksjoner og vi som har arbeidet med rapporten har ulike formål med våre beskrivelser. Vårt formål er ikke å gi en ny, systematisk versjon av deres bilde, men et annet og fyldigere bilde med enkelte andre prioriteringer. Dette viser seg for eksempel i presentasjonen av mange ansattes synspunkter og i den noe asymmetriske presentasjonsformen (som blant annet er synlig i presentasjonen av avdelingene). Når vi snakker med mennesker i miljøet, vil de – til tross for at vi i hovedsak retter de samme typer spørsmål til alle – vektlegge ulike ting og på ulik måte. Måten de gjør dette på, gir gode indikasjoner på hva de selv oppfatter som viktig og hva som er mindre viktig for dem. Det gir dessuten gode indikasjoner på hvordan deres erfaringer og synspunkter skiller seg fra og eventuelt strider mot de mer syntetiske styringsmodellene som anvendes på høyere nivå i organisasjonen.

De metodiske resonnementene vi har redegjort for her, er enkelte grunnelementer i hermeneutikken og fortolkende samfunnsvitenskap. Når de brukes i anvendte forskningssammenhenger som denne, blir en sentral utfordring å foreta hensiktsmessige valg mellom ulike kontekstualiseringer av materialet som ikke er identiske med aktørenes egne, og som nettopp derfor kan tilføre dem noe og bli praktisk nyttige. Vi vil kort gjøre rede for to valg vi har gjort i dette arbeidet. Vår innfallsvinkel er for det første å gi et godt empirisk bilde av feltet slik det framstår gjennom de involvertes egne versjoner. Vi har i denne forstand gått inn for å forstå arbeidsmedisin på feltets egne premisser. Problemstillingene som springer ut av dette, er derfor i all hovedsak våre samtalepartners egne, men vår analytiske tematisering systematiserer, problematiserer og abstraherer dem. For det andre foretar vi med utgangspunkt i vårt samlede materiale noen vurderinger av utfordringer og problemer som ikke er feltets egne, men som reiser spørsmål vi antar kunne eller burde vært stilt. Når vi ”tar oss til rette” på denne måten, er det også et forsøk på å forstå feltet på (noen av) dets egne premisser. Når vi mot slutten av rapporten diskuterer arbeidsmedisinens relevans forholdsvis kritisk, er det ikke for å dømme men for å bidra til aktiv og selvkritisk selvfortolkning i feltet.

Selv om en del av de involverte aktørene selv er av den oppfatning at arbeidsmedisinen i Norge både nyter høy legitimitet, har en avklart vitenskapelig selvforståelse og gjør prioriteringer som framstår som naturlige, er vår erfaring fra intervjuer og

spørreundersøkelser både at dette bare er delvis riktig, og samtidig at nettopp denne selvforståelsen utgjør en utfordring som med fordel kan diskuteres selvkritisk.

2. Hva er arbeidsmedisin?

Etableringen av arbeidsmedisin som egen spesialitet knyttes gjerne til Arbeidsmiljøloven fra 1977. Arbeidsmiljøloven påla bestemte bransjer å ha bedriftshelsetjeneste, og førte til kraftig utbygging av denne tjenesten. Den første yrkesmedisinske sykehusavdelingen var i Telemark. Etableringen her hadde sammenheng med den store kjemiske industrivirksomheten i Grenland. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), som er en videreføring av det tidligere Yrkeshygienisk institutt, var allerede i virksomhet.

Det arbeidsmedisinske tilbudet ligger under to departementers ansvarsområder – Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). AID har det faglige forvaltningsansvaret for arbeidsmiljøpolitikken, herunder Arbeidstilsynet, Petroleumsstilsynet, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og bedriftshelsetjenesten. AID's ansvar er definert ut fra det forebyggende regelverk, der arbeidsmiljøloven og den enkelte arbeidstakers rettigheter er sentral. Forskning relatert til dette er tillagt STAMI, som også har en viktig funksjon i å spre forskningsresultater ut til arbeidslivet gjennom egne nettsider, gjennom media og ikke minst gjennom bedriftshelsetjenesten (BHT). BHT'ene var tidligere tilknyttet de ulike bedriftene, men utviklingen siden 1980-tallet har gått mot å organisere BHT'ene i egne foretak eller AS, som igjen er tilknyttet store kjeder.

BHT'enes andrelinjeresressurs er de arbeidsmedisinske avdelingene som er organisert under helseforetakene, og altså under HOD. Disse avdelingene er en del av spesialisthelsetjenesten, og deres oppgaver er knyttet til utredning av pasienter med mulig skade eller sykdom som følge av eksponering i arbeidslivet. De arbeidsmedisinske avdelingene ivaretar også oppgaver som undervisning, utdanning, veiledning, bedriftsbesøk, i noen grad miljøretta helsevern (MHV), og forskning. Virksomheten ved disse avdelingene reguleres av Helseforetaksloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonell-loven. I tillegg gjelder ventelisteforskriften og prioriteringsforskriften.

Det arbeidsmedisinske feltets oppgaver er definert i NOU 1988:41 *Fagfeltet yrkesmedisin i Norge* som ble utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialdepartementet 7. desember 1987. Her spesifiseres 7 arbeidsområder:

1. Undersøke og behandle pasienter med yrkessykdommer og foreta utredning av sykdomstilfelle hvor man mistenker at det foreligger en yrkesmessig årsak.
2. Undersøkelse av arbeidstakere som er utsatt for arbeidsrelatert sykdomsrisiko.
3. Studier av hvordan fysiske, kjemiske, psykiske og organisatoriske forhold i arbeidsmiljøet virker inn på individets helse.
4. Arbeidsplassundersøkelser.
5. Undersøkelser som legger grunnlag for forebyggelse av arbeidsbetingede helseskader.
6. Å være konsultasjons- og informasjonsorgan for myndigheter, institusjoner, bedrifter, enkeltpersoner, der det gjelder yrkesmedisinske spørsmål.
7. Utdannelse av leger og annet helsepersonell til yrkesmedisinsk arbeid.

I statsbudsjettet for 1990 (St.prp. nr. 1(1989-90) omtales bevilgninger til utbygging av de yrkesmedisinske avdelingene under Programkategori 10.7 Forebyggende helseiltak. Det refereres til forlag fra arbeidsgruppens innstilling i juni 1988, og bevilgningene til utbygging av tilbudet skjer i samsvar med forslagene som er gitt der (bortsett fra Ullevål og Rikshospitalet). Det gis for øvrig ingen spesielle signaler om hva tilbudet skal inneholde utover dette. Vi må derfor gå ut fra at det er det generelle lovverket i helsevesenet som regulerer mandatet til de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene. Avdelingene ble finansiert ved øremerkede midler frem til 2001. Fra 2002 ble de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene finansiert gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. I dag finnes følgende arbeidsmedisinske avdelinger.

- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Arbeids- og miljømedisinsk avdeling).
- St. Olavs Hospital HF (Arbeidsmedisinsk avdeling).
- Sykehuset Telemark HF (Seksjon for arbeidsmedisin – YMA).

- Oslo universitetssykehuset, HF, Ullevål (Avdeling for miljø- og yrkesmedisin AMY).
- Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus (Yrkesmedisinsk).

I tillegg kommer Arbeidsmedisin og epidemiologi ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).

I et notat fra AID og HOD til den nasjonale IA-koordineringsgruppen i 2008 beskrives en rekke utfordringer for det arbeidsmedisinske tilbudet ved sykehusavdelingene. Her beskrives en status der forholdet mellom utfordringer og ressurser ikke samsvarer ved enkelte av avdelingene. Det vises til en økende grad av oppmerksomhet på en rekke mulige arbeidsmiljørelaterte helseplager, og økt kompleksitet i sakene som gjør at ressursene ikke strekker til. Det vises også til at utdanningskapasiteten er for liten sett i forhold til behovet. Dette er bakgrunnen for at ønske fra den nasjonale koordineringsgruppen om en evaluering av det arbeidsmedisinske tilbudet i 2008. Samme år vedtok AID å bevilge en årlig sum på 20 mill kroner (gjennom ordningen Raskere tilbake¹) til de arbeidsmedisinske avdelingene for å styrke bemanningen, utredningskapasiteten og utdanningskapasiteten. Det ble også bestemt en årlig overføring på 2,5 mill til STAMI for å styrke deres koordineringsfunksjon.

¹ Dette er et resultat av Sykefraværsutvalget fra 2006. Basert på utvalgets anbefalinger, vedtok Stortinget å innføre en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. Ordningen ”Raskere tilbake” ble etablert i et samarbeid mellom partene i arbeidslivet og regjeringen. Innenfor denne ordningen ble det omdisponert 20 mill kroner for å styrke utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Begrunnelsen var at utdanningskapasiteten ved avdelingene ikke synes å være i samsvar med behovet for arbeidsmedisinere i samfunnet.

2.1 Arbeidsmedisinsk spesialisering

Arbeidsmedisinere er leger med spesialisering i arbeidsmedisin. I følge norsk arbeidsmedisinsk forenings nettsted kan spesialiteten arbeidsmedisin kort defineres som det medisinske *fagområdet som omhandler forholdet mellom arbeid og helse*. Tidligere het det yrkesmedisin, og den yrkesmedisinske utdannelsen krevde 6 års spesialisering. Etter intern diskusjon i legeforeningen ble det i 1991 vedtatt å endre reglene for spesialistutdanningen ved å forkorte den totale tiden med to år, og med å kreve bare et år av denne tiden ved en yrkesmedisinsk sykehusavdeling. Bakgrunnen for endringen var behovet for å bygge opp bedriftshelsetjenesten gjennom å gi autorisasjon til leger som jobbet i bedriftshelsetjenesten i et raskere tempo enn det som var mulig gjennom en den yrkesmedisinske utdannelsen. Spesialiteten arbeidsmedisin erstatter den tidligere tittelen yrkesmedisin og på visse vilkår den tidligere betegnelsen bedriftslege Dnlf (Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialiteten arbeidsmedisin 2005, Den Norske legeforeningens nettside). Den nye spesialiteten arbeidsmedisin var en spesialisering mange leger søkte til, og kapasiteten var ikke stor nok til å utdanne alle som ønsket det. I notatet fra AID og HOD til den nasjonale IA-koordineringsgruppen i 2006, pekes det på som en utfordring at utdanningskapasiteten over lengre tid ikke har økt i samsvar med behovet for arbeidsmedisinere i samfunnet.

Spesialiseringen i arbeidsmedisin krever minst et år ved en godkjent utdanningsinstitusjon (arbeidsmedisinsk sykehusavdeling) i tillegg til spesifiserte krav til tjenestetid i bedriftshelsetjenesten. Minst 4 av de 5 årenes tjenestetid som spesialiseringen krever må utgjøres av godkjent arbeidsmedisinsk tjeneste. De fleste arbeidsmedisinere arbeider som bedriftslege tilknyttet fellesordninger for bedriftshelsetjenester eller ved egenordninger for bedriftshelsetjeneste for større bedrifter.

² <http://www.legeforeningen.no/index>

2.2 Arbeidsmedisinens plass på universitetene

Arbeidsmedisinen er et lite fagfelt i Norge, men ikke nødvendigvis marginalt. Vi har understreket at det er sårbart, og det skyldes særlig at rekrutterings- og finansieringsutfordringer spiller sammen med et noe uklart ansvarsforhold i relasjonen mellom helse- og arbeidslivspolitik. Faglig står det altså sterkere enn den samlede kompetansen og virksomheten ved de fem sykehusavdelingene skulle tilsi, siden den største og mest robuste enheten – STAMI – ikke har et spesifikt helsepolitisk ansvar og er organisert under AID.

Arbeidsmedisinens posisjon ved universitetene gjenspeiler i noen grad denne doble forankringen. Samfunnsmedisinske fag, som arbeidsmedisinen sorterer under, utgjør et supplement til de organspesifikke spesialitetene og har tradisjonelt hatt en blandet finansiering av universitetene og AID. Tre av de fire norske universitetene som utdanner medisiner har arbeidsmedisinere i staben (UiB, UiO og NTNU), og samtlige av de som underviser på feltet er ansatte ved de arbeidsmedisinske avdelingene med bistilling ved universitetet.

Arbeidsmedisinens betydning i og andel av undervisningen ved de fire universitetene er til dels radikalt forskjellig. Vi har bare i liten grad kunnet bringe årsakene til dette på det rene, men det framstår som noe ubegrunnet og tilfeldig og bør tas opp til nærmere diskusjon. Hvorvidt det henger tett sammen med uklarhet om finansieringsansvaret, er usikkert. Vi har ikke fått tilgang til informasjon som skulle tyde på at dette er et problem ved UiT, men våre kilder ved UiO og STAMI peker på at finansieringsansvaret er uklart ved UiO. I dag undervises det svært lite på feltet, og undervisningen ivaretas av en STAMI-ansatt som har en bistilling ved UiO som ikke omfatter arbeidsmedisin.

Dersom arbeidsmedisinens svært begrensede del av undervisningen i medisinstudiet ved UiT og UiO skyldes manglende vilje eller evne til å finansiere et tema av faglig stor betydning for utdanningen, er det selvsagt illevarslende. Vi har ikke grunnlag for å foreta solid begrunnede vurderinger av denne utfordringen, men henviser til at flere toneangivende representanter for miljøet har påpekt at AID bør kunne forventes å finansiere professor II-stillinger ved universitetene. Vil dette for eksempel bety at AID's ekstrabevilgning til avdelingene og STAMI naturlig innebærer at STAMI påtar seg ansvaret for å styrke UiO på dette feltet? Vi er som sagt usikre på

dette, men vi har et bestemt inntrykk av at temaet er lite diskutert og at det derfor muligens kan løses forholdsvis enkelt dersom det tematiseres mer eksplisitt. Dersom undervisningen i arbeidsmedisin er i fare for å bli helt marginalisert ved utdanningene ved UiT og UiO, må utfordringen anses som akutt.

Ved UiT utgjør undervisningen i arbeidsmedisin totalt ni timer, ved UiO noe mindre. Ved UiB utgjør undervisningen så vidt vi har kunnet fastslå (på grunnlag av Institutt for samfunnsmedisins' hjemmesider) om lag 20 timer. Ved NTNU har to overleger og en yrkeshygieniker fra Arbeidsmedisinsk avdeling 20% stillinger ved Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin (men skal overføres til Institutt for Samfunnsmedisin), og stillingene er alle finansiert av NTNU. Undervisningen omfatter hele 96 timer forelesninger og 38 timer annen undervisning om miljørelaterte emner gjennom medisinstudiet, og av disse er henholdsvis 49 og 26 timer rene arbeidsmedisinske temaer som er spredt over hele studiet. I tillegg kommer en omfattende portefølje av studentveiledning. Avdelingslederen understreker at det er sterke historiske tradisjoner for dette ved NTNU. Helt siden medisinstudiet ble etablert har ansatte ved den arbeidsmedisinsk avdelingen engasjert seg og tenkt strategisk om sin tilknytning til universitetet.

2.3 Yrkeshygienikere, nevropsykologer og andre yrkesgrupper

Yrkeshygienikere arbeider ved alle de arbeidsmedisinske avdelingene. Tittelen yrkeshygieniker er ingen enhetlig utdanning, men en autorisasjon det kan søkes om dersom man har utdanning og erfaring som kan gi grunnlag for slik godkjenning. Sertifisering krever minst tre års teknisk-naturvitenskapelig studier ved godkjent universitet eller høyskole + minst 7 års relevant erfaring (minst 50 % yrkeshygiene) + 60 studiepoeng som dokumenterer yrkeshygieniske kunnskaper. Flere yrkeshygienikere har utdanning på master- og doktorgradnivå. Som vi skal komme mer tilbake til, varierer oppgavene til yrkeshygienikerne mye fra den ene avdelingen til den andre. En annen sentral kompetanse innenfor det arbeidsmedisinske feltet er nevropsykologi. På tidspunktet for våre intervjuer var det bare STAMI og YMA, Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus som hadde nevropsykologer ansatt på avdelingen. Innenfor arbeidsmedisinsk forskning anvendes nevropsykolo-

gisk kompetanse til å studere sammenhengen mellom eksponering for mulige neurotoksiske stoffer og deres effekt på nervesystemet (Bast-Pedersen 2008). De andre avdelingene må hente inn kompetansen ved behov. Ansatte ved arbeidsmedisinske avdelinger kan også være sykepleiere, samfunnsvitere, fysioterapeuter, merkantilt personal, audiofysikere og ingeniører. De fleste som jobber innenfor det arbeidsmedisinske tilbudet finner vi i bedriftshelsetjenesten.

2.4 Arbeids- og miljømedisin

Det er ulike oppfatninger om hvorvidt miljømedisinske problemstillinger og arbeidsoppgaver skal være en del av virksomheten ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Skillet ser ut til å gå mellom på den ene siden helsemyndighetene og ansatte i helsevesenet, og på den andre siden myndigheter, ansatte og fagorganisasjoner som representerer arbeidslivet. I beskrivelsen av fagfeltet yrkesmedisin i NOU 1988:41 diskuteres ikke en eventuell grensegang mellom yrkesmedisin og miljømedisin, og begrepet miljømedisin brukes uten noen nærmere definisjon. En av avdelingene (Rikshospitalet) som ble foreslått opprettet i NOU'en har miljømedisin i navnet. I omtalen av den planlagte avdelingen sies det ingenting om spesielle funksjoner knyttet til miljøet utover arbeidsmiljø. I dag har to av avdelingene miljømedisin i navnet, og en tredje har fått miljømedisinske oppgaver fra Helsedirektoratet. Det ligger utenfor vårt mandat å gå dypt i denne problemstillingen, men vi mener det er grunn til å vie det noe oppmerksomhet fordi det ser ut til å være uavklart hvilken rolle miljømedisin har i det arbeidsmedisinske feltet. Det ser også ut til å være ulike forventninger til de arbeidsmedisinske avdelingenes ansvar for miljømedisinske problemstillinger. Dette berører problemstillingene vi skal undersøke som angår hva de arbeidsmedisinske avdelingene er pålagt av oppgaver, hvilke oppgaver de utfører i praksis, og om de har kapasitet til å ivareta de pålagt oppgavene. I informasjonen under legeforeningens hjemmesider finner vi følgende:

....(..) Etter hvert har det både nasjonalt og internasjonalt blitt vanlig også å ta med i fagområdet beslektede problemstillinger innen miljømedisin. Den norske lægeforening går ikke inn for at det opprettes egen spesialitet i miljømedisin, men at fagområdet dekkes av eksisterende spesialiteter, i særlig grad arbeids- og samfunnsmedisin. Dette søkes reflektert i spesialistutdanningen i arbeidsmedisin. For arbeidsmedisinen er det naturlig å dekke de helsemessige aspek-

tene ved eksponeringer i miljøet som er av omtrent samme slag som i arbeidsmiljøet (f.eks. kjemiske eksponeringer og inneklimateproblemer), herunder forebyggende virksomhet. Tradisjonelt har eksponeringene i arbeidslivet oftest vært høyere enn i det generelle miljø, etter hvert begynner lavdoseproblematikk i større grad å bli felles for mange eksponeringer både i og utenfor arbeidsmiljøet.

Legeforeningens definisjon inkluderer altså miljømedisin i det arbeidsmedisinske virkefeltet.

Ingen av de arbeidsmedisinerne vi har spurt sier at miljømedisin ikke hører med i det arbeidsmedisinske virkefeltet, men noen er mer opptatt av temaet enn andre. Arbeids- og miljømedisinske avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus har tydeligst formidlet erfaringer med problemstillinger knyttet til miljømedisin.

Representantene for AID, ledelsen ved STAMI og arbeidstaker - arbeidsgiverorganisasjonene er imidlertid klare på at miljømedisin ligger utenfor det de ønsker skal være fokus for de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene. De arbeidsmedisinske sykehusavdelingene er i følge egne rapporter presset på oppgaver, og i referansegruppa for denne evalueringen blir det stilt spørsmål ved om miljømedisin representerer en "tidstyv" som bidrar til å redusere kapasiteten på de arbeidsrelaterte oppgavene. Vi har valgt å vie dette spørsmålet noe oppmerksomhet, fordi det ser ut til å ha betydning for flere informanter og enkelte av de arbeidsmedisinske avdelingene.

3. Presentasjon av avdelingene og STAMI

De arbeidsmedisinske sykehusavdelingene varierer i antall ansatte, yrkesbakgrunn blant de ansatte, organisering og vektlegging av arbeidsoppgaver. De har dog til felles at de regner pasientutredninger som den høyest prioriterte oppgaven. Også navnene varierer idet de veksler mellom å ha *miljømedisin* med i navnet, *arbeidsmedisin* eller *yrkesmedisin*. Vi skal i dette kapittelet kort presentere hver sykehusavdeling og avdeling for Arbeidsmedisin og epidemiologi (AME) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Resultater og inntrykk fra spørreundersøkelsene og intervjuene vi har gjennomført kan tyde på at STAMI's oppgaver og mandat generelt er mer kjent enn de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene. Hovedhensikten med dette kapittelet (og kapittel 4.3 og 4.4) er derfor å synliggjøre noe av mangfoldet ved de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI, og kanskje spesielt trekke frem de aktivitetene ved de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene som kommer i tillegg til pasientutredninger. Disse avdelingene har også en svært variert oppgaveportefølje, og vi har ikke i denne korte presentasjonen som ambisjon å presentere alle sidene ved alle avdelingene. Det vi her presenterer er i stor grad basert på hva de ulike avdelingene selv har valgt å legge vekt, og hvordan de har tolket våre henvendelser. Faktaopplysningene om de ulike avdelingene refererer til det som var tilfelle i uke 45-48 som var tidsperioden for våre besøk.

3.1 Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN (noen steder forkortet med AMA-UNN) er lokalisert litt for seg selv i nederste etasje av sykehuset. Klinikklederen har sitt kontor på et annet sted i bygningen, og kontakten med avdelingen er liten. Den fysiske plasseringen ser ut til å korrespondere med hvordan de ansatte opplever sin rolle i forhold til resten av sykehuset. Flere nevner at de er usynlige i systemet, og at de fleste ansatte på sykehuset trolig ikke vet at de eksisterer, dette selv om avde-

lingen har arbeidet aktivt med å spre kunnskap om sin virksomhet internt, blant annet gjennom fast spalte i internavisa. På tross av følelsen av usynlighet innenfor sykehussystemet, kjennetegnes avdelingen av mangfoldig og innovativ virksomhet, og avdelingen er i ferd med å utvikle seg i nye retninger og mot nye satsingsområder.

3.1.1 Ansatte

På intervju tidspunktet var bemanningen som følger:

- 3 overleger hvorav en er avdelingsleder
- 1 assistentlege
- 1 sekretær
- 1 kontorleder
- 2 samfunnsvitere
- 2 stipendiater tilknyttet avdelingen.
- 1 inneklimarådgiver (nå sluttet)
- 1 audiofysiker
- 1 forskningsingeniør
- 1 overingeniør
- 2 yrkeshygienikere
- 2 forskere (dr. scient.)

3.1.2 Organisering

Avdelingen var i den tidligere organiseringen under medisinske serviceavdelinger, men er nå en del av hjerte/lungeklinikken. Utfordringen for denne avdelingen, i likhet med de fleste arbeidsmedisinske avdelingene er at de ikke hører ”naturlig” hjemme i noen klinikk. Sett fra utsiden skiller den arbeidsmedisinske metodikken seg ut fra andre medisinske spesialiteter først og fremst ved at de bruker lang tid på hver pasient. Avdelingslederen ved AMA-UNN opplever at de har et strukturprob-

lem fordi de ikke passer inn noe sted. Da UNN skulle omorganiseres, var det egentlig ikke noen klinikk hvor den arbeidsmedisinske avdelingen passet inn, men ledelsen ba om å få bli en del av klinikken den nå hører til. Hjerte- lungeklinikken ved UNN omfatter en rekke akutfunksjoner, noe som på flere måter er en utfordring for den arbeidsmedisinske avdelingen. De andre avdelingene på klinikken håndterer mange akutte lidelser, redder liv bokstavelig talt daglig, og veier dermed tungt på vektskålen når budsjettet skal settes opp. Både avdelingsleder og klinikkleder nevner denne problemstillingen, og at det nærmest sier det seg selv at en avdeling som arbeidsmedisin kan få vanskeligheter med å nå opp med sine argumentere dersom de blir satt opp mot en avdeling som opererer hjertesyke barn. Flere ansatte forteller om det de opplever som støy, uro og usikkerhet som følge av stadige signaler fra sykehuset om dårlig økonomi og stadige krav om nedskjæringer. Avdelingslederen forteller at kravet fra klinikkledelsen i år var at de skulle skjære ned mer enn de andre avd.

3.1.3 Oppgaver

1. Poliklinikk (utredninger og spesialisterklæringer).
2. Forskning. Avdelingen har drevet forskning i over 10 år, med en økt satsing på forskning de siste årene. Finansieringskilder har gjennom årene vært blant annet: Norges Forskningsråd, NHO, LO og helseforetaket, Barentssekretariatet, Petroleumsnæringen, fylkeskommunen. Skriver artikler, forskningsrapporter og formidler tilbake til BHT (informasjonsmateriell/kurs).
3. Utdanning av arbeidsmedisinere, øvrig fagpersonell innen fagområdet (blant annet yrkeshygienikere) og undervisning på universitetet, høyskoler m.fl., samt ansvarlig for kurs til legers videre- og etterutdanning
4. De får henvendelser fra kommuneleger, BHT, virksomheter, miljøretta helsevern, media, privatpersoner m.fl.(gir råd pr tlf og brev, arrangerer kurs, lærer opp i bruk av måleinstrumenter, risikokommunikasjon).
5. Oppdrag/prosjekter. Ved konkrete problemstillinger der 1.linjetjenesten har behov for det, kan avdelingen ta på seg oppdrag eller lage felles prosjekt. Avdelingens instrumentpark brukes der det er relevant.

Kapasiteten på pasientutredningene ved UNN er god, med ca 2 mnd. ventetid (pr. 20.05.09). I 2008 ble 130 pasienter utredet på poliklinikken, i tillegg ble 65 pasientsaker besvart uten at pasientene var fysisk til stede på poliklinikken.

Forskning, utadrettet arbeid og oppbygging av landsdelens 1.linjetjeneste oppgis som satsingsområder ved denne avdelingen. Faglig dekker avdelingen psykososialt arbeidsmiljø i tillegg til de kjemisk, fysisk og biologisk arbeidsmiljø. Avdelingen yter også miljømedisinske tjenester.

Status for bruk av satsingsmidler pr 20.05.09: I overlege er ansatt og tiltrådt, 2 leger i utdanning (forkortet LIS) er ansatt og tiltrådt, 1 yrkeshygieniker er ansatt og tiltrer høst 2009.

3.2 Seksjon for Arbeidsmedisin(YMA), Sykehuset Telemark HF

Forkortelsen YMA (yrkesmedisinsk avdeling) er beholdt selv om avdelingen har endret navn til Seksjon for Arbeidsmedisin. Seksjon for Arbeidsmedisin ved Sykehuset Telemark HF var den første avdelingen vi besøkte. De ansatte formidler et inntrykk av å arbeide på en avdeling som, til tross for at de har store kapasitetsproblemer opplever at de er en synlig og integrert del av sykehusstrukturen.

3.2.1 Ansatte

Avdelingen har på intervjutidspunktet 13 ansatte (når de nye legestillingene er på plass vil antall ansatte være 17).

- 3 overleger, spesialister i arbeidsmedisin
- 3 leger i spesialisering
- 2 yrkeshygienikere (1 toksikolog 40 %, 1 yrkeshygieniker 100 %)
- 1 statistiker 50 %
- 1 sykepleier
- 2 sekretærer (60 + 100 %)
- 1 Konsulent

3.2.2 Organisering

Sykehuset Telemark HF består av 9 klinikker, og Seksjon for arbeidsmedisin er en av 8 seksjoner i Medisinsk serviceklinikk. Under denne klinikken sorterer vidt forskjellige seksjoner, blant annet laboratoriemedisin, røntgen, patologi, fysio- og ergoterapi. Klinikklederen har kontoret sitt i samme gang som Arbeidsmedisinsk avdeling, noe som trolig bidrar til en annen synlighet enn der hvor den fysiske avstanden mellom klinikkleder og avdeling er stor. Likevel er nok den viktigste grunnen til de ansattes følelse av å telle med i sykehusorganisasjonen at klinikklederen i følge de ansatte på Arbeidsmedisin har kjempet deres sak når det har vært snakk om nedskjæringer. Klinikklederen understreker at han ser det som sin oppgave å sørge for at hele klinikken backer hverandre opp, at det ikke blir konkurranseforhold mellom seksjonene innenfor samme klinikk. De ulike seksjonene genererer henholdsvis utgifter og inntekter. For eksempel gjennomfører genetikkseksjonen store inntektsgenererende analyserer. Inntektene fordeles mellom seksjonene slik at alle går i balanse.

Klinikken har så langt en positiv bunnlinje, men skal de økonomiske krav møtes må alle seksjoner i klinikken bidra med sparetiltak

YMA i Skien er ikke skånet for nedskjæringer. Seksjonen har fått redusert rammetilskuddet med over 40 % etter den statlige overtagelsen i 2002. I 2006 ble det kuttet 2 yrkeshygienikerstillinger, og følgene av det merkes i følge de ansatte godt på kapasiteten. Ventelisten er nå på 1 år for pasienter som venter på arbeidsmedisinsk utredning, men som ikke lenger er under eksponering.

3.2.3 Oppgaver

Prioriterte oppgaver er:

1. Poliklinikk. Utredninger utgjør hoveddelen av ressursbruken. I dag har de en lang venteliste. Den har økt fra tre måneder til et år fra 2006 til i dag. Yrkeshygienikerne eller arbeidsmedisinere foretar yrkesanamnesen, og yrkeshygienikere er således deltagende i pasientutredningene.
2. Forskning. Avdelingen satser på FOU, noe som er i tråd med sykehusets satsing. En overlege er i gang med Ph.D.-utdanning og en annen overlege er leder av et stort samarbeidsprosjekt innen lungesykdommer. I tillegg pågår

det flere prosjekter innen psykososialt arbeidsmiljø knyttet til gjennomføring av arbeidsmiljøundersøkelser i helsevesenet. Avdelingen har ansatt egen statistiker, for øvrig har to av de ansatte også deltidsstillinger i forskningsenheten på sykehuset.

3. Utdanning av spesialister. Avdelingen utdanner 1-2 arbeidsmedisinske spesialister i året. En av utdanningsstillingene har vært reservert for leger som bare har behov for et år ved avdelingen. Dette har vært begrunnet i behovet for å utdanne spesialister til bedriftshelsetjeneste. I perioden 2000-07 utdannet avdelingen 25 spesialister.
4. Undervisning, i første omgang daglig rettet mot egne leger i spesialisering, men også mot andre spesialiteter, bedrifter, leger i førstelinjetjenesten, jordmødre og Høgskolen.
5. Rådgivning av ulike yrkesgrupper. Dette gjøres i form av brev, rådgivning pr telefon, kurs/kvartalsmøte, bedriftsbesøk etc.
6. Arbeidsplassutredninger/utleie av måleutstyr. En yrkeshygieniker har ansvar for utleie av og opplæring i bruk av måleutstyr. Han påtar seg også oppdrag for bedrifter og bedriftshelsetjenester som trenger bistand til kartlegging av arbeidsmiljø.

Antall utredede pasienter i 2008: 410

Nye ansettelser: Avdelingen har ennå ikke fått stillingsnummer tildelt fra Helse Sør-Øst. Dette er etterlyst diverse ganger. Avdelingen har bedt om fire stillingsnummer og mener de kan ansette dette i og med de også har fått overført ubrukte midler. Avdelingen har valgt ikke å vente på stillingsnumrene og har utlyst stillingene. Avdelingen har også hatt en utlysning tidligere og er i ferd med å gi tilbud til en lege.

3.3 Avdeling for miljø- og yrkesmedisin (AMY) ved Oslo Universitetssykehuset HF, Ullevål

Avdelingen er lokalisert på Oslo Universitetssykehuset HF, Ullevål, og er resultat av en sammenslåing av de arbeidsmedisinske avdelingene ved Rikshospitalet og Ullevål. På tidspunktet for vårt besøk på avdelingen (nov.2008) var avdelingen i en vanskelig situasjon av flere grunner. Spesielt var måten overgangen hadde vært planlagt og gjennomført vært vanskelig å takle for flere. En av dem som flyttet fra Rikshospitalet forteller at like før sammenslåingen ble de ansatte oppmerksomme på at Ullevål sykehus allerede hadde fremmet forslag om å legge ned den sammenlåtte avdelingen. Omtrent samtidig ble de også kjent med at Ullevål sykehus krev-

de at de ansatte på SYM måtte skrive under en arbeidsavtale som la til grunn at de ble ”*rekruttert*” til nye stillinger ved Ullevål sykehus, noe verneombudet ved SYM påpekte ikke var i samsvar med styrevedtakene om en funksjonsoverdragelse av SYM til Ullevål og en styrking av fagfeltet. Den ansatte fortalte at kravet om at de skulle *rekrutteres* inn i nye stillinger ved MYMUS på Ullevål etter at avdelingen på forhånd var foreslått nedlagt av sykehusets ledelse, etter verneleder på SYM sin vurdering var i strid med Arbeidsmiljølovens bestemmelser hva gjelder virksomhetsoverdragelser. Denne vurderingen ble også støttet av jurister og tillitsvalgte på Rikshospitalet. De ansatte fra SYM opplevde dette som et ugunstig og uoversiktlig utgangspunkt for sammenslåingen. Ikke alle ønsket å bli med på flyttingen, og de ansatte på SYM som til sist flyttet fra Rikshospitalet til Ullevål gjorde det uten at det forelå noen arbeidsavtaler for disse – og som den intervjuede understreker – derfor selvsagt i en situasjon med betydelig misnøye.

SYM hadde altså på tidspunkt for sammenslåingen allerede gjennomgått en slankeprosess, den sammenslåtte avdelingen ble mye mindre enn det som var tenkt. De som flyttet sine kontorer til Ullevål var en overlege (tidligere leder for SYM), en yrkeshygieniker, en sekretær og en lege i spesialisering. Det var to ulike måter å drive en arbeidsmedisinsk avdeling på som nå skulle fungere som en. Blant annet var det ulike oppfatninger om rutiner for sekretærarbeidet, ulike forventninger til hvordan leger under utdanning skulle bidra til å avvikle køen av pasienter og ulike journalsystemer. De ansatte opplevde også flere praktiske utfordringer, blant annet knyttet til overføringer av de elektroniske journalene. Sammenslåingen skjedde i slutten av mars 2008, og da vi gjorde intervjuene hadde ennå ikke datajournalene blitt overført fra Rikshospitalets arkiver (de er fremdeles ikke overført pr. 28/5-09). En stor utfordring var det også at avdelingen manglet leder med arbeidsmedisinsk kompetanse etter at den som søkte og fikk lederstillingen trakk seg. Den tidligere lederen på MYMUS var på intervjuetidspunktet (uke 48, 2008) ansatt som konsulent 3 dager i uken og skulle hovedsakelig konsentrere seg om undervisning, veiledning (*supervisjon*) og poliklinikk, men brukte også mye tid til administrering. Den formelle lederen for avdelingen var også klinikkleder, og ble av flere beskrevet som lite delaktig i den daglige driften av avdelingen. Flere formidlet at denne mangelen på ledelse, og at de heller ikke i fellesskap ble enige om hvordan avdelingen skulle drives, var et problem.

3.3.1 Ansatte

På intervjutidspunktet (uke 48 2008) var bemanningen som følger:

- Avdelingen blir formelt ledet direkte av klinikkensjefen (Klinikk for forebyggende medisin, KFFM).
- Tidligere avdelingsoverlege er ansatt som konsulent tre dager i uken, og tar seg av en del avdelingslederoppgaver + supervising av assistentleger + undervisning + poliklinikk.
- En overlege, 80 % av tiden vies til forskning + 20 % pasientrettet.
- En overlege har permisjon.
- En yrkeshygieniker 100 %.
- 3 assistentlegestillinger (eller leger i spesialisering, LIS). To av assistentlegene deler en stilling, og arbeider halve tiden som bedriftslege, og den andre halve som assistentlege ved AMY, så det er 4 assistentleger).
- En forværelsesansatt (den faste ansatte på forværelse har permisjon). Den nåværende er vikar i 60 %).
- En kontoransvarlig som er ansatt i klinikken (KFFM), og som hjelper til med kontorarbeid i avdelingen.

3.3.2 Organisering

På intervjutidspunktet var den arbeidsmedisinske avdelingen organisert under Klinikk for forebyggende medisin (KFFM). Klinikklederen (og formell leder for arbeidsmedisin) som selv hadde vært med på å bygge opp en avdeling for forebyggende kardiologi, var lite optimistisk når det gjaldt fremtiden for all forebyggende medisin innenfor dette sykehuset. Som ved flere andre sykehus opplevdes avstanden til de andre sykehusspesialitetene som stor, og klinikkensjefen beskrev både KFFM og arbeidsmedisinsk avdeling som en liten spurv i tranedansen på divisjonsmøtene.

Da SYM og MYMUS ble foreslått sammenslått, var det med en begrunnelse om å styrke det arbeidsmedisinske tilbudet (sak 2007-059. styremøte 2007-06-07, Ullenvål Universitetssykehus HF). Det arbeidsmedisinske andrelinjetilbudet på Østlandet ble vurdert til å være i en kritisk situasjon på grunn av mangel på overlegestillinger. Sammenslåingen skulle styrke det samlede tilbudet gjennom økt samlet kompetan-

se, økt rekruttering av overleger, økt utdannings- og forskningskapasitet. De ansatte på den sammenslåtte avdelingen opplevde at så ikke var skjedd. På tidspunktet for våre intervjuer var antall ansatte i den sammenslåtte enheten færre enn de to avdelingene hadde vært hver for seg. Prosessen rundt ansettelse av leder, ansettelser i forbindelse med økt bevilgning og nær forestående sammenslåinger på foretaksnivå gjorde at hele avdelingen ga et inntrykk av å være ”på vent”.

3.3.3 Oppgaver

1. Poliklinisk virksomhet med arbeidsmedisinske utredninger og spesialisterklæringer.
2. Undervisning, veiledning (supervisjon) av assistentleger (både fra AMY og STAMI). Undervisning på STAMI’ grunnkurs. Avdelingen arrangerer et obligatorisk kurs i arbeidsrelaterte nevrologiske sykdommer for leger i spesialisering (LIS) og ansatte underviser på tilsvarende kurs i Tromsø, Bergen og i Oslo. Ansatte ved avdelingen sitter også i spesialistkomiteen for arbeidsmedisin og i forskningsutvalget for Norsk Arbeidsmedisinsk avdeling. Forsker ved avdelingen deltar i internasjonale faglige nettverk og arrangeringen av konferanser samt undervisningssamarbeid med universitet i utlandet.
3. Forskning, utredning og kompetanseoppbygging.
4. Forebygging: mange telefonhenvendelser fra publikum (om mugg i bygninger, asbest, med mer) og fra BHT, noe målevirksomhet og samarbeidsprosjekter med bedrifter.

Avdelingen har faste samarbeidsmøter og klinikker i forbindelse med pasientutredninger med nevropsykologer, nevrologer og lungeleger på Rikshospitalet. Avdelingen har faste fagmøter med lungelegen på Ullevål.

I følge de intervjuede har ventelisten ved avdelingen på Ullevål økt etter at avdelingene ble slått sammen. Vi får oppgitt at avdelingen ved Ullevål tidligere hadde venteliste på 2-3 måneder. Nå er ventelisten 9 – 12 måneder. Det gjelder ikke ter-

minale – ofte kreftpasienter, som tas fortløpende. De som er under eksponering kommer inn i løpet av tre måneder.

Antall utredede pasienter i 2008: 211

Spesialisterklæringer i 2008: 112. Noen av disse var ferdig utredet i 2007, og kommer i tillegg til de som ble utredet.

Personalsituasjonen pr. mai 2009: En overlege, spesialist i arbeidsmedisin er ansatt som avdelingsleder og en overlege, spesialist i arbeidsmedisin er ansatt i en stilling som var vakant. Det lyses ut 2 overlegestillinger og 3 LIS + en erstatningsstilling (1 år LIS). Den nytilsatte avdelingslederen forteller at avdelingen vil tilstrebe en balansert ansettelsesprofil ved å etter hvert også styrke yrkeshygieniker- og kontorsiden (vakante stillinger).

3.4 Yrkesmedisinsk avdeling, ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus

Avdelingen ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus skiller seg ut fra de andre avdelingene ved at de i større grad har et systematisk og organisatorisk integrert samarbeid mellom ulike spesialiteter som er tilsluttet yrkesmedisinsk avdeling. Virksomheten ved denne avdelingen utgjøres av kjernefunksjon og spesialfunksjoner. Kjernefunksjonen tar seg av mye av de samme oppgavene som er kjerneoppgavene ved de andre arbeidsmedisinske avdelingene, og her er det ansatt spesialister i arbeidsmedisin. De ulike spesialfunksjonene har faste møter med kjernefunksjonen og avdelingen jobber tverrfaglig. Avdelingens direktør er organisert i direkte linje til direktøren for Helse-Bergen, og samarbeidet mellom dem fungerer svært godt. Avdelingsdirektøren for arbeidsmedisinsk avdeling forteller at de opplever å være godt synlig i sykehusorganisasjonen på linje med andre medisinske spesialiteter.

3.4.1 Ansatte

Avdelingens ulike spesialiteter betegnes som henholdsvis ”kjernefunksjon” og ”spesialfunksjon”. Vi intervjuet ansatte både fra kjernefunksjonen og fra spesialfunksjonen. På tidspunktet for vårt besøk, var staben sammensatt slik:

Kjernefunksjon:

- To arbeidsmedisinere (en er også spesialist i samfunnsmedisin). Fra 1.1.09 i tillegg ansatt arbeidsmedisiner i bistilling (20 %) som er professor i arbeidsmedisin ved Universitetet i Bergen.
- Tre sertifiserte yrkeshygienikere.
- Nevrolog og nevrolog. Det er ansatt spesialist i nevrologi, spesialister i nevropsykologi/klinisk psykologi (til sammen 100 prosent) og 2 testteknikere som til sammen utgjør én stilling.
- Yrkesdermatolog: Det er ansatt overlege med professorat i dermatologi i 40 prosent stilling og spesialsykepleier i deltidsstilling.
- Lungelege
- Epidemiolog/statistiker: Det er ansatt en statistiker ved avdelingen. Hovedarbeidsoppgavene er å bistå i planlegging av nye forskningsprosjekter, etablere databaser, analysere data og delta i publisering og presentasjon av prosjekter. Avdelingen har også et Nasjonalt kompetansesenter og en Landsfunksjon.

Spesialfunksjonene er som følger:

Seksjon for hyperbarmedisin. Følgende yrkeskategorier er ansatt ved seksjonen: Seksjonsoverlege hyperbarmedisin (spesialist i plastisk kirurgi). Overlege hyperbarmedisin dr. med. (spesialist anesthesiologi). 14 spesialsykepleiere arbeider deltid med trykkammerbehandling. Hyperbarmedisinsk seksjon har Landsfunksjon i elektiv Hyperbarmedisin og administrerer hyperbarmedisinsk behandling til ulike pasientgrupper. I tillegg har seksjonen akutfunksjon og kontinuerlig dykkerlegevakt.

Norsk senter for maritim medisin: Følgende er ansatt ved senteret: Leder for senteret som er spesialist i allmennmedisin, og nestleder/forskningsjef som er spesialist i

arbeidsmedisin. Videre professor emeritus og spesialist i indremedisin/infeksjonsmedisin., samt professor i maritim medisin, 20 prosent stilling.

Seksjon for klinisk spesialellergologi: Personalet er tverrfaglig sammensatt, og de fleste arbeider i deltidstilling. Følgende yrkeskategorier er representert ved seksjonen: allergolog med professorat i allergologi, spesialist øre-nese-hals, klinisk ernæringsfysiolog og spesialsykepleiere.

Nasjonalt kompetansesenter i hyperbar og dykkemedisin skal drive forskning og fagutvikling innen fagfeltet hyperbar og dykkemedisin, undervise innenfor dette fagområde i grunn-, videre- og etterutdanninger, gi veiledning og rådgivning på nasjonalt nivå innenfor hyperbar- og dykkemedisin, det vil si å sikre spredning av kompetanse til landet for øvrig - bidra til å gjøre informasjon tilgjengelig innen hyperbar og dykkemedisin via egen hjemmeside - skal dessuten sørge for klinisk arbeid i en viss utstrekning i forhold til aktuelle pasientgrupper. Enheten er bemannet med leder (nevrolog med professorat i nevrologi), overlege 20 % (professor I i hyperbarmedisin), forsker 80 % stilling (psykolog med spesialitet i nevropsykologi og i klinisk psykologi) og statistiker i 50 % stilling.

Administrasjonen:

Administrasjonen utgjøres av følgende personer: Direktør (spesialist i lungesykdommer og indremedisin) som har faglig, økonomisk og personalansvar. Kontorleder er leder for fire sekretærer, til sammen 3,5 stilling. Oversykepleier er leder for 14 spesialsykepleiere i trykkammerbehandling som til sammen utgjør ca fire stillinger. I tillegg kommer 1,3 sykepleierstillinger, fordelt på to personer, tilknyttet poliklinikk for klinisk allergologi.

3.4.2 Organisering

Vurderinger av henvisninger som angår arbeidsmedisinske problemstillinger blir utført av kjernegruppen. Herfra blir pasientene sluset videre til de ulike spesialitetene Når det gjelder Seksjon for hyperbar, Seksjon for Klinisk Allergologi og Senter for maritim medisin (NSMM), får de henvisningene direkte fra eksterne (eks. andre sykehus, fastleger), fra sykehuset for øvrig og fra kollegaer internt på yrkesmedisins avdeling, herunder fra området arbeidsmedisin. De ansatte understreker fordelene

med fysisk nærhet og faste møter med flere spesialiteter. Det betyr at de slipper å henvise til andre steder, og de kan ”bli ferdig med pasientene”. En annen fordel er at leger med ulike spesialiteter kan drøfte problemstillinger seg imellom. Likevel gir enkelte uttrykk for at det er potensial for enda bedre utnyttelse av ressursene på tvers av fag og spesialiteter.

3.4.3 Oppgaver

1. Utredning av pasienter 1) diagnostikk og risikovurdering, 2) diagnostikk og årsaksutredning)
2. Forskning
3. Rådgivning ovenfor enkeltpersoner, bedrifter og bedriftshelestjeneste
4. Utdanning av spesialister i arbeidsmedisin
5. Undervisning

Antall yrkesmedisinske utredninger (kjernefunksjonen) i 2008: 258

Venteliste: varierende ventetid avhengig av hvilken seksjon, men på tradisjonell yrkesmedisin er ventelisten 6 mnd.

For de øremerkede midlene, er det i løpet av 2009 ansatt: 2 overleger, 3 leger under utdanning, 0,60 % nevropsykolog, 0,60 % yrkeshygieniker. I tillegg er nødvendige kontorressurser tilført.

3.5 Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital HF

Den arbeidsmedisinske avdelingen ved St. Olavs Hospital HF er en av avdelingene som opplever at de er i stand til å utrede pasienter i takt med henvisingene. De har ingen pasienter som står på venteliste. Avdelingslederen forteller at de har arbeidet både aktivt og strategisk for å sikre fornyelse av kompetanse ved avdelingen, blant annet gjennom utstrakt samarbeid med NTNU. I intervjuet med Klinikklederen blir det formidlet stor grad av tillit til avdelingslederen. Avdelingen styrer seg selv i stor grad uten særlig innblanding fra klinikkledelelsen, noe som bekreftes av avdelingsledelsen. Avdelingen er en del av Klinikkk for lunge- og arbeidsmedisin ved St. Olavs Hospital HF.

På tidspunktet for våre intervjuer (uke 46, 2008) var bemanningen som følger:

3.5.1 Ansatte

- Avdelingssjef / overlege
- Lege i spesialisering
- Administrasjonskonsulent
- Yrkeshygieniker
- To overleger
- Sykepleier/ klinisk spesialist

Arbeidsmedisinsk avdeling har syv fast ansatte og flere eksternt finansierte medarbeidere. Avdelingen har tre overleger som har hovedansvaret for alt av pasientutredninger. På intervjutidspunktet var det 5 personer i eksterntfinansierte stillinger, i ulike stillingsbrøker. Disse stillingene er først og fremst knyttet til forskningsprosjekter og/eller studenter som holder på med forskerutdanning. Avdelingssjefen og en yrkeshygieniker har også 20 % bistillinger som henholdsvis professor II og universitetslektor II ved Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin ved Det medisinske fakultetet ved NTNU. En overlege har 20 % bistilling som førsteamanuensis II i arbeidsmedisin ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse ved NTNU.

3.5.2 Organisering

Avdelingen ble opprettet i 1990 etter initiativ fra Helse- og sosialdepartementet som de første årene ga et øremerket tilskudd som senere ble en del av rammetilskuddet til Helse Midt-Norge. Etter starten har det ikke vært annen vekst ved avdelingen enn at den fikk en assistentlegestilling i 1991 og en andre yrkeshygienikerstilling fra 1992 (holdt vakant av innsparingsgrunner 2006-8). Avdelingen har i alle år gjennomført flere eksternt finansierte prosjekter og har i den sammenheng

også hatt flere midlertidige prosjektmedarbeidere. Fra 1990 er det nærmere 20 leger som har gjennomført minimum ett års tjeneste ved avdelingen som ledd i deres spesialistutdanning i arbeidsmedisin.

Avdelingen ble både i 2001 og i 2006 i forbindelse med innsparingskrav på sykehuset truet med nedleggelse, men dette ble ikke gjennomført. Grunnen til at det ikke ble gjennomført er i følge flere av våre informanter at avdelingens ansatte og flere av brukerne argumenterte sterkt og godt for betydningen av å opprettholde tjenesten som en kjernefunksjon ved universitetssykehuset. I tilfelle nedleggelse måtte tjenester kjøpes ute og det ville medføre gradvis svekkelse av kompetanse og derved problemer med å få utført oppgavene. Dessuten ble det ved begge anledninger påpekt at brorparten av finansieringen av avdelingen er en del av rammetilskuddet fra staten og at dette ville bli trukket tilbake dersom avdelingen ble lagt ned. Oppgaver

1. Utredning av pasienter med spørsmål om arbeidsrelaterte sykdommer (60-70% av virksomheten).
2. Arbeidsplassutredninger (oppdrag for bedrifter direkte eller for BHT).
3. Rådgiver for enkeltpersoner, arbeidsliv, partene i arbeidslivet, myndigheter, bedrifter, leger, jordmødre, direktorater etc.. andre del av helsetjenester.
4. Forskning – arbeidsmedisinsk forskning om sammenhenger mellom påvirkning og helse. Er tilknyttet NTNU.
5. Utdanning og undervisning innen arbeid og helse blant annet på medisinstudiet på NTNU.

Nyansettelser som følge av øremerkede midler fra AID:

1 overlege ansatt august 2008

1 overlege ansatt januar 2009

1 lege i spesialisering (under ansettelse)

1 kombinert stilling for lege i spesialisering / prosjektarbeid opprettet i første omgang for tre år med ansettelse i januar 2009.

3.6 Arbeidsmedisin og epidemiologi (AME), Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)

3.6.1 Organisering

STAMI er organisert direkte under Arbeidsmiljø- og sikkerhetsavdelingen (AMS) i Arbeids- og Inkluderingsdepartementet (AID), og har totalt 120 ansatte fordelt på følgende 7 avdelinger: Arbeidsrelaterte muskelskjelettlidelser, Arbeidsmedisin og epidemiologi, Kjemisk og biologisk arbeidsmiljø, Organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø, Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø- og helse (NOA), Administrasjon og Kommunikasjon.

Totalt har STAMI i underkant av 100 forskningsprosjekter av ulikt omfang og varighet. Vår evaluering omfatter AME, men vi har også intervjuet noen ansatte fra kommunikasjonsavdelingen, NOA, forskningsleder og direktør for STAMI.

STAMI's grunnfinansiering er på ca 80-90%.

3.6.2 Ansatte

Ved AME i uke 49 2008:

- 1 forskningssjef/avdelingsoverlege/avdelingsdirektør
- 1 forskningssjef, professor, overlege
- 1 forskningssjef, overlege
- 2 overleger, dr. med
- 2 overleger
- 1 fysioterapeut, 1 sivilingeniør/fysioterapeut
- 1 dr. psychol, 1 nevropsykolog/forsker
- 3 leger under spesialisering
- 3 stipendiater(2 leger, 1 sosiolog)
- 1 post doc.

3.6.3 Oppgaver

Siden STAMI har en annen rolle enn de andre avdelingene, har vi valgt å gi en fylligere beskrivelse av denne institusjonens oppgaver og innretning.

AME er involvert i en lang rekke forskningsprosjekter som dreier seg om sammenheng mellom arbeidsliv og sykdom, blant annet:

- Nevropsykologiske skader, eks. mangan, kvikksølv.
- Lunge/luftveisplager (eks. gjødselproduksjon, sementindustri, silisium karbid).
- Prosjekter tilknyttet avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).
- Arbeidsrelaterte plager i befolkningen
- Betydning av helse i barneårene for arbeidsdeltakelse
- Kreft blant yrkeseksponerte grupper
- Arbeidsmiljø og brystkreftrisiko blant sykepleiere.
- Lunge- og hørselseffekter blant dykkere.
- Skader etter lavspent strømgjennomgang

Dette er bare noen av prosjektene. For en fullstendig liste; se STAMI's hjemmeside. STAMI's ledelse understreker betydningen av langsiktighet i dokumentasjon og forskning. Forskningsmetodene som benyttes er primært naturvitenskapelig forankret, og det legges avgjørende vekt på at sammenhengen mellom eksponering og helseeffekter skal kunne dokumenteres i henhold til strengt vitenskapelige kriterier. STAMI er en integrert del av et internasjonalt forskningsmiljø, og bygger sin forskningsvirksomhet på gyldighetskriterier og funn i den internasjonale forskningsfronten. STAMI's ledelse understreker at man generelt er svært varsom med å ta del i spekulasjoner om sammenhenger som mangler vitenskapelig dokumentasjon. Forholdet mellom eksponering og helseeffekt er ofte krevende å avdekke.

Mye av det vi gjør er historisk – eksponeringa har ofte skjedd for mange år siden.

Dette gjelder først og fremst pasientutredningene, men enkelte av STAMI's ansatte understreker at institusjonens orientering på denne måten rommer et dilemma, si-

den den stimulerer til å rette fokus mot å dokumentere skadelige sammenhenger som allerede har skjedd, muligens på bekostning av utfordringer i dagens arbeidsliv som kan være mer relevante. Men som landets største forskningsinstitusjon innen arbeidsmiljø, med et stort antall forskere og en stabil ressurstilgang er STAMI i posisjon til å bevege seg i nye retninger og være i forskningsfronten med hensyn til et bredt spekter av nye og aktuelle problemstillinger. Ekspertutvalget som har arbeidet med NOU 2008: 11 om yrkessykdommer, hvor ansatte ved STAMI har vært sentrale, bidrar til å tydeliggjøre denne forpliktelsen når det understrekes at yrkessykdomslista i framtiden bør justeres i henhold til nye forskningsresultater.

STAMI's forskningsledelse er opptatt av at STAMI skal være prinsipielt uavhengig, og mener at institusjonen har lykket godt i å forvalte sin uavhengige rolle. Det er kun i kraft av solid og uavhengig vitenskapelig kompetanse det er mulig å innta rollen som troverdig samarbeidspartner, rådgivende instans og oppdragstaker overfor myndigheter og partene i arbeidslivet. Men selv om STAMI opplever stor grad av autonomi i relasjon til AID, er det likevel flere av de ansatte som problematiserer hva som er eller bør være retningslinjene for STAMI's forskningsportefølje. Flere av STAMI's forskere er opptatt av at STAMI i større grad burde reflektere problemstillinger som meldes fra bedriftshelsetjenestene og fra arbeidslivet. I følge tall fra STAMI finansieres forskningen 80-90% gjennom årlige overføringer fra departementet. Forskerne er likevel avhengig av samarbeid med ulike organisasjoner og bedrifter for å fullfinansiere forskningsprosjektene. Enkelte forskere beskriver forskningen som i for stor grad tilfeldig styrt av næringslivet, og deres erfaring er at tendensen er økende. De påpeker videre den uheldige konsekvens at det kanskje forskes på eksponeringer som ikke representerer reelle problemer:

Hvor mye ressurser skal vi bruke på det som sannsynligvis ikke er farlig?

Ressurssterke bedrifter kan naturligvis ha interesse av å engasjere STAMI med sikte på å styrke sin legitimitet, for eksempel ved å få slått fast at helsefare i arbeidsmiljøet ikke kan dokumenteres. En annen potensielt problematisk effekt av å "følge pengene" er i følge disse forskerne er at det kan legge beslag på forskerressurser og styrer kunnskapsutviklingen i litt tilfeldige retninger. De påpeker også at i tilfeller der forskningen viser resultater som framstår som uønskede for bedriften, kan det være en utfordring å få resultatene publisert.

Driften av poliklinikken ved STAMI begrunnes med at STAMI ønsker å være en utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering. Poliklinikken gir samtidig overlegene mulighet til å vedlikeholde den kliniske kompetansen som er nødvendig blant annet når STAMI påtar seg sakkyndighetsoppdrag. STAMI tar i mot pasienter til utredninger og sakkyndighetsvurderinger, men de har ingen avtale med NAV om refusjoner. Det betyr at STAMI selv kan regulere hvor mange pasienter de ønsker å ta i mot på poliklinikken.

Intervjuene med forskerne på STAMI gir et mangfoldig bilde av institusjonen. Flere forskere er opptatt av de arbeidsmedisinske avdelingene og BHT'enes fremtid, og uttrykker en bekymring på vegne av begge. Gjennom intervjuene gis også et inntrykk av at det finnes mange ulike synspunkter på forskningsfokus blant forskerne på STAMI som i for liten grad blir løftet opp som åpne diskusjoner i fagmiljøet. En forsker uttaler:

Ukurante synspunkter har ikke plass i positivismen.

Vi vurderer det som relevant å ta med denne problemstillingen, til tross for at uttalen ikke er representativ for forskerne på STAMI. I den grad dette er et problem og en utfordring, har det ikke nødvendigvis med forskningens kvalitet og innretning å gjøre, men snarere med muligheten for å føre en levende faglig debatt i et usedvanlig komplekst forskningsfelt der interessentene er sterke og mange. Dersom noen i miljøet opplever at deres synspunkter på forskningens relevans, uavhengighet og prioriteringer ikke blir en del av den faglige debatten ved STAMI, er det sannsynligvis en utfordring det vil være mulig og interessant å møte aktivt.

Fagsekretariatet for BHT er organisert under AME. Fagsekretariatets oppgave er å bidra til faglig utvikling og veiledning av bedriftshelsetjenesten, styrke nettverket mellom bedriftshelsetjenestene, koordinere bedriftshelsetjenestens innsats på utvalgte satsingsområder i samsvar med myndighetenes planer, formidle informasjon om regelverk og faglige nyheter og nyttiggjøre seg Statens Arbeidsmiljøinstitutt som en nasjonal ressurs for arbeidsmiljø og helse.

Fagsekretariatet består av to ansatte (en overlege og en rådgiver). De har en åpen linje med BHT'ene gjennom "HMS-epostlista" der de daglig svarer på henvendelser og spørsmål fra hele landet. Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten eller "BHT-

sekretariatet" samarbeider med mange ulike partnere, både nasjonalt og ikke minst internasjonalt, blant annet profesjonsforeningene innen BHT- Norge, Arbeidstilsynet, partene i arbeidslivet og WHO. Kommunikasjonsavdelingen har ansvar for å arrangere kurs, frokostmøter og samlinger i tillegg til å ha en aktiv strategi ovenfor media. Kommunikasjonsavdelingen inviterer forskere til å formidle fra sin egen forskning, og legger vekt på at når de formidler til publikum uten vitenskapelig bakgrunn skal de legge vekt på å "folkeligjøre" og oversette til et språk som gir forståelse også blant ikke-forskere. STAMI er den største forskningsinstitusjonen på arbeidsmiljø og helse i Norge og har en svært viktig funksjon som kunnskapsleverandør til bedriftshelsetjenesten, men også til andre aktører, som partene i arbeidslivet, myndighetene og Petroleumstilsynet og Arbeidstilsynet.

4. Oppgaver og styring

4.1 Hvilke oppgaver skal avdelingene utføre?

I våre intervjuer med ledere og ansatte i det arbeidsmedisinske miljøet var det vanskelig å få et klart svar på hva hvilke oppgaver som er *pålagt* de arbeidsmedisinske avdelingene å utføre – bortsett fra det som faller inn under *rett til prioritert helsehjelp*, og som utgjør bare en del av den totale arbeidsmengden på avdelingene. En avdelingsleder forteller at avdelingens oppdrag ikke er kommunisert i det hele tatt. ”*Det er ingen formuleringer til å bli klok av. Jeg stiller et stort spørsmålstejn ved det. Vi har formulert vårt oppdrag lokalt*”. Denne uklarheten ser ut til å gjenspeile seg i alle leddene helt opp til departementet. Før vi går til de enkelte avdelingene, skal vi se på de formelle, politiske retningslinjene spesialisthelsetjenestene styres etter.

4.1.1 Det formelle styringssystemet

Dagens styringssystem har sitt opphav i sykehusreformen fra 2002 der formålet var å legge grunnlaget for en helhetlig og tydelig statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Reformen skulle også legge til rette for en klarere ansvarsfordeling og en bedre utnyttelse av ressursene. De to store grepene som ble gjort var for det første at staten overtok ansvaret og sykehusene ble organisert i regionale og lokale sykehusforetak. Disse ble egne rettssubjekter med egne styrever og befinner seg således i en styringsmessig armlengdes avstand fra den statlige forvaltningen. Dette innebærer at staten styrer i form av lover, forskrifter og andre overordnede styringssignaler, noe som igjen gir regionale og lokale helseforetak økt selvstyre over organisering og utforming av tjenestene.

Ansvarsdelingen mellom stat og helseforetak innebærer som nevnt at de regionale foretakene får større autonomi ved at staten styrer i en såkalt armlengdes avstand. Formålet med dette er å gi foretakene handlefrihet, men innenfor rammen av overordnede målsettinger og prioriteringer. Handlefriheten skal igjen bidra til å oppnå målet om et mer effektivt helsevesen. De overordnede målene og prioriteringene,

eventuelt andre styringssignaler, formuleres videre i årlige oppdragsdokument til de regionale helseforetakene. Gjennom *oppdragsdokumentet* stiller departementet midler til disposisjon til de regionale helseforetakene for å utføre pålagte oppgaver og *sørge for en realisering av styringskravene innenfor de mål og rammer som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet*. Oppdragsdokumentet inneholder også en spesifisering av enkelte politisk prioriterte områder, som for eksempel psykiske helsevern, rus eller kvinnehelse. I tråd med prinsippet om arm-lengdes avstand, formuleres også de konkrete styringssignalene i form av overordnede måleparametere, dvs. i form av såkalte styringsvariabler og tiltak for oppfølging. I tillegg til oppdragsdokumentet, er det to andre viktige styringsinstrumenter staten har.

Det ene styringsinstrumentet er finansieringssystemet – dvs. den innsatsstyrte finansieringen – som er utformet for å påvirke prioriteringene i tråd med de overordnede målsettingene – og rammefinansieringen. Forholdet mellom andel rammefinansiering og innsatsstyr finansiering har variert noe siden systemet ble innført. Nå er fordelingen 60% rammefinansieringen, mens inntekter basert på innsats ligger på 40 %. Den innsatsstyrte finansieringen innebærer at deler av bevilgningen til helseforetakene bestemmes av hvor mange pasienter som har fått behandling. Beregning av inntekter for utførte pasientbehandlinger skjer gjennom DRG-poeng, mens sykehusavdelinger med poliklinisk virksomhet får inntekter (utover rammefinansiering) gjennom polikliniske takster. Utredningen av pasienter ved de arbeidsmedisinske avdelingene har vært knyttet til polikliniske takster, og har hittil ikke vært en del av den innsatsstyrte finansieringen. Da vi gjennomførte våre intervjuer på slutten av 2008, fortalte klinikklederen (som også var avdelingsleder) ved Yrkes- og miljømedisinske avdeling ved Ullevål at avdelingens inntekter knyttet til pasientutredninger fra nå av var blitt en del av det innsatsstyrte systemet. Vi skal ikke evaluere ISF-systemet her, men tar med en liten betraktning om denne finansieringsmodellen, siden den kan bli aktuell for de arbeidsmedisinske avdelingene fremover.

Den innsatsstyrte delen baserer seg på beregning av poeng ut fra diagnoserelaterte grupper (DRG-poeng), og skal ideelt sett kompensere for ressurs- og kompetansebruk knyttet til utredning og behandling av ulike diagnoser (om ISF-systemet: St.meld.nr.24 (1996-1997) *Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*, St. meld.21 (1998-1999) *Ansvar og meistring*). Det er en

utfordring å få etablert et system som oppleves som ”rettferdig”, og flere har uttrykt bekymring over skjevheter som kan oppstå i et slikt styringssystem (Vike m.fl. 2002). Arbeidsmedisinen med tidkrevende utredninger kan bli skadelidende i et slikt system, fordi differensen mellom faktisk anvendte ressurser og tilbakebetaling via DRG-systemet trolig vil være særlig stor her. Klinikkleder/avdelingsleder ved Ullevål anslo at fra en beregning på 1100,- i polikliniske takster pr pasient, ble overføringene på grunn av omlegging til DRG-systemet, redusert til ca 110,- pr. pasient.

Det andre styringsinstrumentet er prioriteringsforskriften som bygger på Lønning II-utvalgets prioriteringer (NOU 1997:18). Prioriteringsforskriftens § 2 lyder som følger:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller prioritert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten kan ha nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Hovedvekten av pasienter som blir henvist til de arbeidsmedisinske avdelingene har ikke høy prioritet i henhold til denne loven. Den gruppen som, etter det vi har forstått, omfattes av prioriteringsforskriftene til HOD, er den gruppen av arbeidstakere som blir henvist til arbeidsmedisinsk utredning som er under eksponering i sitt daglige arbeid. Ved alle avdelingene har denne gruppen en øvre grense på 3 måneders ventetid før de blir utredet. Den gruppen som de arbeidsmedisinske avdelingene prioriterer høyest (innen 1-3 uker) er terminale, ofte kreftpasienter hvor det handler om sakkyndige vurderinger som grunnlag for erstatning – i praksis vil det ofte si til pårørende. De som står lengst i kø for utredning er pasienter som venter på arbeidsmedisinsk utredning for tidligere eksponeringer, og som kan ha en ventetid på arbeidsmedisinsk vurdering på opp til et år. Deretter kan ventetiden bli enda lenger som følge av videre henvisning til andre spesialiteter, for eksempel lungespesialister, noe som kan øke den totale ventetiden i spesialisthelssystemet betraktelig (såkalt *serieventing*).

4.1.2 Styringsystemet i praksis

Et sentralt spørsmål her vil være om og eventuelt hva slags betydning det skisserte styringsystem kan ha for de utformingen av tjenestene ved de arbeidsmedisinske avdelingene? Før vi går nærmere inn på dette, kan det være relevant å trekke inn noen generelle erfaringer fra evalueringen av sykehusreformen, som et bakteppe for å forstå konteksten til det arbeidsmedisinske tilbudet. En oppsummeringsrapport fra Forskningsrådet (2007) viser for det første at helsereformen har bidratt til en noe mer produktiv spesialisthelsetjeneste, noe som er i tråd med intensjonene. For det andre viser evalueringen at det har vært en vekst i aktivitetene til tross for statlige signaler om nullvekst. De to første punktene viser med andre ord at den nye styringsmodellen kan gjøre at foretakene blir mer produktive, men ikke nødvendigvis at det de leverer er mer i samsvar med overordna styringssignalene. Et tredje funn fra evalueringene er at prioriteringene av ulike pasientgrupper mellom helseforetakene ikke har blitt mer ensartet. Med andre ord kan dette tyde på at helseforetakenes regionale autonomi kommer til uttrykk i variasjoner i tjenesteproduksjon, noe som også vil være aktuelt for de arbeidsmedisinske avdelingene. Et fjerde interessant resultat er at overgangen til nye regnskapsprinsipper har bidratt til å innføre en tydeligere bedriftsøkonomisk tankegang i en sektor som tradisjonelt har vært forvaltnings- eller regelstyrt. Denne delen av evalueringen viser også til hvordan ulike finansieringssystemer – innsatsstyrt finansiering og rammefinansiering – bidrar til utilsiktede vridninger av ressurser. Dette har også relevans for de arbeidsmedisinske avdelingene siden de har oppgaver med både rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering.

Intervjuer med avdelingsdirektør og en seniorrådgiver fra spesialisthelsetjenesteavdelingen i HOD bekrefter langt på vei at de arbeidsmedisinske avdelingene i helseforetakene er underlagt det generelle styringsregime som andre virksomheter i helseforetakene. Med andre ord gjelder ingen særskilte regler eller retningslinjer for denne virksomheten. HOD's representanter bekrefter at ansvaret er delegert til de enkelte foretakene, og det er deres ansvar å sørge for de arbeidsmedisinske avdelingene. HOD's representanter forteller at det direkte ansvaret er delegert til de enkelte foretakene innenfor det overordnede helsepolitiske oppdraget som er presentert for RHF-ene i styringsdokumentene (som krav knyttet til bevilgningene), og i foretaksmøtene (eierstyringen fra departementet). Det er RHF-enes ansvar å in-

nenfor disse rammene sørge for helsetilbudet til befolkningen, inklusive det arbeidsmedisinske. Ansvaret og oppgaver er ikke spesifisert i detalj, men dette er også i tråd med den overordnede styringsfilosofien om at de faglige utøverne skal jobbe etter lokale forutsetninger og behov. På spørsmål til HOD om den lokale autonomi strekker seg så langt at de enkelte helseforetakene kan legge ned arbeidsmedisinske avdelinger, svarer representantene at de regionale helseforetakene har et ”sørge for ansvar” for å tilby de helsetjenester som befolkningen trenger. Oppgavene må ikke nødvendigvis utøves av helseforetakene selv. De kan også velge å skaffe tjenesten på annen måte, fra andre regionale helseforetak, eller fra private tilbydere dersom det er faglig fornuftig, (f eks dersom tilbudet er svært spesialisert, som f eks ved dykkermedisin), og dersom man vurderer at det nasjonale tilbudet er tilstrekkelig sørget for. Men HOD har ikke oppfattet det dit hen at dette er en aktuell problemstilling for arbeidsmedisin.

Helseforetakene kan sies å styres etter armlengdes avstand-prinsippet. HOD’s representanter forklarer styringsprinsippene slik: Helseforetakene styres etter de retningslinjene som er satt i helseforetaksloven, dvs en overordnet styringsmodell, der det stilles overordnede krav til RHF-ene i årlige styringsdokumenter og foretaksmøter.

Representantene vi intervjuet understreket at HOD forsøker å unngå å detaljstyre. Hensikten er at det delegerte ansvaret skal stimulere til kreativitet og til utnyttelse av det lokale handlingsrommet, samt unngå at for sterk styring legger en demper på den lokale utviklingen.

Vi har også undersøkt i de offisielle styringsdokumentene mellom HOD og helseforetakene om de arbeidsmedisinske avdelingene er omtalt. Ingen av oppdragsdokumentene fra 2002 og frem til 2008 inneholder noe omtale av de arbeidsmedisinske avdelingene. Med andre ord må dette tolkes om at departementet i denne perioden ikke har sett behov for å gi avdelingene spesiell oppmerksomhet. I protokollen fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for 2007, ser vi imidlertid at det arbeidsmedisinske tilbudet nevnes spesielt. Her går det frem at:

”Regjeringen samarbeider med partene i arbeidslivet for å få et mer inkluderende arbeidsliv, og i den forbindelse har helseministeren uttrykt at arbeidsmedisinen skal styrkes. Foretaksmøtet har merket seg at det er et behov for å styrke

kapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene, og for å øke utdanningskapasiteten i arbeidsmedisin, slik at arbeidsrelaterte skader og lidelser i samfunnet kan forebygges, avdekkes og diagnostiseres”.

Foretaksmøtet viste i den sammenheng til at det er stilt til disposisjon ekstra budsjettmidler fra prosjektet ”Raskere tilbake”.

Det er interessant å se at det i protokollen fremgår at foretaksmøtet forutsetter at Helse Sør-Øst RHF tar ansvar for å sikre tilstrekkelig kapasitet ved de arbeidsmedisinske avdelingene, og for tilstrekkelig utdanningskapasitet i arbeidsmedisin. Protokollen fra foretaksmøtene i de andre helseregionene er likelydende. I oppdragsdokumentet for 2009 finner vi at dette følges opp fra departementets side. Her fremgår det at til sammen 20 mill kroner skal øremerkes til overlegestillinger og utdanningsstillinger ved de arbeidsmedisinske avdelingene. I følge dokumentet skal det også rapporteres særskilt for bruken av disse midlene. Dette viser med andre ord at departementet innenfor det gjeldende styringsregime, også har muligheter til mer detaljstyring. I dette tilfellet ser vi at det dreier seg om å styre ressursbruken til avdelingene. Utformingen av innholdet i tjenestene har imidlertid vært overlatt til helseforetakene og det lokale skjønn. Siden vi finner de særskilte styringssignalene først i 2007, betyr det samtidig at i store deler av perioden fra sykehusreformen i 2002, har de arbeidsmedisinske avdelingene vært underlagt det generelle styringsystemet i helseforetakene.

HOD's strategi med å ikke legge seg opp i detaljer for styringen er en styringsideologi i tråd med det som med en samlebetegnelse omtales som New Public Management eller *Ny Offentlig Styring* (Vike 2004). Denne formen for styring er aktiv, men samtidig indirekte. Med det mener vi at styringen foregår ved formulering av måleparametre og ved måloppnåelsesrapportering. *Ny Offentlig Styring* er blant annet en politisk strategi som tar sikte på å løse politiske problemer administrativt. Den består av ulike teknikker for å reorganisere forholdet mellom beslutningstakere og utøvere, og mellom makt og ansvar. En overordnet ambisjon er videre å redusere byråkrati, en ambisjon som har vært spesielt tydelig i de siste fire-fem regjeringenes mer eller mindre ulike moderniseringsprogrammer for offentlig sektor. Ansvaret for å yte tjenestene flyttes nedover – det desentraliseres – mens styringsfunksjonene beholdes på det sentrale, der strategiutformingen skal foregå. I en del sammenhenger, som i de statlige helseforetakene som ble opprettet i 2002, gjen-

nomføres dette parallelt med introduksjonen av mekanismer som etablerer konkurranse mellom utøverne eller tjenesteleverandørene. Slike mekanismer forstås som incentiver, altså som noe som skal påvirke utøvernes motivasjon til å yte sitt beste og til å realisere sentralt vedtatte hensikter (strategier). I de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene har vi sett at incentivsystemet oppmuntrer til forskningsvirksomhet gjennom å bevilge midler til forskning og gjennom uttelling for akademisk produksjon i helseforetakene. Arbeidsmedisinske pasientutredninger er det derimot knyttet liten grad av incentiver til. Incentivsystemer for pasientutredning og behandling er designet på en måte som passer dårlig til den møysommelige arbeidsmedisinske metodikken. Heller ikke forebyggende virksomhet omfattes av noen form for incentiver.

Hvordan opplever så medarbeiderne ved de arbeidsmedisinske avdelingene styringen av avdelingene? Sitatene under illustrerer hvordan styringen mottas på ulike måter blant ansatte innenfor de samme avdelingene. For noen oppleves det som en mulighet til å utvikle avdelingen ut fra egne valgte strategier som er relevante for regionen, mens for andre oppleves den samme situasjonen som et frustrerende fravær av retning og styring.

Ingen har sagt hva vi skal jobbe med.

Vi får ingen signaler ovenfra om hva vi bør holde på med. Vi tar oss til rette selv, der vi synes det er viktigst og starter og der et er mulig å starte, mange av oppgavene krever mye penger, det har vi ikke.

Fungerer bra fordi vi ikke får signaler fra oven. Vi har ikke noen klam hånd over oss, og får drive butikken som vi vil, det gir spillerom for kreativitet. Vi har liten forankring i Helse Vest, men Helse Bergen har bevilget penger.

Våre styringssignaler er klare: få ned ventelistene. Direktøren har latt oss få være i fred. Vi er pålagt å drive forskning for å være en utdanningsinstitusjon. Vi jobber i samsvar med styringssignalene. Ikke fullt så mye i samsvar med hva vi ønsker.

Styringssignalene går ut på å prioritere de som har rett til helsehjelp. Å beholde det faglige miljøet og ansette leger.

Vi kan komme anmodninger om konkrete saker, men ingen nye oppgaver noe sted fra, det må vi finne ut av selv. Det er høy grad av kreativitet i gruppen, og vi kan ha kraftige diskusjoner – uenighet men aldri krangel. Og brainstorming.

Det kan du gjerne si... det har ikke vært klare signaler fra ledelsen. Det blir etterspurt hva vi mener og vil. Det blir applaudert det vi har foreslått. Nå vet de veldig lite om hvem vi er. Men den forrige ledelsen visste veldig godt hvem vi var – men det var lite styringssignaler. Noen blir frustrerte og andre ser muligheter. De som har blitt har sett muligheter.

Som nevnt over, opplever medarbeiderne situasjonen ulikt. Flere peker på at friheten gir muligheter, noe som også kan forklare hvorfor avdelingene har utviklet seg forskjellig. Samtidig er stimulering av lokal kreativitet og lokal tilpasning noe av intensjonen med å styre med en armlengdes avstand. Andre ser imidlertid behovet for klarere styringssignaler, ikke nødvendigvis fra HOD, men kanskje først og fremst fra de lokale helseforetakene. Det siste sitatet antyder også at det innenfor helseforetakene kan være vanskelig å gjøre seg synlig og få prioritet blant et mangfold av ulike oppgaver og tjenester.

4.2 Økonomisk styring

Vi har spurt alle informantene om hvordan de vurderer avdelingens organisering og plassering i sykehusstrukturen. Følelsen av å ikke helt passe inn, verken i en bestemt klinikk eller til og med et bestemt departement er noe mange har. Erfaringene med den organisatoriske plasseringen i det enkelte sykehus varierer imidlertid mye. Vi kan slå fast at organiseringsløsningene er 1) resultat av lokale prosesser og 2) framstår som relativt tilfeldige. Nært knyttet til den organisatoriske styringen ligger også den økonomiske styringen og overføringen fra de regionale helseforetakene, til helseforetakene og videre til avdelingene. Følgende områder ser ut til å være svært aktuelle utfordringer som alle avdelingene har vært igjennom eller opplever som trusler nå:

1. stadige trusler om nedskjæringer,
2. de taper i konkurransen mot ”blålysmedisin”,

3. forebyggende virksomhet har lav prioritet i sykehusene.

Vi vil her presentere noen sitater som spesielt angår de arbeidsmedisinske avdelingenes økonomiske styring.

Det er hensiktsmessig at avdelingen ligger til sykehus, (...) (...) men det er mange uløste økonomiske problemer.

I 2006 var det innsparinger ved sykehuset. Denne avdelingen var den eneste som måtte kutte stillinger. Det har ikke alltid vært klart at arbeidsmedisin er en del av sykehusets kjerneområde. Det ble kuttet med 2 yrkeshygienikerstillinger.

Vi har vært truet med nedleggelse hele tiden. Det er først nå vi har blitt freddet. Det har vært en evig kamp.

Våre utredninger er særdeles dårlig betalt. Vi får 1100,- uansett hvor mye tid vi bruker. Det er tidkrevende utredninger.

Vi får beskjeder ”ovenfra” at nå må vi spare så og så mye. Nå må vi tjene mer. De vil gjerne ha inn forslag på å tjene inn mer penger. Vi kunne tilby rådgivning, kursing,.....men det har med kapasitet å gjøre.

Vi får stadig beskjed om innsparinger. Vi hører stadig at klinikken må kutte ned. For vår avdeling er det ikke mer å kutte. – vi må bare vurdere om vi kan tjene mer.

Det er nytt sterkt fokus på økonomi, jus, tidsbruk, pengebruk og litt på kvalitet. Det er nesten aldri fokus på fag eller kvalitet – det utarmer faget. Det gjør noe med selvforståelsen.

Vår klinikk må spare x antall millioner. De sier at vi kan være med å spare nå som vi har fått så mye midler.

Avdelingen har hatt reduksjoner på 15 % fra 2006-2007. Neste år (2009) skal vi ned 2,5 %.

Vi har hatt greie nok betingelser her på sykehuset, men ikke noe mer. Ikke noe vekst perioden fra 1990 og fremover.

Disse sitatene er hentet fra alle avdelingene, og viser hvordan både fravær av klare styringssignaler sammen med årlige budsjettreduksjoner ser ut til å skape en opplevelse av uforutsigbarhet for det arbeidsmedisinske tilbudet i avdelingene. Dette deler de med flere andre spesialiteter i sykehuset. Likevel er det en del faktorer som gjør at enkelte av disse avdelingene kommer dårligere ut sammenliknet med andre sykehusspesialiteter. Flere arbeidsmedisinere vi har intervjuet har selv understreket at de av flere grunner opplever seg som en litt særegen medisinsk spesialitet som skiller seg ut fra de øvrige medisinske sykehusspesialistene – ”organspesialister”. Dette blant annet på grunn av arbeidsmetodikken, fokus og tiden som brukes til hver utredning. Når de arbeidsmedisinske spesialistene har en annen tilnærming til den medisinske oppgaven enn det som er dominerende i sykehussystemet kan det være en utfordring spesielt fordi økonomistyringssystem premierer effektivitet og rask pasientgjennomstrømming. To av klinikklederne vi har intervjuet gir eksplisitt uttrykk for at den arbeidsmedisinske arbeidsmetodikken passer dårlig inn i sykehussystemet og er vanskelig å forstå ut fra den logikken som dominerer der. En av dem forteller hoderystende

(...) De klarer ikke mer enn to pasienter i uka!

Arbeidsmedisinens tilknytning til forebyggende virksomhet, oppgaver som kunnskapsformidling, veiledning og forskning – som ikke er individrettet – er en annen utfordring med det å være innenfor sykehussystemet. Flere informanter påpeker dette:

Arbeidsmedisin har problemer med den organisatoriske plasseringen akkurat som en del andre småavdelinger som driver med forebygging.

Struktur i forhold til økonomi - det som blir feil med sykehus er i forhold til forebygging. En avdeling kunne utviklet dette som spesialitet, og servet andre avdelinger.

Resept 2008 vil ha mer forebygging, men det følger ikke økonomi med.

Vi kjemper mot blålysmedisin.

Det er en utfordring å drive med forebyggende helsearbeid innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi kommer i konkurranse med hjerte og kuvøsebarn, og det er gitt hvem som taper.

Det er en ekstra utfordring at forebygging faktisk vektlegges i styringsdokumentene. Den økonomiske gevinsten av forebygging regnes for å være stor, og sentrale helsemyndigheter har i mange år sendt signaler om behovet for mer forebygging. Så lenge de økonomiske styringssystemene ikke endres i tråd med denne intensjonen, blir den likevel en intensjon og en målsetting som ivaretas av noen få, og som drukner i det store havet av behov for helsetjenester.

I juni 2007 inngikk Helse- og omsorgsdepartementet og KS en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. På bakgrunn av denne rammeavtalen er det utarbeidet en veileder for videreutvikling av lokale avtaler. Både i rammeavtalen og veilederen blir det pekt på at forebyggende helsetjenester er et område hvor det er særlig behov for samhandlingstiltak, men i avtalen blir ikke tiltak koplet til økonomiske insentiver. Ut fra oversikter over slike samarbeidsavtaler (for eksempel Kalseth og Paulsen 2008, Oxman m.fl. 2008) ser det ut som om det ikke er fokusert på forebyggende tiltak i avtalene. Fra Helse- og omsorgsdepartementet er det i juni 2009 bebudet en stortingsmelding om endring i fordeling av ansvar og oppgaver mellom første- og andrelinjetjenesten, ”Samhandlingsreformen”. I hvilken grad, eller på hvilke måter forebyggende tiltak blir vektlagt og eventuelt koplet til økonomiske insentiver gjensår å se. Likevel kan det være grunn til å vurdere om dette innebærer nye organisatoriske muligheter for det arbeidsmedisinske feltet til å styrke den om den forebyggende delen av virksomheten.

Selv om avdelingene er underlagt det samme styringssystemet er erfaringene med å være en del av sykehussystemet svært forskjellig i de fem avdelingene hvor vi har gjennomført undersøkelser. Ironisk nok er det de to avdelingene med mest kapasitetsproblemer som har de beste erfaringene. Ved YMA i Skien forteller de ansatte at deres klinikkleder har både kunnskap og interesse for deres fagområde, og at han har kjempet deres sak oppad. Etter den siste runden med nedskjæringer i 2006, der to yrkeshygienikerstillinger ble strøket, har de opplevd å bli prioritert og oppvurdert:

Jeg tror STHF er stolt av å ha arbeidsmedisinsk avdeling. Vi har gruppe 1-status. Sykehuset ønsker å ha arbeidsmedisin. Mye av den forskningen som utføres, blir gjort her.

Klinikkjefen støtter veldig godt. Tror ikke alle avdelinger har det sånn. Han er lokalisert her.

Klinikkjefen selv understreker at han har lagt mye vekt på tone ned konkurransen om knappe midler mellom de ulike seksjonene i klinikken. Noen av seksjonene er i den situasjonen at de kan selge tjenester som genererer gode inntekter, blant annet gjennom en arbeidsmiljøundersøkelse som flere bedrifter og andre sykehus benytter seg av. Andres arbeid defineres som utgifter, det gjelder blant annet arbeidsmedisinsk utredninger. Inntektene fordeles likevel mellom seksjonene slik at alle går mer eller mindre i balanse. Presset på økonomien er hele tiden sterkt, og det krever oppmerksomhet. Likevel mener han at situasjonen er i ferd med å endres til det bedre, ikke minst fordi foretaksledelsen nå har mer kunnskap om arbeidsmedisin enn før.

Ved Yrkesmedisinsk avdeling Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehusformidler de ansatte at deres avdeling har goodwill fra ledelsen i Helse Bergen. Det er ikke noe mellomledd mellom lederen for Yrkesmedisinsk avdeling og den øverste ledelsen ved sykehuset, og avdelingen er en integrert del av sykehusets øvrige funksjoner. I intervjuet med Direktøren ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus gir han inntrykk av å være engasjert i arbeidsmedisin som fagfelt. Han uttrykker et ønske om at faget i større grad skal utvikle seg som et akademisk fag på egne premisser i samarbeid med andre spesialiteter. Han nevner også at forebygging bør komme opp som et prioritert område og at departementene i samarbeid bør sørge for en større grad av styring. På tross av interesse fra direktøren var den økonomiske situasjonen før de øremerkede midlene kom fra AID så stram at avdelingen måtte la være å ansette lege en ny lege i en ledig utdanningsstilling.

Leder for Helse Bergen har uttalt seg positivt om yrkesmedisin, det er viktig.

Det er ingen grunn til elendighetsbeskrivelse, men det er tunge tak. Med vår direktør går dette enklere enn om vi hadde hatt andre som ikke ville vært så interessert.

Organiseringen av den yrkesmedisinske avdelingen skiller seg fra de andre avdelingene ved at flere spesialiteter er samlet under samme enhet. Dette er en organisasjonsform som alle de intervjuede er svært fornøyd med. Det gir mulighet for bred faglig utveksling på tvers, det bidrar til større oppmerksomhet på yrkesmedisinsk problematikk hos for eksempel dermatologer, allergologer og lungespesialister, og sikrer bedre pasientflyt – selv om det også blir fortalt om serieventing på denne avdelingen, er det trolig i langt mindre grad enn på de andre avdelingene.

Som omtalt tidligere formidler de ansatte ved avdelingene i Tromsø og på Ullevål en sterk følelse av å ikke passe faglig inn noe sted i sykehusets struktur. Klinikklenderne på begge disse avdelingene har i følge de ansatte, liten kunnskap om og interesse for det arbeidsmedisinske feltet, et inntrykk som bekreftes i våre intervjuer.

Jeg har sett lederen for klinikken 4-5 ganger. Han kommer løpende og sier han ikke har tid til å være leder for oss.

Ved avdelingen i Trondheim, som er plassert i klinikk sammen med lungeavdelingen, oppfattes heller ikke klinikksjefen som en talsperson for det arbeidsmedisinske miljøet overfor resten av sykehusorganisasjonen. Lederen for avdelingen forteller at avdelingen legger vekt på å være en del av nettverket både på sykehuset og i fagmiljøet, men i sykehuset er den så liten og marginal at den av og til glemmes i den interne kommunikasjonen, og det er i tillegg vanskelig å vinne forståelse for den særegne arbeidsmetodikken. Likevel ser det ut til at avdelingen har rimelig gode arbeidsbetingelser og er fornøyd med å operere relativt selvstendig.

4.2.1 Helseforetakene

Bare en av direktørene for de regionale helseforetakene har vurdert det som hensiktsmessig å delta i intervjuundersøkelsen. Ved forespørsel la vi vekt på at undersøkelsen omfattet intervju med ledere på alle nivåene, og at det var problemstillinger knyttet til overordnet ledelse av det arbeidsmedisinske tilbudet vi ønsket å ta opp med vedkommende. Begrunnelser for å ikke delta var at de mente de hadde lite å bidra med, og at vi måtte gå nedover i organisasjonen med våre spørsmål.

I følge direktøren for det regionale helseforetaket i Nord-Norge er arbeidsmedisin så å si ikke inne i styringsdialogen med HOD. Oppdragsmøtene har i hovedsak

vært konsentrert om økonomi og struktur. Nå anser han imidlertid at begge disse områdene er i ferd med å komme på plass, og da vil innhold i tjenestene i større grad komme på dagsordenen. Han forteller at i oppdragsprotokollen for et par år siden sto det at omstruktureringer ikke måtte føre til at det arbeidsmedisinske tilbudet ble bygget ned, men tvert i mot at det måtte styrkes. Fra sykehusets side ble det imidlertid skåret ned noe, og avdelingsleder var bekymret for at nedskjæringen kunne være i strid med dette dokumentet. Også direktør ved helseforetaket peker på at oppdragsgiver har vært tydelig på at arbeidsmedisin skulle skjermes i forbindelse med omorganiseringer, og at det skulle opprettes undervisningsstillinger og kompetanseutviklingsvirksomhet. Han mener de har klart å skjerme det arbeidsmedisinske tilbudet, men utdyping og konkretisering av dette må tas opp med klinikkjef og avdelingsleder. Avdelingslederen på sin side forteller om en reduksjon i budsjettet for 2008 på ca 7,5 %. Når det gjelder myndighet til eventuelt å legge ned arbeidsmedisinsk avdeling, sier direktøren for det regionale helseforetaket i Nord-Norge at de har frihet til å gjøre det, men det vil være dumt å gå på tvers av politiske føringer og pålegg fra sentralt hold.

Avdelingsleder ved arbeidsmedisinsk avdeling ved UNN leverer årlig rapport direkte til direktør for helseforetaket. Arbeidsmedisin er den eneste avdelingen som gjør det, og det fører til at direktøren er godt oppdatert i forhold til denne avdelingen. Eventuelle problemer, som for eksempel lang ventetid, vil komme fram i rapporten.

Når det gjelder pålagte oppgaver innenfor arbeidsmedisin, viser direktøren for helseforetaket til at det er avdelingsleder som sitter med kunnskap på feltet. Men etter det han husker har det vært en kort formulering i oppdragsdokumentet vedrørende pålegg om opparbeiding av kompetanse. For øvrig hevder han at kapasitet er et spørsmål om skjønnsmessige vurderinger, og at alle helseprofesjoner er i stand til å lage ventelister for egen profesjon. Direktøren for helseforetaket viser til at arbeidsmedisin er en liten avdeling som ikke er høyt oppe på hans dagsorden. Avdelingen er meget selvgående og har godt ord på seg. Han har stor tillit til at de løser sitt oppdrag på en god måte, og han regner med at alt er bra så lenge han ikke hører noe annet.

Tabell 1

Refusjon og andre inntekter 2002-2008, i 1000 kroner (ikke prisjustert)

	SYM	MYMUS	Oslo Univ.	Sykeh. Telem	UNN	Hauke Land
2002						
Refusjon fra eget RHF	3 658			9 760	7 500	
Andre inntekter* ³	115				600	
SUM	3 773				8 100	
2003						
Refusjon fra eget RHF	3 710	3 761			7 000	
Andre inntekter*	117	716**			800	
SUM	3 827	4 477			7 800	
2004						
Refusjon fra eget RHF	3 755	3 760			7 000	
Andre inntekter*	900	563**			1 100	
SUM	4 655	4 323			8 100	
2005						
Refusjon fra eget RHF	4 023	3 749		8 953	8 000	3779 ⁴
Andre inntekter*	1 121	989**			1 000	1433
SUM	5 144	4 738			9 000	5212
2006						
Refusjon fra eget RHF	4 500	3 803		6 006	9 500	3889
Andre inntekter	1 100	913**			1 100	1375
SUM	5 600	4 716			10 600	5264
2007						
Refusjon fra eget RHF	3 900	3 349			8 100	4037
Andre inntekter	600	1 266**			1 100	2085
SUM	4 500	4 615			9 200	6122
2008***						
Refusjon fra eget RHF			6 545 ****	5 819	8 500	5143
Andre inntekter			931		1 000	2145
SUM			7 476		9 500	7288

⁴ Beregnet andel av rammetilskudd for klinikk for lunge- og arbeidsmedisin ved St.Olavs Hospital.

Merknader fra Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål:

* poliklinikk

** regnskapstall

*** fusjon SYM+MYMUS 1.mars 2008

**** skal innbefatte ramme på ca.3500 overført fra RH

``Anslåtte tall grunnet sentral budsjettering og kort frist for innhenting av materialet (dvs. med forbehold)

Merknad: Øremerkede midler til styrking av utdanningskapasiteten. Budsjett 4.200 i 2009

Tabellen over viser den økonomiske utviklingen ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Oslo, ved Universitetssykehuset Nord Norge HF og ved YMA, Sykehuset Telemark HF. Tallene viser en betydelig budsjettreduksjon for avdelingen i Telemark. Sammenligner vi de to tidligere avdelingene i Oslo (SYM og MYMUS) med den sammenslåtte avdelingen, ser vi også en klar budsjettreduksjon i Oslo fra 2006 og frem til 2008, spesielt fra 2007 til 2008. For UNNs vedkommende ser det mer stabilt ut, men fra og med 2006 har det også her vært en klar budsjettnedgang. Budsjettåret 2006 var spesielt for UNN sammenlignet med de øvrige årene. Ved St. Olavs hospital ser vi imidlertid at refusjonene har økt en del fra 2007 til 2008. Dette skyldes imidlertid at beløpet her har inkludert øremerkede midler som ble bevilget fra AID. De øvrige avdelingene har først tatt dem inn i regnskapet for 2009. Sett i lys av at det ble bevilget 20 mill kroner i øremerkede midler til avdelingene samlet, er imidlertid budsjettøkningen ved St. Olavs hospital forholdsvis liten. Antakeligvis skyldes dette at de øremerkede midlene har bidratt til at helseforetaket har sett sitt snitt til å redusere budsjettbevilgningen fra foretaket. Informantenes oppfatninger omkring den økonomiske situasjonen har således rot i virkeligheten. Spesielt gjelder dette i Telemark og i Oslo. Det er også rimelig at man i Tromsø vil referere til 2006 når man betrakter dagens situasjon. Med budsjettåret 2006 som referanseramme, er det også naturlig at man her opplever den økonomiske situasjonen som vanskeligere i dag.

4.3 Hvilke oppgaver utfører de arbeidsmedisinske avdelingene?

4.3.1 Pasientutredninger

Alle sykehusavdelingene prioriterer *pasientutredninger*. De får henvisninger hovedsakelig fra NAV, fastleger og andre spesialister. En arbeidsmedisinsk utredning tar oftest 5-15 timer, dette er både tid sammen med pasienten og etterarbeid. Utredningene kan også ta mye lenger tid – opp til 50 timer – enten fordi utredningen er ekstra komplisert eller fordi legen som foretar utredningen er under utdanning (LIS), og trenger lenger tid. Den skriftelige dokumentasjonen kan være fra 1 til 15 sider. På Ullevål skriver arbeidsmedisinerne selv på pc, mens på de andre avdelingene gjør sekretærer dette arbeidet. Dette l tidkrevende utrednings- og dokumentasjonsarbeidet skiller seg mye fra det hastige tempoet som preger det meste av spesialisthelsetjenesten for øvrig. De arbeidsmedisinske spesialistene understreker betydningen av å være grundig, og å bruke et klart og entydig språk, fordi de vet at det de skriver blir lest med ”argusøyne” av jurister i NAV og i rettssystemet, og at pasientenes rettssikkerhet er knyttet til deres nøyaktighet i utredning og språk. Mange har også understreket ovenfor oss at de er fornøyd med *kvaliteten* på arbeidet de utfører. Selv om de enkelte steder opplever at *kapasiteten* er alt for liten, blir det ikke vurdert som aktuelt å øke tempoet og dermed gå på akkord med kvaliteten. Dette er et interessant trekk som trolig skiller de arbeidsmedisinske avdelingene fra de aller fleste helsetjenester både i 2. linjetjenesten og i 1.linjetjenesten, hvor det synes å være langt vanligere at kvalitetskrav utfordres uten at de faglig ansvarlige har myndighet til å hindre det (Vike mfl. 2002, Lian 2007, Lipsky 1980).

Vanligvis stiller ikke arbeidsmedisinere sykdomsdiagnosen. Pasientene blir oftest henvist med en diagnose, og kommer til arbeidsmedisinske utredning for å få fastslått om den sykdommen de har diagnosen kan relateres til eksponering i arbeidslivet. Noen pasienter ønsker kun å få utredet om plagene deres kan tilskrives arbeidet, og enkelte opplever lettelse over å få avklart dette spørsmålet – uavhengig av om de har rett til erstatning eller ikke. Mange av pasientene som blir henvist fra NAV, advokater eller forsikringsselskaper kommer for å få en *spesialisterklæring* som grunnlag for erstatningssøknad. En arbeidsmedisinsk spesialisterklæring skal

inneholde en vurdering av eksponering, årsakssammenheng og eventuell medisinsk invaliditet som følge av yrkessykdom eller skade. Dette er pasienter som lider av en sykdom eller skade som kan gi rett til ytelser/erstatning etter folketrygdloven og/eller yrkesskadeforsikringsloven (jmf. Omtale i kap. 9.5), og når det gjelder yrkessykdommer er hovedvekten av de som får innvilget dekning menn som jobber i utsatte yrker i industrien. De siste årene har det imidlertid vært en sterk økning av kvinnelige tannlegeassistenter som blir utredet med tanke på sykdom/skade etter kvikksølveksponering.

I vurderingen av yrkeseksponering utføres en *yrkesanamnese*, der pasientens tidligere arbeid og mulig eksponering blir kartlagt. Dette er ofte tidkrevende arbeid, spesielt dersom pasienten har arbeidet mange steder med mulige eksponering og i tillegg husker dårlig, noe som for eksempel kan være som følge av løsemiddelskade. Yrkeshygienikeren er på selvstendig basis eller i samarbeid med legene involvert i dette arbeidet.

Alle de arbeidsmedisinske avdelingene utreder de fleste typer pasienter, selv om det kan være noen regionale forskjeller. Pasientgruppene som oftest blir nevnt er: pasienter med lungesykdommer (ASTMA, KOLS eller lungekreft), vibrasjonsskader, løsemiddelskader, kvikksølvskader og hudplager.

Enkelte nevner at den arbeidsmedisinske avdelingen i en region skal ha regional relevans. Her blir Skien knyttet til kjemisk eksponering i forbindelse med industriarbeid, Tromsø til fiskeindustri og nordområdeproblematikk og Bergen til offshore og sjøfartsindustri. Trondheim identifiseres ikke på samme måte med en særegen regional tilpasning, selv om gruvevirksomhet og jordbruk er blitt nevnt. I NOU 1988:41 er arbeidsgruppen svært forsiktig med å foreslå spesialisering ut fra trekk ved det regionale næringslivet. Diskusjonen konkluderes med følgende:

De yrkesmedisinske avdelingene har som hovedoppgave å dekke de basale oppgavene. De forhindrer imidlertid ikke at avdelingene får sin egen profil (NOU 1988:41 s.30).

Ansatte ved de arbeidsmedisinske avdelingene knytter den svake graden av spesialisering til deres oppgave som utdanningsinstitusjon for arbeidsmedisinske spesialister. For å oppnå godkjenning kreves tilgang på pasienter med variert problematikk. I godkjenningen av den arbeidsmedisinske spesialiteten spesifiseres det at

kandidaten skal ha utredet minimum 40 pasienter med et bredt utvalg av arbeidsrelaterte lidelser. De fleste utreder mer enn dette. På STAMI utredes også pasienter. STAMI er underlagt AID, og er ikke pålagt å utrede pasienter, men den polikliniske virksomheten ivaretas på grunn av STAMI's rolle som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering.

4.3.2 Forskning

Alle sykehusavdelingene har forskning med i sin oppgaveportefølje, selv om andelen forskning av den totale virksomheten varierer. I Tromsø har avdelingen vært gjennom en strategidiskusjon som i løpet av de siste to årene har resultert i mer satsing på forskning. Av de 18 medarbeiderne (inkludert to stipendiater fra Universitetet i Tromsø) fortalte rundt halvparten av de intervjuede om tilknytning til forskning i stor eller liten grad. Forskningen finansieres anslagsvis 20-30% av arbeidsgiver, mens resten av midlene kommer fra LO, NHO, Norges forskningsråd og helseforetaket. De siste ca 10 årene har avdelingen vært engasjert i prosjekter som retter seg mot fiskeriindustrien, og som har bredt fokus på trivsel, ergonomi, kjemisk, fysisk og biologisk arbeidsmiljø, med tilhørende helseeffekter. Arbeidet er blitt fulgt opp av flere forskningsprosjekter om luftveisinflammasjon hos ansatte i denne industrien, og den involverer stipendiater fra Universitetet i Tromsø, samt samarbeidspartnere i inn- og utland. Også støyeksponering i denne industrien vil bli fulgt opp med publikasjoner. Gruveindustri og arbeid med vibrerende utstyr er et annet forskningsfokus. I disse arbeidene karakteriseres selve eksponeringen og helseeffekter, dette gjelder både hel- og delkroppsvibrasjon. Forskningen skjer i hovedsak i gruver og annen i industri på Kola, med både russiske og nordiske partnere. I det tredje større forskningsfokuset ved avdelingen i Tromsø benyttes humanvitenskapelige metoder for å se på medisinsk uforklarte plager, særlig i relasjon til psykososialt arbeidsmiljø. De ansatte forteller at forskning har tatt gradvis mer og mer plass, og at dette er en utvikling som noen ansatte applauderer mens andre føler seg noe fremmedgjorte i denne utviklingen. De som gir uttrykk for uenighet i denne retningen mener det er problematisk fordi det reduserer den direkte og forebyggende kontakten med bedriftene. Tidligere var det de kaller ”oppdrag” en viktigere del av porteføljen, men denne virksomheten har avdelingen bestemt (gjennom en intern strategiprosess der alle deltok) skal nedtones til fordel for kunnskapsformidling

(særlig mot 1.linjetjenesten) og forskning. Leger, realister og samfunnsviter deltar i forskningsprosjekter, men det er kun en biolog og en toksikolog som har doktorgrad. ”Klimaet” for forskning har endret seg de siste årene. En ansatt sier det slik:

Før fikk vi lov til å forske. Nå skal vi forske. Helse Nord er villig til å satse på forskning..(..) men pengene er ikke en selvfølge.

Ved YMA i Skien har det også blitt satset på forskning – spesielt de siste tre årene. Det var avdelingen selv som sto for denne prioriteringen, men sykehusledelsen har støttet opp om den, og forskningen gir avdelingen anerkjennelse i sykehuset. Forskningen er finansiert av Helse Sør-Øst, NHO, Sykehuset Telemark HF, samt egenfinansiert. Prosjektene er i stor grad konsentrert rundt lungeproblematikk og opp mot arbeidsmiljø i helsevesenet. En av arbeidsmedisinerne holder på med doktorgradsutdanning, og deltar i et forskningsprosjekt om helseeffekter av sementstøveksponering, ledet av STAMI. Her inngår blant annet prosjektene ”Cross-shift” studie av akutte immunologiske effekter av sementstøveksponering”, ”industriert sputum hos sementstøveksponerte” samt en internasjonal multisenterstudie av eksponeringsrelaterte effekter i luftveiene hos sementstøveksponerte. Prosjektene drives i samarbeid med STAMI og lungeavdelingen på Rikshospitalet

En av de andre overlegene har ansvaret for et samarbeidsprosjekt (lungebetennelsesprosjektet – CAPITO) mellom YMA, medisinsk klinikk på sykehuset og Sykehuset Østfold. Slike samarbeidsprosjekter vurderes som sentrale både for å få økt forskningsaktiviteten lokalt og for å få fokus på arbeidsmedisin. En statistiker jobber også med flere forskningsprosjekter i forbindelse med den store arbeidsmiljøundersøkelsen som gjennomføres årlig på alle ansatte i Helse Sør-Øst.

Aktuelle forskningsprosjekter ved YMA, Sykehuset Telemark HF er: ”Menn i omsorgsyrker”, ”Kontrollspenn”, ”Arbeidsmiljø, sykefravær og turnover for forskjellige yrkesgrupper i sykehus ”, ”Evaluering av lederutviklingsprogram SiV/ST m.fl. Prosjektene har ulike samarbeidspartnere, blant annet Universitetet i Roskilde, HIT, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset i Østfold.

Ved AMY, Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål er en overlege ansatt som forsker i 80 % av stillingen ved siden av 20 % til pasientrettet virksomhet. Hans forskningsfokus er i stor grad rettet mot det forebyggende aspektet innenfor arbeidsme-

disin: For tiden redigerer han særnummer av tidsskrift om evidensbasert forebygging av arbeidsrelatert sykdom, jobber med publikasjon om primærforebygging av asbestskader, og publikasjon (bokkapittel) om tungmetaller for WHO og ILO (Han jobber nå med et forskningsprosjekt om skadevirkning av ”radondøtre” blant gruvearbeidere). Yrkeshygienikeren som tidligere jobbet ved Rikshospitalet er også noe engasjert i forskning. Dette er videreføring av prosjekter som startet før sammenlåingen, hvor en yrkeshygieniker og en arbeidsmedisiner gjennomførte henholdsvis luftmålinger og spirometri på ansatte som var eksponert for kjemiske forbindelser ved avisning av fly på Gardermoen og i forbindelse med bruk av effektåke i NRK. De øvrige ansatte ved avdelingen er, ut fra det vi har blitt fortalt ikke involvert i forskningsvirksomhet.

Avdelingen i Trondheim har siden starten hatt en relativt betydelig aktivitet innen forskning og utvikling. Det legges vekt på at forskningen skal være anvendt og at resultatene skal kunne ha betydning for forebyggende helsearbeid i arbeidslivet. På intervjuetidspunktet var det fem personer som var ansatt på eksterntfinansierte midler. Disse jobbet primært på forskningsprosjekter som er ledet av avdelingens fast ansatte. Flest mulig av de fast ansatte i Trondheim stimuleres til å delta i ulike forskningsaktiviteter. I 2008 var det følgende prosjekter under arbeid: Kjemisk helseisiko i olje og gassindustrien, Eksponering for kvikksølv hos tannhelsepersonell og mulige kognitive senskader, Kvikksølv og forplantning hos tannhelsepersonell, Eksponering og helseforhold i silisiumkarbidindustrien (samarbeid med STAMI), Stekeos og helse, arbeidsmiljø og helse i kokkeyrket, inflammasjonsmarkører i grisefjøs og bønder i HUNT. Avdelingens to *forskerlinjestudenter* er med på prosjektene om stekeos og helse og innen Landbrukshelse. Fra avdelingen er det gjennom årene publisert et betydelig antall vitenskapelige artikler, rapporter og ulike typer formidlingspublikasjoner.

På YMA ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus disputerte i fjor to leger på emnene allergi blant bakere og allergisjokk. De to forgående år har avdelingen arbeidet med forskning relatert til helseskader blant dykkere (som nå er under publisering). Dette prosjektet er initiert og finansiert av sosialdepartementet. Utredning etter tankeeksplosjonen i Sløvåg (som omtales i kap. 4.4.2) er et oppdrag fra Helsedirektoratet og finansieres derfra. Av andre forskningsprosjekter relatert til kjernefunksjonen nevnes lungemedisinsk forskning om allergi, og et tverrfaglig

forskningsprosjekt på matvareallergi (multippel kjemisk hypersensitivitet (MCS). Helse Vest har i liten grad bidratt til finansiering av forskningen ved YMA, Helse Bergen HF, Universitetssykehus, mens NHO har vært noe involvert. Flere ansatte ved avdelingen uttrykker ønske om mer tid til forskning og til å publisere den forskningen de har gjennomført, men finner lite rom for det innenfor de eksisterende rammene.

Ytre betingelser legger føringer når det gjelder forskning. Det er viktig å opprettholde kompetanse, men vi må ha midler. Forskning er en luksus som bør gjøres på fritiden, det blir ingen endring før det kommer inn på budsjettet. Lederne har gode intensjoner, men...

4.3.3 Undervisning/veiledning

Ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling i Tromsø gir både arbeidsmedisinere, yrkeshygienikere og samfunnsvitere undervisning. Hver uke er det 2 timer internundervisning, denne er også åpen for ansatte i BHT'ene. I tillegg til veiledning (eller supervisjon) av egne leger under utdanning, gis noe undervisning til medisinstudentene ved Universitetet i Tromsø. Ansatte underviser også ved ulike studieretninger på universitet og høyskoler i Nord-Norge. Det undervises innenfor arbeidsmedisin, yrkeshygiene og psykososialt arbeidsmiljø. Noen av temaene er arbeidsliv og sosial ulikhet i helse, sikkerhet og miljø og arbeidsmiljø. Avdelingen arrangerer kurs for legers etter- og videreutdanning innen miljømedisin (obligatorisk for spesialitetene i arbeids- og samfunnsmedisin), kurset er også åpnet for de som arbeider med miljøretta helsevern i kommunene. Hver høst arrangeres temadager for BHT og øvrig 1. linjetjeneste der det undervises i ulike arbeidsmedisinske og yrkeshygieniske tema. De siste årene har avdelingen også startet nettverksmøter for de som arbeider i landsdelens BHT'er, der presenteres og diskuteres aktuelle problemstillinger. Dette er et populært tilbud med mange deltakere, forteller de ansatte ved arbeids- og miljømedisinske avdeling ved UNN.

Ved YMA, Sykehuset Telemark HF forteller ledelsen og arbeidsmedisinerne at de legger stor vekt på å skape et godt klima for undervisning og utdanning av legespesialister, og de mener de har lykkes godt med dette arbeidet. Avdelingen har hittil ikke hatt problemer med å rekruttere assistentleger. I likhet med de andre utdan-

ningsinstitusjonene arrangeres fast internundervisning hver uke, der de ulike yrkesgruppene bidrar. Det foregår kontinuerlig veiledning knyttet til hver enkelt pasient som utredes av legene som spesialisere seg. De enkelte tilfellene blir diskutert, og det som skrives blir kommentert. Vektlegging av denne funksjonen understrekes ved at legene som veileder må gjennomføre veiledningskurs. Legene under utdanning forteller at de føler seg oppmuntret og ivaretatt med hensyn til å utvikle seg faglig. De får gå på kurs om forskning, og opplever at avdelingen forsøker å tilrettelegge for flere forsknings- og utviklingsprosjekter som de kan ta del i. En av dem sammenlikner den arbeidsmedisinske spesialistutdanningen med andre spesialistutdanninger, og mener at andre spesialavdelinger ikke er så flinke til å ivareta utdanningen av assistentleger.

Andre steder må de tryggle og be om å få være med på kurs. Jeg har inntrykk av at andre steder (andre type avdelinger) er det ikke så tilrettelagt. Assistentlegene blir ikke så satset på.

Avdelingen har også utadrettet undervisning ovenfor følgende grupper:

- Avdelingen arrangerer kvartalsmøter for bedriftsleger fra fellesordninger og egenordninger. Bedriftshelsetjenester fra Telemark, Buskerud, Vest-Agder og Aust-Agder kommer for å få ny kunnskap og diskutere aktuelle problemstillinger.
- Undervisning til andre spesialiteter og førstelinje tjenesten
- Jordmødre, sykepleiere, fysioterapeuter
- Høgskolen i Telemark (avdeling for Helse og miljø). Representanter for avdelingen sitter i referansegruppe for HiT.

På et møte hvor vi er til stede diskuteres muligheten for å invitere fastlegene til møter og kurs. Det vurderes som en stor utfordring å få til dette fordi fastlegene er en vanskelig gruppe å få i tale. De ansatte forteller at ikke en gang henvendelser og brev angående pasienter alltid blir besvart. Dette ser ut til å være et mer allment problem fordi fastlegene, i følge flere vi har intervjuet, har behov for å bedre sin bestillerkompetanse. For eksempel er det situasjoner der leger henviser pasienter uten å sende med nødvendige dokumenter, eller de henviser pasienter til arbeids-

medisin som burde vært utredet hos spesialist først, noe som resulterer i at den utredningstiden blir forlenget. Dette er interessant fordi det illustrerer hvordan bedre kompetanse og bedre samarbeid mellom ulike spesialiteter kan forkorte utredningstiden og redusere pasientenes plager (og helsevesenets utgifter). Dette er et problem som angår flere arbeidsmedisinske avdelinger, og som har stor betydning for det totale utrednings- og behandlingsforløpet den enkelte pasient går igjennom.

Ved Avdeling for Miljø- og yrkesmedisin (AMY), Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, gis det internundervisning til leger under utdanning. På disse samlingene kommer også assistentleger fra STAMI, og assistentlegene fra Ullevål deltar i undervisning på STAMI. Ansatte ved AMY underviser også på STAMI' grunnkurs. Avdelingen arrangerer et obligatorisk kurs i arbeidsrelaterte nevrologiske sykdommer for leger i spesialisering (LIS) og ansatte underviser på tilsvarende kurs i Tromsø, Bergen og i Oslo. Noen ansatte opplever at den spesielle situasjonen som har vært på denne avdelingen med manglende tilsatt avdelingsleder, har ført til at organisering og involvering av assistentlegene i undervisningen har vært mangelfull. Det har sammenheng med at det ikke har vært noen som har hatt det overordnede ansvaret for å etablere et forum for assistentlegene der de systematisk kan bli utfordret på dette. Assistentlegene selv gir også uttrykk for at de tar innover seg det presset avdelingen har på å utrede den store mengden av pasienter som står i kø, og at dette kan gå ut over deres mulighet til fordyping og tid til faglige diskusjoner seg imellom. Dette er trolig allerede i ferd med å endres nå som avdelingen har fått tilsatt to nye overleger, hvorav den ene som avdelingsleder.

Ansatte ved YMA, Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus, har flere tilknytningspunkter til Universitetet i Bergen. Ansatte gir undervisning til medisinstudenter ved UiB innenfor temaene allergi (miljømedisin), hud (yrkesdermatologi) og nevrologi. I tillegg har en professor i yrkesmedisin ved universitetet en bistilling ved avdelingen. Utover dette er det arbeidsmedisinske miljøet i ferd med etablere et systematisk samarbeid med institutt for samfunnsmedisin, noe som trolig vil styrke begge miljøene. Avdelingen har ukentlig internundervisning for leger under spesialisering, der de også inviterer bedriftsleger og arbeidstilsynet. De gir også spesialistkurs for leger om kjemikalier og i lungesykdommer. Fagdager rettet mot bedriftshelsetjenesten har avdelingen gjennomført et par ganger. Dette har de fått god respons for, og mye tyder på at behovet og interessen fra bedriftshelsetjenesten er

til stede, men ressursituasjonen gjør at det blir mindre av denne type virksomhet enn ønskelig fra avdelingens side.

Ledelsen ved Arbeidsmedisinsk avdeling ved St Olavs Hospital HF understreker at den har satset på undervisning på den medisinske grunnutdanningen ved NTNU for å gjøre sitt til at leger generelt skal ha forståelse for arbeidsmedisinske spørsmål og mulighetene for forebygging i forhold til deres pasienter og for å øke rekrutteringen. Som mer utfyllende omtalt under kapitlet om undervisning ved universitetene, driver ansatte ved den arbeidsmedisinske avdelingen ved St. Olavs Hospital HF, en omfattende utdanningsvirksomhet ved NTNU. Avdelingen har for tiden to forskerlinjestudenter fra forskerlinjeprogrammet ved DMF/NTNU. Det er 8 studenter fra andre studieretninger ved NTNU (vesentlig biologi og fysiologi) som har fullført hovedfagsoppgavene sine ved Arbeidsmedisinsk avdeling. En av overlegene har hvert år et emnekurs om Arbeidsliv og helse vesentlig for sivilingeniørstudenter ved NTNU.

Det legges også vekt på videre- og etterutdanning av fastleger i arbeidsmedisinske spørsmål gjennom emnekurs på Nidaroskongressen og andre faglige samlinger. Avdelingen har også arrangert et eget 3-dagers kurs i Arbeidsmedisin for allmennmedisinere. Avdelingslederen forteller også at en av overlegene ved avdelingen 2005 gaut en liten lærebok kalt Arbeidsmedisin for allmennpraktikere.

Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital arrangerer vår og høst arbeidsmedisinsk temadager for bedriftshelsepersonell og andre interesserte. Det deltar jevnt over 50-80 fagpersoner på slike temadager. Avdelingen bidrar ved NTNU med spesialistutdanningskurs i arbeidsmedisin innenfor legers videre- og etterutdanning og innenfor videreutdanning for yrkeshygienikere.

Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital er også sekretariat for Midtnorsk forum for arbeidsmedisinere som er et legeforum for bedriftsleger og andre leger som arbeider innen fagfeltet. Ellers drives rådgivning ovenfor bedriftshelsetjeneste og for bedrifter, enkeltpersoner, arbeidstaker, jordmødre, - hovedsakelig per telefon.

Fra Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital har man fra 1992 drevet veiledning for Den norske legeforenings gruppebaserte veiledningsprogram for leger

som er i spesialistutdanning i arbeidsmedisin. Hver gruppe gis veiledning i 120 timer i løpet av to år. Avdelingen har til nå gitt veiledning til fem slike grupper.

4.3.4 Oppdrag/bedriftsbesøk

Ved alle avdelingene fortelles det om reduksjon i antall ”oppdrag”. Ved Avdeling for miljø- og yrkesmedisin Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål forteller en informant at *den utadrettede virksomheten er helt slutt*. Som tidligere omtalt, er avdelingen ved Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål i en spesiell situasjon, og nedtoningen i denne type oppdrag må trolig ses på som en effekt av manglende kapasitet til å påta seg oppdrag i noen særlig grad ut over det som prioriteres høyest, nemlig pasientutredninger.

Ved Arbeidsmedisinsk avdeling ved St Olavs Hospital HF var det på tidspunktet for våre intervjuer (uke 46) også bare en yrkeshygieniker igjen, noe som har ført til reduksjon i den utadrettede virksomheten som dreier seg om målinger og eksponeringsvurderinger i bedriftene. Det utføres likevel en del oppdrag fra bedrifter i den grad ressursene strekker til.

Ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling i Tromsø forteller de ansatte at den utadrettede virksomheten som dreier seg om at ansatte ved avdelingen selv utfører kartlegging, vurdering, målinger og øvrige oppdrag for virksomheter er redusert som følge av en strategisk beslutning. Det en i stedet vil øke er kompetanseoverføring, veiledning og bistand til BHT og øvrig 1.linjetjeneste, slik at en både får bygd opp kompetanse og en mer effektiv bruk av avdelingens ressurser. Avdelingslederen understreker at det er viktig ikke å ta over arbeid som kan utføres av BHT. *”Avdelingen skal fremme bruk av BHT, ikke konkurrere”*. I tillegg henvises oppdrag med problemstillinger der konsulentselskaper og liknende har kompetanse til dette markedet. Ikke alle er enige om beslutningen, men de understreker likevel at den har kommet frem gjennom en demokratisk prosess.

Avdelingen i Tromsø har en instrumentpark som de leier ut til bruk i bedrifter i hele Nord-Norge. Avdelingslederen understreker at det stilles krav til nødvendig målekompetanse hos de som skal leie. De inviterer også BHT’ene inn til avdelingen for å få opplæring i bruk av instrumentene.

Ved YMA i Bergen merkes også utfordringen med å holde oppe denne type virksomhet, men avdelingsdirektøren understreker at han ser stor verdi i å opprettholde denne kontakten med bedriftene. Avdelingen har ved flere anledninger foretatt undersøkelser av sykdomsforekomster som de har gitt bedriftene tilbakemelding og råd i forhold til. Et eksempel som nevnes er at det for en tid tilbake kom en oppblomstring av allergi i forbindelse med bruk av latexhansker. YMA ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus gikk da inn i problematikken og undersøkte den nærmere for på bakgrunn av det å gi sykehuset konkrete råd for forebygging.

I Skien fortelles det om færre kartlegginger og måleoppdrag enn tidligere på grunn av nedbemanning på yrkeshygienikersiden. Men det drives fremdeles utleie av måleutstyr til bedrifter og bedriftshelsetjenester og avdelingen har oppdrag for industrien i området. Avdelingen har en yrkeshygieniker som driver med utleie av utstyr, opplæring og arbeidsplasskartlegginger på fulltid.

Oppdrag som tidligere ble utført av de yrkesmedisinske avdelingene, ser nå ut til å bli mer og mer overtatt av private aktører. Flere yrkeshygienikerne peker på utfordringer ved denne utviklingen. De er bekymret for at bedriftene vil nedprioritere denne type undersøkelser fordi de koster for mye. Slik det har vært, og til dels fremdeles er, kan BHT'ene leie måleutstyr og få veiledning i bruken av dem for en rimelig sum på noen av de arbeidsmedisinske avdelingene. Dersom utviklingen går mot å avvikle dette tilbudet som en offentlig tjeneste, er flere yrkeshygienikere engstelige for at kan det bety at en viktig del av det forebyggende arbeidet i bedrifter blir svekket fordi kostnadene blir for store, spesielt for de små enhetene:

Mange BHT'er er for små. De har ikke nok kompetanse eller økonomi. Bedriftene verdsetter ikke tjenestene nok til å ville betale

En yrkeshygieniker forteller at da de ble pålagt å fakturere, falt oppdragene til null, men BHT'ene har nå vennet seg til faktureringen. Han mener likevel det er et problem bedriftene bestiller minimale tjenester med færrest mulig prøver fordi det koster for mye å velge det beste måleopplegget.

Lederen ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN forteller at en annen utfordring er at private, kommersielle aktører vanligvis har et relativt sterkt fokus på målinger. Dette kan svekke en mer helhetlig faglig tilnærming/vurdering, med

fokus på hva som er de egentlige/viktige problemstillinger og hvordan disse kan løses. Dette kan skyldes at det er mer penger å tjene på målinger og at en helhetlig faglig vurdering krever en breddekompetanse som de kommersielle aktørene ofte ikke har.

Alle avdelingene håndterer daglig mange henvendelser fra ulike grupper som har behov for råd og veiledning. Det kan være bedriftshelsetjenesten, som avdelingene har daglig kontakt med, eller det kan være henvendelser fra privatpersoner som er bekymret for mugglukt i huset, for stråling fra lysstoffrør, eller gravide som er bekymret for om de er utsatt for skadelig eksponering. Disse aktivitetene gjenspeiles ikke i takstsystemet.

4.4 Hvilke oppgaver nedprioriteres?

Ulike informanter fra alle avdelingene formidler bekymring over oppgaver som de nedprioriterer på grunn av ressursmangel. De tre oppgavene som nevnes av flest er

1. forebyggende virksomhet
2. miljømedisin
3. psykososialt arbeidsmiljø
4. muskelskjelettplager

Vi understreker at dette bildet ikke er representativt for hver enkelt avdeling. Miljømedisin har for eksempel alltid vært et relativt perifert tema ved de fleste avdelingene.

4.4.1 Forebygging

Hva vil forebyggende virksomhet si innenfor arbeidsmedisin? I NOU'en fra 1988 (NOU 188:41 Fagfeltet yrkesmedisin i Norge) heter det at et av arbeidsområdene dreier seg om å foreta undersøkelser som legger grunnlag for forebygging av arbeidsbetingede helseskader. Dette kan være bedriftsbesøk som vi omtalte i forrige avsnitt. Det kan være forskning hvor man dokumenterer og formidler kunnskap

om skadelig eksponering, slik at det kan unngås i fremtiden. Det kan være å svare på henvendelser om skadelige forhold – både av arbeidsmedisinsk og av miljømedisinsk karakter. Under forebyggende aktiviteter hører også undervisningstjenester til BHT'er og andre brukergrupper. De fleste sykehusavdelingene og ikke minst STAMI driver forebyggende virksomhet gjennom både sporadisk og systematisk kunnskapsformidling. Likevel ønsker flere større mulighet til bidra til forebygging mer direkte. Når vi idet følgende presenterer et knippe synspunkter på temaet forebygging, ser vi at de intervjuede tillegger disse tre dimensjonene ved forebygging noe ulik vekt og betydning.

Man vet en masse om hvordan man kan gå inn og gjøre endringer. Men det blir ikke prioritert å sette inn tiltak for å få ned eksponeringen. Blir mye snakket om det, men kapasiteten gjør at det blir gjort lite. I forhold til å gå ut med informasjon kunne vi forhindre utviklingen av skader. Vi burde samarbeidet mer med arbeidstilsynet.

Hva om St. Olav hadde vært så modige at de åpnet en klinikk for forebyggende og helsefremmende arbeid!

Vi ønsker å være mer ute i bedriftene og drive forebygging i forhold til industri, skole og i forhold til vaktordninger og skiftarbeid.

Det er et taushetsproblem at vi vet mye om opphopning i enkelte miljøer – sveising for eksempel – de er pålagt å ha BHT. Det er mange påvirkninger som det tar lang tid før det blir sykdom.

Når det gjelder organisering må det være en felles bevissthet som går fra departement og ned til avdelingene slik at det kommer i den forebyggende strategi, de ytre faktorer har ikke vært fremme i bevisstheten. En bredere forebyggende tilnærming.

Det er ikke så mye forebyggende her, men hvis en person er sykemeldt – ved påvisning av sammenheng til jobben – så kan vi forebygge.

Sitatene som er hentet fra alle avdelingene illustrerer at forebygging er et tema som knyttes sterkt til den arbeidsmedisinske virksomheten, men som (spesielt forebygging som operativ virksomhet, altså som rådgiving, kunnskapsformidling osv.) blir

nedprioritert til fordel for andre oppgaver. Som en av informantene var inne på, er forebygging et vanskelig område å prioritere innenfor et helsevesen som ikke gjennom praktisk og økonomisk tilrettelegging stimulerer til denne type virksomhet. Likevel driver de arbeidsmedisinske avdelingene forebyggende virksomhet både gjennom undervisning av BHT'er, undervisning på universiteter og høyskoler og gjennom formidling av målings- og forskningsresultater til bedrifter og til arbeidstilsynet. Fra alle avdelingene formidles det imidlertid et ønske om å "være mer ute" – både for å få kunnskap og for å formidle og forebygge arbeidsrelatert sykdom. Begrunnelsene for å nedprioritere denne oppgaven er for det første at antall utredninger som skal gjøres opptar det meste av tiden. Også der hvor det ikke er ventetid og press på utredninger, ser den forebyggende virksomheten ut til å ikke komme så høyt opp på listen som ønskelig. komme langt ned på listen over prioriterte oppgaver – dette til tross for at det er bred enighet i miljøet om at dette er viktig. Hva kan det skyldes? I tillegg til de manglende incentivene i helseforetakene, ser det ut til å være en sammenheng med det arbeidsmedisinske fagets forskningsfokus og vitenskapsgrunnlag som gjør forebyggende arbeid til en virksomhet det er vanskelig å legge stor vekt på. Som en toneangivende arbeidsmedisiner uttrykte det: *Fra et forskningssynspunkt kan forebygging lett bli litt for synsete.*

En yrkeshygienikere vi har snakket med understreker at deres arbeidsmetoder og oppgaver primært er knyttet til forebyggende virksomhet. Enkelte steder kommer denne utadrettede virksomheten og utredningspresset i konflikt med hverandre:

Fagfeltet vårt er egentlig primærforebyggende fagfelt. Er ikke så mye igjen ut av det nå, for nå dynges vi ned av utredningssaker.

En annen sentral arbeidsmedisiner tror ikke fagets forskningsfokus og vitenskapsgrunnlag gir mindre grobunn for forebygging enn andre fag, tvert i mot! Men det er en allmenn utfordring i samfunnet at de som forsker ofte legger mye arbeid i forskningen og lite i å formidle kunnskapen til praktisk forebygging. Dette skyldes nok tradisjon, mangel på kompetanse i formidling/praktisk forebygging, status og ikke minst økonomiske incentiver – eller sagt slik: gode forskere er gode på/finansiert for å drive nettopp forskning, men ikke nødvendigvis som pedagoger/bidragstere til praktisk forebygging.

4.4.2 Miljømedisinske oppgaver

Vi har ikke avdekket noen uenighet i det arbeidsmedisinske miljøet i sykehusavdelingene om hvorvidt miljømedisin er en del av faget eller ikke. Temaet betones imidlertid ulikt ved de ulike avdelingene.

Ved AMA i Tromsø, hvor temaet kanskje vektlegges mest, mottar avdelingen mange henvendelser som har miljømedisinsk karakter. For eksempel om utslipp fra ilandføringsanlegget for gass på Melkeøya, eller om frykt for utslipp fra PCB holdige lysarmaturer på skolen i Torsken kommune. Etter utslippet på Melkeøya sto det i Finnmark dagblad "Sotet kan gi kreft". Det hadde kommet flere runder med nedfall av sot i Hammerfest, og Hydro/Statoil hadde ikke informert skikkelig. Kommunelegen kontaktet AMA, og Folkehelsa. AMA tok på seg oppdraget med å undersøke hva slags type eksponering det dreide seg om, samt gjøre en vurdering av mulige helseeffekter. Deretter laget de brosjyrer som de delte ut på folkemøte i Hammerfest. Arbeids- og miljømedisinsk avdeling bidro gjennom det de fant til å avdramatisere hendelsen, noe som ga kommunelegen viktig støtte i den lokale håndtering av saken. I Gulen-saken var det i lang tid ikke noe fagmiljø som støttet kommunelegen på en tilsvarende måte. Det bærer den langtrukne og på mange måter i utgangspunktet skakkjorte saken preg av, mener våre informanter ved AMA-UNN. I saker som dette bør fagfolk med tilstrekkelig kompetanse inn tidlig. Da vil en kunne få vurdert eksponeringer, deres mulige helseeffekter og relevante tiltak. Om så ikke skjer, vil det ofte oppstå en overdrevet frykt og feilfokusering, noe som kan sette seg som mer varige traumer hos en del av de berørte. Derfor er risikokommunikasjon en sentral oppgave som må ivaretas.

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling har ved flere anledninger tatt på seg oppdrag med risikokommunikasjon fordi de opplever at ingen andre har kompetanse eller kapasitet til å gjøre det. Folkehelsa er et alternativ, forteller avdelingslederen, men de har meldt i fra at de ikke har kapasitet til å yte slike tjenester på generell basis til det miljøretta helsevern i landets kommuner. Fordi avdelingen har fått redusert ressursene til miljømedisin (gjennom nedbemanning) blir denne oppgaven nå forvaltet med *sparebluss*, og avdelingen markedsfører i liten grad denne kompetansen på grunn av redsel for pågang av henvendelser.

En annen avdeling som har erfaring med håndtering av miljømedisinsk problematikk, er avdelingen i Bergen. Her kom utfordringen i form av en forespørsel om å lede utredningen etter Vest Tank - ulykken i Sløvåg.

I juli 2008 forespurte Helsedirektoratet Helse Bergen om å gjennomføre en helseundersøkelse etter Vest Tank - ulykken i mai 2007 i Gulen kommune. Undersøkelsen blir gjennomført av yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus. Bakgrunnen for at Helsedirektoratet ønsket en helseundersøkelse av de eksponerte et år etter ulykken, var usikkerhet om hvilke kjemikalier, i tillegg til svovelholdige stoff, som hadde vært i tankene. Avfallet var enda ikke fjernet, og de eksponerte hadde fremdeles helseplager. Som en følge av vedvarende plager og luktproblemer har forholdene i Gulen kommune blitt undersøkt av flere instanser⁵. Fra lokalbefolkningen har det kommet fram kritikk mot sentrale helsemyndigheter, og i følge brev fra Helsedirektoratet⁶ er det uttrykt manglende tillit til vurderingene i rapporten fra Folkehelseinstituttet. Dette er bakgrunnen for Helsedirektoratets anmodning til Helse Bergen om å gjennomføre en helseundersøkelse.

De intervjuede forteller at samarbeidet mellom de ulike instansene som har deltatt i undersøkelsen har fungert bra, men det er åpenbart at gjennomføring av prosjektet innebærer en belastning på den yrkesmedisinske avdelingens kapasitet, og særlig innen yrkeshygiene. Det fører i følge våre informanter til at ventetiden for henvisninger blir lengre.

Ved YMA i Skien ser de også behovet for en fungerende og tilgjengelig annenlinjetjeneste på dette feltet. Flere ansatte ved avdelingen forteller at de kunne ønske mer miljømedisinsk fokus, og i den forbindelse et samarbeid med samfunnsmedisinere og samarbeid ute i kommunene. Avdelingen har regelmessige henvendelser og utredninger, f.eks. inneklimate på skoler, utslipp fra tankanlegg, problemer i forbindelse med søppelanlegg etc.

⁵ Jf. <http://www.helse-bergen.no/sloevaag/rapportar/>

⁶ Helsedirektoratets referanse: 08/8052. Oppfølging etter Vest Tank ulykke i Gulen kommune. Forespurnad til Helse Vest ved Helse Bergen HF, Yrkesmedisinsk avdeling om gjennomføring av helseundersøking

Ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital, har det vært svært lite kontakt med miljørettet helsevern i kommunene, bortsett fra ved et par anledninger de siste 20 årene der ansatte ved avdelingen har vært rådgivere for kommuneleger og andre i enkeltsaker om fysiske og kjemiske miljøfaktorer. Avdelingen har også noe prosjektsamarbeid med Miljøavdelingen i Trondheim kommune og er med i en gruppe sammen med Trondheim kommune, SINTEF og NTNU som arbeider for opprettelse av et nasjonalt kompetansesenter for inneklimaspørsmål i Trondheim.

4.4.3 Muskel/skjelett-lidelser

Dette er en type lidelser som hittil ikke har stått på yrkessykdomslista, og som i liten grad er blitt utredet ved de arbeidsmedisinske avdelingene. I NOU 2008:11 foreslås det å ta inn enkelte av disse lidelsene på yrkessykdomslista, og avdelingene regner med stor pågang som følge av det.

Ved YMA i Skien blir dette trukket frem som et område de ønsker å bygge opp kompetanse på og satse på i større grad. Legene har nå fått mulighet til hospitering på fysikalsk medisinsk avdeling, og alle assistentlegene har deltatt på dette i år. Det samme gjelder Arbeidsmedisinsk avdeling i Trondheim, hvor kompetansen på dette feltet i følge de ansatte er for dårlig, og at avdelingen derfor ikke kan bistå bedriftshelsetjenesten på dette området. Avdelingen i Trondheim vil bruke noen av de tilførte midlene til å bedre kompetansen på dette området.

Heller ikke ved AMY på Ullevål er dette et spesielt prioritert tema.

I Tromsø er effekter bl.a. på muskel/skjelett som følge av eksponeringer for vibrerende utstyr i gruveindustrien bl.a. på Kolahalvøya et forskningsfokus i samarbeid med Russland og nordiske land. Et doktorgradsarbeid er knyttet til prosjektet.

4.4.4 Psykososialt arbeidsmiljø

Dette er også et område som ikke kan knyttes til lista over hvilke sykdommer som kan godkjennes som yrkessykdom, og de arbeidsmedisinske avdelingene forteller generelt om lite henvendelser om denne problematikken.

Avdelingene formidler imidlertid et ønske om å satse mer på dette, og mange ønsker seg spesifikt mer kompetanse på dette feltet. Det skyldes ikke minst behovene som meldes fra bedriftene. I Tromsø er det ansatt to samfunnsvitere spesielt med dette temaet for øye. De underviser om temaet på universitet og høyskoler i Nord-Norge, samt på kurs og samlinger for bedriftshelsetjenestene og andre 1. linjebrukere. Videre bistår de og veileder når BHT og andre tar kontakt med psykososiale arbeidsmiljø problemstillinger, men her er kapasiteten begrenset. Som tidligere nevnt, er det også forskningsaktivitet innen fagfeltet.

Ved Ullevål og i Trondheim er ikke denne kompetansen til stede utover den generelle kompetansen som arbeidsmedisinerne har på feltet. I Trondheim forteller en overlege på avdelingen deres kompetanse først og fremst er sterk når det gjelder kjemisk og fysisk arbeidsmiljø. Det øvrige feltet, som går på psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og ergonomiske problemstillinger blir i liten grad dekket fordi avdelingen mangler kompetanse og ressurser til det.

Når det gjelder [psykososialt eller organisatorisk] arbeidsmiljø, er det omfattende område som vi ikke går inn i.

Bedriftshelsetjenestene har heller ikke så mange folk som er kompetente på [psykososialt og organisatorisk] arbeidsmiljø.

Ved YMA ved Sykehuset Telemark HF er en av inntektskildene for avdelingen fra en arbeidsmiljøundersøkelse som er utviklet ved avdelingen og som sykehus og andre bedrifter har benyttet. Undersøkelsen har vært gjennomført i mange år, og Arbeidsmedisinsk avdeling i Telemark sitter derfor på et stort materiale som de bruker i forskning. Dette har gitt avdelingen et stort nettverk rundt kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø og oppfølgingen av dette. Avdelingens satsing på psykososialt arbeidsmiljø er primært i prosjektsammenheng, men også ved rådgivning til bedrifter, bedriftshelsetjenester etc. Når det gjelder individuelle pasientutredninger, håndteres dette vanligvis av bedriftshelsetjenesten.

Heller ikke i Bergen er det personer med spesiell kompetanse på dette området, men enkelte informanter understreker at behovet for mer psykologkompetanse er til stede – ikke så mye på grunn av utredninger, men på grunn av behovet for forebygging, forskning og formidling.

5. Faglig samarbeid

5.1 Internt samarbeid i avdelingene

Den interne organiseringen og samarbeidet mellom yrkesgruppene varierer fra avdeling til avdeling. Samarbeidet foregår hovedsakelig langs følgende linjer:

1. Legespesialistene veileder leger under utdanning (betegnes også som supervising for å understreke den tette oppfølgingen).
2. Samarbeid om FOU-oppdrag (hver sine oppgaver i forbindelse med kartlegging av sykdomsfremmende faktorer i luften, og for eksempel mikrobiologiske studier og helsetilstand til ansatte).
3. Ved avdelingene i Bergen, Skien og Oslo (AMY) samarbeider yrkeshygienikere og arbeidsmedisinere om utredningen av pasienter. Yrkeshygienikere foretar da yrkesanamnesen og kartlegging av eksponering, mens arbeidsmedisinere utreder sammenheng med helsetilstand.
4. Ved Yrkesmedisinskavdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus, hvor flere spesialiteter er samlet, foregår det samarbeid om de enkelte pasientene mellom flere yrkesgrupper og leger med ulike spesialiseringer. Ellers ser det ut til at arbeidsmedisinerne innenfor de ulike arbeidsmedisinske avdelingene arbeider svært autonomt med utredninger.

Vår informasjon tyder på at det internt i de arbeidsmedisinske avdelingene i liten grad er lagt vekt på å utvikle felles standarder og felles databaser, for eksempel knyttet til litteratur og tidligere utredninger. Hvis de selv har hatt en sak som minnet om noe de hadde hatt før, eller hvis de gjenkjenner en kollegas fortelling om en sak, kan de gå tilbake i sin egen journal for å finne fram opplysninger, men dette er i liten grad systematisert.

Det hender vi distribuerer gode vurderinger og konklusjoner. Men det er ikke veldig system på det. Vi lager liste over pasienter med eksponeringer – hver for oss. Det er ingen som er ansvarlige for litteraturområdet.

Mye tyder på at for de fleste vedkommende handler dette om til dels tradisjon og til dels et kapasitetsproblem, og altså ikke uvilje mot å utvikle systemer i fellesskap. I tillegg er flere i miljøet usikre på hvordan dette kan la seg gjøre uten å bryte loven om taushetsplikt etter Helsepersonell-loven.

Som lege er jeg vant til å gå igjennom siste døgns pasienter sammen med kollegaer. Jeg savner å diskutere medisinske problemstillinger. Jeg har ofte ikke peiling på hva de andre holder på med. Jeg ville gjerne hatt mer arbeidsfellesskap. Jeg ønsker mer rom for å beskrive dagens pasienter. Jeg har behov for å lufte inntrykk. Pasienter kommer inn og blir til papir.

Ved YMA, Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus er mange veldig fornøyde, men det kan bli bedre:

Avdelingen er unikt sammensatt av mange spesialister, dette er spesielt for denne avdelingen. Det er styrke som antakelig kunne vært utnyttet enda bedre gjennom mer samarbeid som ville gi synergieffekter. En planlegger uten å se helheten i avdelingene, personer som ikke blir trukket inn kunne med fordel vært det, for eksempel gjennom gruppeprosesser i forbindelse med forskningsprosesser. Forskjelligheten utnyttes for lite, for eksempel ved idédugnader.

5.2 Samarbeid mellom de arbeidsmedisinske avdelingene

Sykehusavdelingene startet opp med faste samlinger en gang i året i 1993, og her inviteres alle ansatte. Ansvaret for å arrangere møtene går på rundgang mellom avdelingene. Også STAMI er invitert med på disse møtene, men har tradisjonelt ikke hatt noen særskilt rolle.

Forøvrig er det et påfallende trekk i vårt materiale at det foregår lite eller ikke noe samarbeid på tvers av avdelingene. Dog har flere informanter gitt uttrykk for at det er ønskelig med mer samarbeid, både med henblikk på å øke kvaliteten og for å sikre en felles faglig profil. Informantene på de ulike avdelingene hadde en klar forståelse av at ulike avdelinger har ulikt rykte blant pasientene. Noen regnes som ”snille”, mens andre regnes som ”strenge”. Flere informanter fordelt på de fleste avdelingene har uttrykt sterk interesse for å utvikle nasjonale databaser, kriterier

og standarder både for å effektivisere, men også for å styrke fagets utvikling, legitimitet og for å redusere sårbarhet. Enkelte har også tatt initiativ til samarbeid med de andre avdelingene og blitt frustrert på grunn av manglende respons og interesse for dette fra kollegaer andre steder. Flere hevder at det manglende samarbeidet og dårlig respons på slike initiativ skyldes sprikende interesser, og at enkelte har makt til å legge premisser for faget og dets utvikling på vegne av hele fagmiljøet. Enkelte peker på at dette kan være uttrykk for et pågående generasjonsskifte i faget, og at en del yngre krefter ønsker mer samarbeid, bedre koordinering og felles retningslinjer. I våre intervjuer har vi spurtspurts om hva som finnes av samarbeid, hva det kunne være mulig og ønskelig å samarbeide om, og hvilke fordeler et samarbeid eventuelt ville kunne innebære. En spesialist i arbeidsmedisin ved en avdeling opplyser at:

Samarbeid med andre arbeidsmedisinske avdelinger vedrørende konkrete pasientgrupper forekommer så å si ikke.

I ett tilfelle ble det tatt initiativ for å samordne utredningen av en spesiell gruppe med tanke på å i fellesskap komme fram til prosedyrer og standarder. Dette ville i følge informanten ført til at vurderingene ved de enkelte avdelingene ble mer ensartede, samtidig som saksbehandlingen ville bli mer effektivt. Det ble forsøkt å få i gang samarbeid via telefonmøter, men en lyktes ikke i å komme fram til enighet. Konklusjonen ble at de enkelte avdelingene "...skulle gjøre det på sin måte ut fra best practise." Arbeidsmedisineren peker på at det er utfordrende at de sitter på hvert sitt sted og skal utrede samme pasientgrupper. Enkelte av disse gruppene har ressurssterke folk i ryggen, og det innebærer at de arbeidsmedisinske avdelingene i landet kan bli spilt ut mot hverandre hvis sakene ikke behandles på lik måte. Denne arbeidsmedisineren ønsker samarbeid om standarder og prosedyrer og har forventninger til STAMI's samordningsoppdrag.

En yrkeshygieniker ved samme avdeling fortalte om et liknende forsøk med å lage en felles database over alle pasientene, eksponering med mer. Dette var for å kunne gå tilbake og se hva som var gjort tidligere, for læring og kvalitetssikring. Det viste seg vanskelig å gjennomføre, systemet er ikke blitt vedlikeholdt, og forsøket ble avsluttet. En annen arbeidsmedisiner på samme avdeling beskriver det som *systemfeil* at like saker behandles ulikt, og foreslår en form for sentralisering av beslutninger isteden å krangle om hvem som har rett. Vedkommende har forsøkt å få til

samarbeid om journaler og felles kriterier for utredninger, men forsøket har falt i fisk. En fjerde informant fra samme avdeling forteller at han har benyttet enhver anledning til å si til STAMI at pasientgrupper som kommer i store mengder må prosjektorganiseres og primært gis til én avdeling i landet, ikke spres rundt.

Noe av det verste med det hele at vi mister muligheten til å samle data når det kommer slike store grupper og når vi verken samler alt ett sted eller samarbeider! Om vi gjorde det, ville det gitt oss en mulighet til å utvikle feltet.

Vedkommende opplever – i likhet med andre som har tatt initiativ til samarbeid at det er liten respons å få fra de andre avdelingene.

Ved alle avdelingene bekreftes denne opplevelsen av at alle avdelingene sitter på hver sin tue og gjør ting på sin måte.

Vi har årlige samarbeidsmøter der vi drøfter felles ting. Det er lite miljø som kjenner hverandre. Tidvis får vi medieskaptede epidemier. Det hender at vi da tar telefonmøter, men det er ingen struktur eller system på det. Men det er kanskje meninga det skal bli det med STAMI?

Det kan jeg kan savne er samarbeid på prosjekter i hele landet. Vi møtes, men samarbeider ikke. De fleste kjenner hverandre, har jobbet her noen år, og kjenner hverandre. På prosjektet jeg jobber med nå, jobber jeg med kollegaer fra Bergen. Vi får til noe, jeg ser for meg at vi kunne gjort det større enn i dag.

Vi har fellesmøter med de andre avdelingene en gang pr. år + avdelingsleder møte 2-4 ganger pr år. STAMI har ingen spesiell rolle, men blir invitert. Der tar vi opp viktige saker, for eks. offshore og kvikksølvproblematikk. Det foregår erfaringsutveksling. Samarbeidet kunne vært mye bedre. Avdelingene gjør ting på sin måte. Jeg tror det tvinges frem mer samarbeid. Men det er en redsel for å miste friheten i vurderinga. Redd for standardisering.

Vi trenger noe litt mer førende – noen felles utredninger hadde vi tjent på. Det må være rom for vurderinger, men jeg har inntrykk av at andre fagfelt har klart det mye bedre. Vi har vært så trua – så små. Det er grunn til at vi ikke har samarbeidet mer. Man skjærmer seg.

Avdelingene har vært veldig selvstendige (..).

Avdelingene har et rimelig godt samarbeid, oppmøtet er variabelt.

Avdelingslederforumet er uformelt, og det er lagt litt ned. Det er i noen grad samarbeid mellom enkeltpersoner (...) Det er store forskjeller mellom avdelingene. Vi burde lage felles systemer som folk kan benytte seg av.

En informant viser til at hun har noe forskningssamarbeid med en av de arbeidsmedisinske avdelingene og med STAMI, men at hun ellers ikke kjenner til samarbeid mellom avdelinger.

Utfordringene knyttet til større grad av samarbeid ser ut til å knytte seg til engstelse for hva som kan skje med faget dersom den enkelte arbeidsmedisiner mister sin autonomi og mulighet til å gjøre individuelle vurderinger som de nå gjør. Det kan bety at viktige variasjoner ikke fanges opp, og at det unike ved hver pasients eksponeringsanamnese ikke blir lagt til grunn ved avgjørelser.

En annen utfordring noen av de intervjuede trekker frem, er knyttet til potensielle motsetninger mellom på den ene siden lovpålagt beskyttelse av pasientene og på den andre siden behovet for å dele informasjon som grunnlag for felles kunnskapsheving.

Enkelte – inkludert flere spesialister i arbeidsmedisin – hevder at de største utfordringene knyttet til økt samarbeid dreier seg om medisinsk stolthet og ærgjerrighet, og at forsøk på systematisering og samarbeid aktivt blir sabotert av personer som ønsker å fortsette å utøve faget ut fra sin egen erfaring.

Ulempene ved å fortsette med så ulik praksis som informantene forteller om, er åpenbare. Når noen avdelinger har rykte på seg for å være ”snille”, mens andre er ”strenge”, vil pasientene som blir utredet ved en ”streng” avdeling trolig nærmest automatisk vurdere en second opinion. Det driver opp antallet second opinions i større grad enn dersom avdelingene hadde hatt en mer lik praksis, noe som bidrar til en ressursanvendelse som kanskje ikke er ønskelig? Et av de grunnleggende sosialdemokratiske prinsippene, som det norske helsevesenet bygger på, er nettopp rettigheten til lik behandling uavhengig av blant annet geografi. Slik situasjonen er nå – i alle fall slik de involverte aktørene (både pasienter og ansatte) oppfatter at den –

den – er det er det ikke en tilfeldig sammenheng mellom utredningssted og resultat. Det kan dessuten se ut til at det knytter seg en viss prestisje til å være blant ”de strenge”. Det å ha mange second opinion - saker ser også ut til å bety noe i denne sammenhengen. Det kan derfor tenkes at stor autonomi og dermed ulikhet i resultat og funksjon bidrar til å opprettholde et mønster som enkelte avdelingene eller enkelte arbeidsmedisinere innenfor avdelingene oppfatter som ønskelig/ønskelig å opprettholde. De fleste av informantene ønsker imidlertid å få etablert en mer samordnet praksis, og et av argumentene går på at ulikhetene undergraver fagets legitimitet som vitenskapelig praksis. Siden dette er en medisinsk disiplin som kanskje mer enn noen andre er ”advokatmat”, som en av informantene uttrykte det, er også en god grunn til å utvikle mer felles prosedyrer og praksis.

De ulike oppfatningene om hva et økt samarbeid bør innebære kan kategoriseres på følgende måte:

1. Ønsker om mer prosjektsamarbeid/forskning både avdelingene imellom og med STAMI.
2. Felles kvalitetssikring
3. Konsensusutvikling/standardisering
4. Kompetansegrupper med nasjonal funksjon
5. Kjernefunksjoner i regionene og spesialfunksjoner med nasjonal funksjon knyttet til regionene.

De fleste er som sagt positive til ideen om å utvikle en felles database over ulike type eksponeringsproblematikk, men er skeptiske til om det kan la seg gjennomføre, både fordi materialet er taushetsbelagt og fordi den enkelte pasienthistorie regnes som så unik og komplisert at et standardisert system virker urealistisk. To informanter fra to ulike avdelinger slår til orde for å bli enig om prinsippavgjørelser med hensyn til hvilke grupper som bør få erstatning og ikke. Det ville forenkle prosessen og dermed redusere ressursbruken som isteden kunne vært kanalisert inn i forebyggende virksomhet. De hevder at det er få andre spesialiteter der du har så store meningsforskjeller i arbeidsmetode som blir tillatt innenfor et system uten å si

at det er to forskjellige behandlinger, og at det har sammenheng med enkelte sterke fagfolk som er premissleverandører.

Enkelte informanter har vanskelig for i det hele tatt å se noen fordeler som ved en større grad av samkjøring. En informant uttrykte imidlertid tydelig at mer samkjøring ikke har noen hensikt, og at faglige vurderinger – felles eller sprikende – utvikles gjennom dialoger i tidsskrifter og tilvarende.

Flere yrkeshygienikere og kontoransatte har gitt uttrykk for at fellessamlingene ikke tar opp problemstillinger som er aktuelle for deres yrkesgruppe.

På noen av høstmøtene har det vært veldig fokus på arbeidsmedisin. Det blir kjedelig for oss. De to siste gangene har jeg latt være å reise.

For tiden har vi ingen formalisert samarbeid men noen, jeg tror STAMI har noe på legenivå, og så har vi noen såkalte yrkesmedisinske samlinger (vår- møter, høstmøter). Det blir veldig legetungt og en del overordna ting.

Disse formidler en følelse av å være litt på utsiden av den faglige virksomheten som foregår, spesielt på fellessamlingene. Det berører trolig et tema som vi skal komme tilbake til under kapitlet om forvaltning av kompetanse i avdelingene.

5.3 Samarbeid mellom avdelingene og STAMI

Alle avdelingene, bortsett fra Ullevål forteller om noen grad av forsknings- eller utredningssamarbeid med STAMI. På Ullevål har de imidlertid felles undervisning for legene som er under utdanning på begge steder. Forholdet til STAMI ser ut til å være noe ambivalent blant de ansatte i avdelingene. På den ene siden er STAMI en ressurssterk avdeling som kan drive det arbeidsmedisinske feltet fremover, på den andre siden utgjør de i noen tilfeller en konkurransefaktor i søknaden om de samme forskningsmidlene. Forventningene til STAMI spenner derfor fra sterke ønsker om koordinering av forskning og utredningsarbeid og en viss redsel for at STAMI er seg selv nok, og at de ikke kommer til å investere så mye i den koordineringsrollen de er tillagt.

...da må de også bruke ressursene til å rettes mot avdelingene, og ikke forsvinne inn i forskningen!

Fra enkelte yrkeshygienikerens side blir det påpekt ønske om å involvere andre deler av STAMI, for eksempel kjemisk og biologisk arbeidsmiljø og ikke bare AME, som virker noe begrensende. Dette er i tråd med det STAMI forteller at de ønsker. Det blir forslått å søke felles forskningsrådsprosjekter på bakgrunn av arbeidsmiljøovervåking, og workshops sammen med STAMI. Samarbeidet om kunnskapsstatus som er gjort i forbindelse med løsemiddelskade blir trukket frem som et vellykket eksempel på samarbeid.

I slike situasjoner burde STAMI ta initiativ og lagt føringer på hva utredningene skal inneholde, og fått på plass ensartede standarder og prosedyrer.

Det har også vært forsøkt internt å utarbeide standardprosedyrer for utredning av ulike pasientgrupper. På dette feltet burde STAMI ta initiativ til samordning mellom avdelingene.

En informant peker på at hun savner overordnet faglige føringer, og muligheter for å ”heve blikket” i blant. Hun mener at det er rom for rasjonalisering og effektivisering. På dette feltet burde STAMI ta initiativ, og det er viktig å etablere faste rutiner og strukturer for samarbeid. På bakgrunn av at AID har bevilget midler (2,5 mill) til STAMI for å styrke koordineringen mellom avdelingene, mener hun det er rimelig å ha klare forventninger om at de skal komme på banen.

STAMI driver mye med forskning, er mer interessant enn konsensusprosesser mellom avdelingene. Med all ekspertisen som STAMI har, burde de hatt ansvar for kvalitetssikringer, konsensus. De burde vært selvsikrevne til dette. De burde også hatt ansvar for å gi grunnlagsmat for politiske beslutninger.

5.4 Sykehusavdelinger

I dette avsnittet presenterer vi resultatet fra spørreundersøkelsen som ble sendt til aktuelle og potensielle samarbeidende sykehusavdelinger. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge samarbeidsrelasjonene mellom de arbeidsmedisinske avdelingene og andre sykehusavdelinger.

5.4.1 Spesialistavdelinger - utvalg

Undersøkelsen ble sendt til følgende 58 sykehusavdelinger ved de tidligere fylkessykehusene: lunge, hud, nevrologi, hematologi, øre-nese-hals og fysikalsk medisin og rehabilitering. Det kom inn 17 svar, og av disse var 10 lokalisert i samme sykehus som en av de arbeidsmedisinske avdelingene og 7 befant seg ved tre andre sykehus. Vi fikk minst ett svar fra alle typer avdelingene som fikk tilsendt skjema. I et par tilfeller rommet imidlertid avdelingen flere funksjoner enn det som var oppgitt som svaralternativ i spørreskjemaet. Tabellen under viser hvilke type avdelinger vi fikk svar fra.

Tabell 5.1 Sykehusavdelinger som svarte på spørreundersøkelsen om samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene.

	Antall respondenter
Lunge	2
Hud	2
Nevrologi	4
Hematologi (hvorav en innbefatter onkologi og infeksjon)	2
Øre, nese, hals (hvorav en innbefatter ortopedi og kirurgi)	5
Fysikalsk medisin og rehabilitering	1
Indremedisin	1
Totalt	17

5.4.2 Kunnskap om avdelingene

Undersøkelsen til sykehusavdelingene startet med et spørsmål om hvor godt de kjente til de arbeidsmedisinske avdelingene. Av de 17 avdelingene er det 8 som svarer at de kjenner en eller flere arbeidsmedisinske avdelingene meget (3) eller ganske godt (5) godt, 6 svarte at de kjenner dem verken godt eller dårlig og 3 svarer at de kjenner dem ganske dårlig. Det er for få enheter til at vi kan si noe om det er spesielle avdelinger eller avdelinger i bestemte deler av landet som kjenner best til de arbeidsmedisinske avdelingene. Vi kan imidlertid se at sykehusavdelingene har best kunnskap om den arbeidsmedisinske avdelingen som ligger i deres region. Det er for øvrig 2 av 17 som svarer at de kjenner godt til STAMI, og to som svarer verken eller.

5.4.3 Kontakt med avdelingene

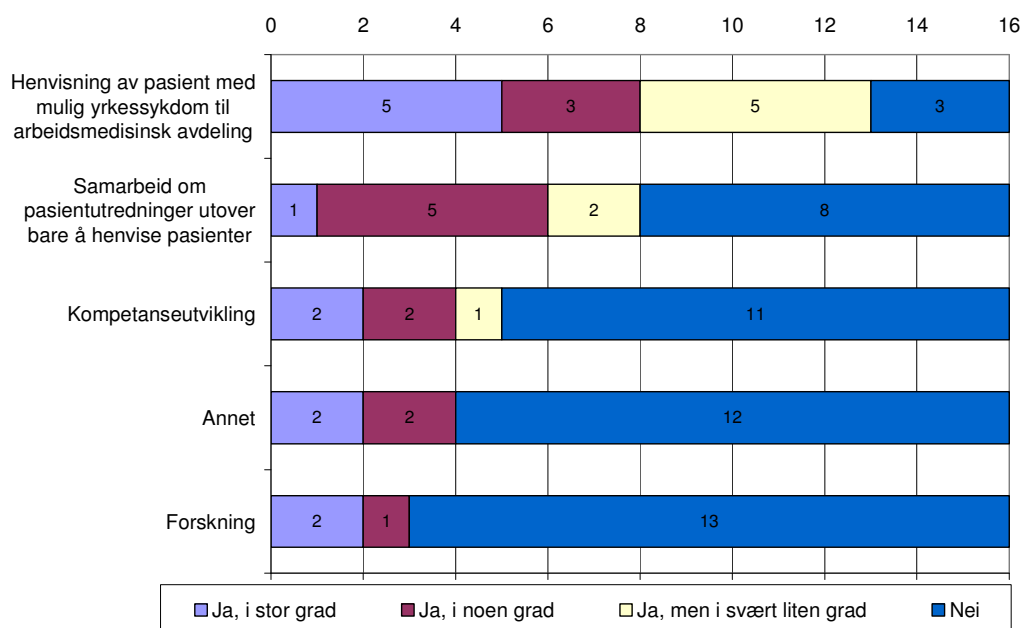
Kontakten de øvrige sykehusavdelingene har med de arbeidsmedisinske avdelingene, varierer. Det er 4 av avdelingene som svarer at de har hatt mye kontakt, 5 som svarer at de har hatt noe kontakt, mens 7 svarer at de har hatt lite kontakt. En av avdelingene svarer også at de ikke har hatt kontakt i det hele tatt. I praksis har vi dermed 16 avdelinger med i utvalget som har erfaringer med å samarbeide med en eller flere av de arbeidsmedisinske avdelingene. På et tilsvarende spørsmål om STAMI, svarer bare tre avdelinger at de har hatt kontakt.

Respondentene ble også spurt om hvilken arbeidsmedisinsk avdeling de har hatt mest kontakt med. Siden det er relativt få svar her, så vil kontakthyppigheten til de ulike arbeidsmedisinske avdelingene påvirkes av hvem som faktisk har svart på undersøkelsen. Vi kan derfor ikke si noe sikkert om det er noen arbeidsmedisinske avdelinger som har hatt mer kontakt utad mot andre sykehusavdelinger enn andre. Det vi derimot kan si, er at de arbeidsmedisinske avdelingene først og fremst har kontakt med andre avdelinger innenfor eget sykehus og med avdelinger ved sykehus som befinner seg innenfor samme region. Det vil si at avdelingene på sykehuset i Rogaland i all hovedsak har kontakt med den arbeidsmedisinske avdelingen i Bergen og avdelingene i Nord-Trøndelag har kontakt med avdelingen på St. Olavs Hospital. Det er imidlertid noe avvik fra dette mønstret. For det første har en av avdelingene i Rogaland også kontakt med den arbeidsmedisinske avdelingen i Te-

lemark. Videre ser vi at en avdeling i Buskerud – som geografisk tilhører sentrale østlandsområdet – har kontakt med flere arbeidsmedisinske avdelinger, både i Telemark, ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus og på St. Olavs Hospital HF. Hovedmønstret er imidlertid at kontaktflatene er geografisk avgrenset. Det er for øvrig tre av sykehusavdelingene som også oppgir at de har kontakt med STAMI.

5.4.4 Hva samarbeidet går ut på

Figuren under viser hva slags type samarbeid det har vært mellom spesialistavdelingen og den arbeidsmedisinske avdelingen de har hatt mest kontakt med. Siden det er en av avdelingene som ikke har hatt noe kontakt, så inngår det kun 16 avdelinger i figuren.



Figur 5.1 Former for samarbeid mellom arbeidsmedisinske avdelinger og andre sykehusavdelinger.

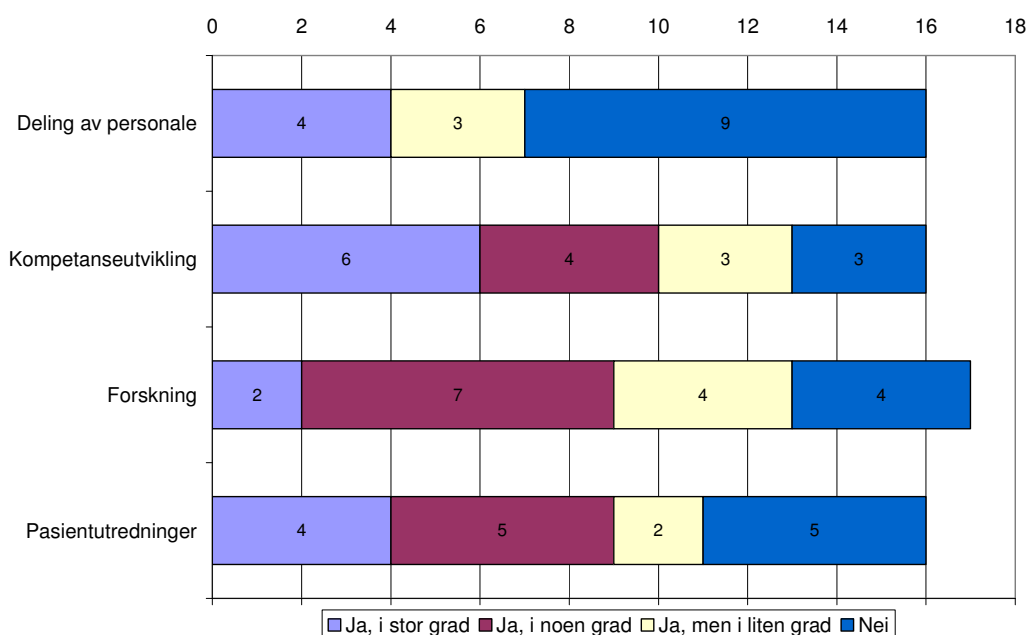
Vi ser at det meste av samarbeidet går ut på at pasienter henvises fra andre spesialistavdelinger til arbeidsmedisinsk avdeling og ved at avdelingene samarbeider om enkeltpasienter. I tillegg ser vi at det også er 5 avdelinger som svarer at de har et

kompetansesamarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene samt tre som svarer at de har et forskningssamarbeid. En av de avdelingene som svarer ”annet”, nevner at den aktuelle arbeidsmedisinsk avdelingen benyttes til ulike typer intern undervisning på avdelingen. Dersom vi går bak tallene, ser vi at 4 av de 5 avdelingene som svarer at de i stor grad henviser pasienter, er avdelinger som ligger i Nord-Trøndelag, Rogaland og Buskerud. Med andre ord er det i første rekke fra andre sykehus at det *henvises* pasienter til de arbeidsmedisinske avdelingene, ikke fra andre avdelinger innenfor samme sykehus. Til sammenligning befinner 4 av de 6 sykehusavdelingene som oppgir at de har mye annet samarbeid om pasienter, seg innenfor det samme sykehuset som de arbeidsmedisinske avdelingene. Det kan derfor se ut som at avdelinger som ikke ligger fysisk i nærheten av en arbeidsmedisinsk avdeling, i større grad har et samarbeid i form av å henvise pasienter, mens avdelinger med fysisk nærhet i tillegg også har et mer faglig samarbeid om pasienter.

Det er imidlertid ikke slik at de interne sykehusavdelingene ikke henviser pasienter. På et direkte spørsmål om dette, svarer de avdelingene som befinner seg på samme sykehus som de arbeidsmedisinske avdelingene, at de også henviser pasienter. Men til forskjell fra sykehusavdelingene som befinner seg på andre sykehus (som ofte henviser pasienter), svarer de interne sykehusavdelingene at de bare av og til henviser pasienter.

I figuren over er det tre avdelinger som oppgir at de har et forskningssamarbeid med én av de arbeidsmedisinske avdelingene. Dette dreier seg om forskningssamarbeid med den arbeidsmedisinske avdelingen på Haukeland og avdelingen i Telemark. På et annet spørsmål i undersøkelsen der vi spurte om samarbeid både innen forskning og utvikling, svarte i tillegg en avdeling at de forholdsvis sjeldent hadde FoU-samarbeid med en arbeidsmedisinsk avdeling. Det var imidlertid ingen av sykehusavdelingene som svarte at de hadde noe FoU-samarbeid med STAMI.

Det var kun én av de 17 avdelingene som samarbeidet med en arbeidsmedisinsk avdeling i form av å dele stillinger. I følge informanten ved denne avdelingen, har deling av slike stillinger bidratt til å styrke kompetansen ved avdelingene. Siden vi kun har erfaringer fra en avdeling, skal vi imidlertid være forsiktige med å trekke for bastante konklusjoner om denne typen samarbeidsordning.



Figur 5.2 Sykehusavdelingenes ønske om samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene.

Figuren over viser hvor mange av sykehusavdelingene som oppgir at det er ønskelig med et tettere samarbeid med en arbeidsmedisinsk avdeling innenfor ulike felt.

Kompetanseutvikling er et område som 6 av avdelingene mener at det i stor grad kunne samarbeides mer om. I tillegg er det 4 som gir uttrykk for det samme i noen grad. Tilsvarende ser vi at det er over halvparten av avdelingene som mener at de burde samarbeidet mer innen forskning og om pasientutredninger. På den andre siden er det relativt mange som ikke ønsker samarbeid i form av å dele personale.

6. Foreningenes vurderinger

I dette kapittelet presenterer vi resultater fra intervjuene med Allmennlegeforening-
en, Spesialistkomiteen for arbeidsmedisin, Yrkeshygienisk forening og Arbeidsme-
disinsk forening.

6.1 Det arbeidsmedisinske tilbudet

Fra Allmennlegeforeningens side blir det antatt at tilbudet ved de arbeidsmedisins-
ke avdelingene er lite kjent blant fastlegene. Vår informant, som har lang praksis
som fastlege, kan ikke huske at han har henvist til arbeidsmedisinsk avdeling. Der-
som det oppstår mistanke om arbeidsrelatert lidelse, blir det tatt opp i dialog med
sykehusavdeling eller poliklinikk, og en forsøker primært å løse saken ved hjelp av
spesialisthelsetjenesten i regionen. Han peker på at antallet arbeidsmedisinske avde-
linger er svært begrenset. Dersom allmennlegene skal ha nytte av økt kunnskap om
de arbeidsmedisinske avdelingene, må tilbudet være praktisk tilgjengelig, det må
være god informasjon om hvilke tjenester de kan tilby, om ventetid m.v. I tillegg vil
det være nyttig med informasjon om hvilke utredninger som bør skje i forkant av
henvisninger i forbindelse med ulike problemstillinger. Han mener at nettsidene til
eksempelvis STAMI har begrenset informasjon om slike forhold.

Ikke overraskende mener Arbeidsmedisinsk forening at tjenestene fra de arbeids-
medisinske avdelingene er relevante sett i forhold til dagens arbeidsliv. Det blir pekt
på at STAMI følger aktivt med og retter oppmerksomhet mot nye, viktige områder.
Men det bør forskes mer på forhold knyttet til innvandrere i norsk arbeidsliv. De
arbeidsmedisinske avdelingene er knapt bemannet, og derfor blir hovedvekten lagt
på utredninger. STAMI er bedre bemannet, og kan derfor i større grad bruke res-
surser til forbyggende arbeid. I tillegg til forebyggende arbeid, er det ressurser til
forskning som rammes av ressursknappheten. Også Spesialitetskomiteen peker på
at de arbeidsmedisinske avdelingene i for liten grad fokuserer på forebyggende ar-
beid. Dette henger sammen med at helseforetakene ikke har noen insitammenter til å
drive forebyggende medisin som er en vesentlig oppgaver for de arbeidsmedisinske
avdelingene. Spesialitetskomiteen peker på at helseforetakene har fått instruks om

at de har ansvar for å jobbe med forebyggende medisin, herunder arbeidsmiljømedisin. Men dette blir ikke fulgt opp fordi det ikke er øremerkede midler.

Representanten fra Yrkeshygienisk forening peker på at yrkeshygienikere ofte er alene representant for sin faggruppe, og derfor utgjør STAMI og de arbeidsmedisinske avdelingene et nødvendig støtteapparat. Informanten mener at bortsett fra eksponeringssaker som får mye oppmerksomhet i media, er det mye oppmerksomhet rettet mot psykososiale arbeidsforhold. Det medfører at eksempelvis støyskader er underrapportert, og på dette området kan yrkeshygienikernes kompetanse utnyttes bedre.

Arbeidsmedisinsk forening peker på at arbeidsmedisinernes rolle har blitt endret gjennom økt satsing på oppfølging av sykefravær og rehabilitering. Særlig for arbeidsmedisinere i bedriftshelsetjenesten er det store endringer. Arbeidslivet har også blitt endret ved at fysiske belastninger som eksempelvis støy er redusert, men det er viktig at slike belastninger ikke blir glemt. I bedriftene er det blitt mer fokus på psykososiale faktorer og stress, og det helsefremmende arbeidet blir mer vektlagt. Dette er endringer som i liten grad avspeiles i utdanningen til arbeidsmedisinerne.

Også Allmennlegeforeningen uttaler at i dagens arbeidsliv er det vanlig med problemstillinger relatert til psykososialt arbeidsmiljø, men det synes som om de arbeidsmedisinske avdelingene er lite profilerte på dette feltet. Temaet kommer gjerne opp ved ubestemte helseplager, og før evt. henvisning til arbeidsmedisinsk avdeling må det gjøres en bred utredning ved kliniske spesialavdelinger. En kan da sitte igjen med en liten rest av problematikk som en lurer på om kan være yrkesrelatert. Dette er en vanskelig materie for alle klinikere, også for arbeidsmedisinerne. Også Spesialitetskomiteen peker på at psykososiale problemer er økende innenfor bedriftshelsetjenesten. De mener at slike problemstillinger er for lite ivaretatt innenfor de arbeidsmedisinske avdelingene. Dette kan imidlertid skyldes at denne typen problemer i liten grad blir henvist hit, og at tiltak i stor grad må foregå i bedriftene. Det er der det viktigste forebyggende arbeidet skjer, og de arbeidsmedisinske avdelingene er i liten grad til stede i bedriftene. Kapasiteten ved avdelingene er for liten, og det går bl.a. ut over det forebyggende arbeidet.

Allmennlegeforeningen viser til behov for økt engasjement angående sykefravær, eksempelvis å studere og beskrive yrkes- og bransjespesifikt fravær. Informanten

mener at det er store variasjoner, og at det er dårlig datakvalitet på registrering av fravær i arbeidsgiverperioden og egenmeldt fravær. Dels henger dette sammen med at det fra statens side ikke blir oppfattet som økonomisk interessant informasjon, dels med en viss motstand fra organisasjonene i arbeidslivet som ikke ønsker fokus på bransjespesifikk variasjon av egenmeldt fravær. Dette vil først og fremst gjelde psykososialt arbeidsmiljø, men det kan også være knyttet til fysisk belastning, støy osv. Informanten tar imidlertid forbehold om at det kan være gjort utredninger mv. som han ikke kjenner til.

Yrkeshygienisk forening viser til at særlig STAMI har fokus på forskning, og at det blir gjort mye relevant arbeid. Det er imidlertid en ulempe at de i for liten grad er opptatt av formidling. Bruk av media gir muligheter for å nå en vid målgruppe.

Allmennelegeforeningen peker også på behov for at de arbeidsmedisinske avdelingene er tydeligere i media når det gjelder moderne epidemier som en har utilstrekkelig kunnskap om, så som elektorallergi, mobiltelefon, ulike former for intoleranse osv. På dette feltet burde avdelingene være en tydelig røst i media om hva som er kunnskapsfronten, og hva en ikke vet – i den grad media vil høre på det.

6.2 Økonomiske forhold

Arbeidsmedisinsk forening hevder at det gradvis har skjedd en innstramning av ressursene ved avdelingene. Knapphet på ressurser begrenser avdelingenes virksomhet. Forening mener at midlene som AID har bevilget for å styrke tilbudet ved de arbeidsmedisinske avdelingene og ved STAMI, bør brukes til å ansette leger ved avdelingene. Antallet overleger og leger i utdanningsstillinger bør økes. Aldersfordelingen er skjev, og mange vil snart gå over på pensjon. Derfor er det viktig å få styrket utdanningskapasiteten. I tillegg vil utvidelsen av bransjeforskriften med krav om obligatorisk bedriftshelsetjeneste for ytterligere sju bransjer, øke behovet for flere arbeidsmedisinere i bedriftshelsetjenesten. Spesialitetskomiteen peker på at vakante stillinger fremdeles holdes ubesatte. De mener derfor det er viktig å følge med på om midlene blir brukt slik de var tenkt, dvs. til øremerkede utdanningsstillinger.

Spesialitetsforeningen mener at for å avvikle køene er det nødvendig med flere utdanningsstillinger. De peker på at for noen år siden var det mange som ønsket å gå inn i utdanningsstillinger i arbeidsmedisin, det oppsto ventetid og mange valgte i stedet andre spesialiteter. Dette gjenspeiles i dag ved at det er liten tilgang på arbeidsmedisinere, og utdanningskapasiteten må derfor økes. I rekrutteringsøyemed er det også et moment at siden arbeidsmedisinere ved sykehus ikke har vakttillegg, blir stillingene dårligere lønnet enn andre legestillinger ved helseforetakene. Arbeidsmedisinsk forening mener at en mulighet for å redusere køene, bortsett fra å styrke bemanningen ved avdelingene, kan være å overføre en del oppgaver til bedriftsleger som er spesialister i arbeidsmedisin.

Ikke overraskende peker Yrkeshygienisk forening på at midlene som AID har bevilget også bør brukes til stillinger for yrkeshygienikere. Faggruppen innehar kompetanse som bør prioriteres høyere innenfor det arbeidsmedisinske fagfeltet.

Allmennlegeforeningens informant opplyser at han ikke har merket noe til at det er bevilget midler for å styrke det arbeidsmedisinske tilbudet. Men en kan heller ikke forvente at allmennlegene, som har lav henvisningsfrekvens, vil merke forskjell fra eller til på noen måneder ventetid.

6.3 Fagfeltets anseelse

Når det gjelder prioriteringen av og kunnskap om spesialiteten Arbeidsmedisin i HOD, peker Arbeidsmedisinsk forening på at et mindretall av arbeidsmedisinerne jobber ved helseforetakene. Det er et tankekors at de fleste arbeider i bedriftshelsetjenesten og dermed ikke kommer inn under faglig tilsyn fra Helsedirektoratet. Foreningen mener at HOD har for lite fokus på arbeidsmedisinen. Siden HOD er opptatt av forebyggende helsearbeid, er dette et paradoks fordi bedriftshelsetjenesten og arbeidsmedisinerne i virksomhetene burde være sentrale aktører i slikt arbeid. Informanten er usikker på om HOD og Helsedirektoratet i tilstrekkelig grad er klar over hvilke ressurser for forebyggende virksomhet dette utgjør.

Spesialitetskomiteen viser til at de tre siste årene har de jobbet inn mot HOD for å øke oppmerksomheten vedrørende de arbeidsmedisinske avdelingene som har slitt

de senere årene. Informanten mener at komiteen i noen grad har oppnådd gehør siden det er bevilget ekstramidler.

Når det gjelder kunnskap om, og prioritering av det arbeidsmedisinske tilbudet i helseforetakene, hevder representanten fra Arbeidsmedisinsk forening at det har vært en tendens til at ressursene til fagfeltet gradvis er blitt mindre. Uten de øremerkede midlene (2008) hadde det sett mørkt ut, og før de kom var de engstelige for at faget så å si skulle forsvinne.

Informanten fra Arbeidsmedisinsk forening mener at det er blitt bedre kjennskap til faget blant allmennleger de senere årene. Det har sammenheng med at kommunikasjonen mellom fastleger og bedriftsleger har økt i forbindelse med oppfølging av sykemeldte. Hvorvidt lungeleger og hudleger har kjennskap til arbeidsmedisinen, er knyttet opp til interessene hos den enkelte lege. Kunnskapen er skjevfordelt, men en del jobber mye og godt med arbeidsmedisinske problemstillinger. Blant indremedisinerne tror han at kjennskap til fagfeltet er begrenset. Det samme gjelder for spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Arbeidsmedisinsk forening mener også at faget er for lavt prioritert i medisinstudiet. I foreningen har de prøvd å bøte på det ved å legge opp til hospiteringsordning for studenter og turnuskandidater. De har også tatt opp med fylkeslegene på studiesteder at studentene, utenom studieplanene, kan inviteres ut til bedriftshelsetjenesten. Med bakgrunn i økt satsing på oppfølging av sykefravær, er det merkelig at dette ikke inngår i undervisningen. Universitetene tenker fortsatt tradisjonell arbeidsmedisin, og har ikke tatt inn over seg endringer som har skjedd. I tillegg er tradisjonell arbeidsmedisin også redusert, og her er det betydelige forskjeller mellom fakultetene.

Synspunktene til Arbeidsmedisinsk forening deles langt på vei av Spesialitetskomiteen. De mener at siden arbeidsmedisin er lavt prioritert i medisinerstudiet, er det generelt dårlig kjennskap til fagfeltet blant leger. Men det er imidlertid en del samarbeid med lungeleger og hudleger. Dialogen med legeforeningen har blitt bedre under nåværende president som har god innsikt i, og verdsetter arbeidsmedisinen.

7. Interessenter

I dette kapittelet presenterer vi resultater fra intervjuer med ulike interesseorganisasjoner. Vi har intervjuet representanter for LO, NHO, Arbeidsmiljøskaddes Landsforening (ALF), Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Petroleumstilsynet og Helsedirektoratet.– og Arbeidstilsynet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) som vi omtaler i et egne avsnitt.

7.1 Bekymring for avdelingens framtid

Arbeidslivsorganisasjonene, både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, er opptatt av tilbudet ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Organisasjonene har engasjert seg både politisk og direkte mot de arbeidsmedisinske avdelingene for å hindre at avdelingene skal ”dø ut”. De påpeker at avdelingene stadig er nedleggingstruet, og at dette skaper stor usikkerhet omkring det framtidige tilbudet. Organisasjonene arbeider for at avdelingene skal få bedre og mer stabile rammebetingelser, og samarbeider da med hverandre og med andre organisasjoner som Legeforeningen og Norsk Arbeidsmedisinsk forening.

Arbeidsmiljøskaddes Landsforening (ALF) er også svært opptatt av det finnes et godt utbygd arbeidsmedisinsk tilbud. Organisasjonen arbeider både politisk og mot de enkelte arbeidsmedisinske avdelinger for å sikre at det finnes et godt tilbud, både i forhold til forskning og pasientutredninger. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) driver også påvirkningsarbeid rettet mot forskningsmiljøer, helseforetak og politiske miljøer, men denne er i liten grad rettet direkte mot tilbudet ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Helsedirektoratet og Petroleumstilsynet har begrenset kontakt med avdelingene, men har likevel synspunkter på hvordan tilbudet bør være.

Representanten fra LO uttrykker det slik: ”Vi har hatt kontakt i forbindelse med at flere av avdelingene har vært truet av nedleggelse og har dårlige økonomiske vilkår. Vi har engasjert oss politisk for å sikre dem, siden de er truet. Vi har hatt politisk kontakt for å sikre at det blir tilstrekkelig med utdanningsstillinger. Vi er bekymret

for bevilgningsstørrelse, at ikke utdannes nok arbeidsmedisinere og vi er bekymret for kapasiteten på utredning og forskning. Dette har vi jobbet med i mange år.”

7.2 Det arbeidsmedisinske tilbudets betydning

Alle de intervjuede uttrykker at det svært viktig med miljøer med arbeidsmedisinsk kompetanse, som kan utvikle og formidle kunnskap. Organisasjonene uttrykker spesielt at det er behov for detaljert fagkunnskap om forskjellige arbeidsmiljøer og de arbeidsmedisinske utfordringene som finnes i ulike bransjer og produksjoner. Arbeidslivsorganisasjonene er dessuten opptatt av levende regionale avdelinger for sikre det samlede nasjonale tilbudet. Tilbudet må fungere i alle hjørner av landet, ikke bare i Oslo-område, påpeker representanten fra NHO. De regionale avdelingene har regionalt tilpassede spesifikasjoner til næringslivet der, og de er opptatt av at alle avdelingene må utvikles. Det påpekes av arbeidslivsorganisasjonene at de ulike avdelingene har sine felt de har bedre kompetanse på enn andre avdelinger, og representanten fra NHO opplyser om at de kjenner til hva de ulike avdelingene er gode på.

Videre sier NHO at det er viktig at avdelingene har ressurser til å utdanne og kvalifisere personell som kan jobbe ute i bedriftshelsetjenesten, og som kan tilby kompetanse til bedrifter som er særegne for regionen. Utdanning av bedriftshelsepersonell påpekes at blir enda viktigere når bransjeforskriften utvides. Det holdes ulike arbeidsmedisinske kurs Norge rundt, men det er STAMI som er hovedaktøren i forhold til kurs og formidling. Også de andre arbeidslivsorganisasjonene beskriver disse kursene som nyttige.

Organisasjonene er generelt opptatt at det genereres ny kunnskap om arbeidsmedisinske utfordringer. NHO mener at STAMI har en interessant forskningsportefølje og at forskningen er gjensidig nyttig. Både arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene er med og skaper forskningsprosjekter som skal tilføre ny kunnskap om ulike problemstillinger. Som oftest er det STAMI som er aktør (hovedsakelig AME), men også de arbeidsmedisinske avdelingene Bergen, Trondheim og Skien nevnes. I følge Norsk Industri er prosjektene ofte organisert slik at arbeidstakerorganisasjonene deltar i prosjektet på den måten at det blir et samarbeid mellom partene og forskningsinstitusjonen. Slik har mange delbransjer blitt kartlagt med tanke

på risiko for spesifikke sykdommer som kreft og lungesykdommer (KOLS og astma). Dette skal føre til forebyggende tiltak. Norsk Industri henviser til at de har 5-6 prosjekter gående hele tiden i samarbeid med arbeidsmedisinske avdelinger.

Alle organisasjonene mener det er viktig at avdelingene er tilgjengelig for utredning av yrkessykdom. Arbeidslivsorganisasjonene som ble intervjuet har imidlertid i liten grad direkte kontakt med avdelingene i forbindelse med utredninger, siden det er fagforbundene og medlemsbedriftene som i større grad har den direkte kontakten med sine problemstillinger. ALF er en organisasjon som forsøker å hjelpe enkeltmennesket gjennom "helsesystemet" slik at de får en god oppfølging når det er mistanke om en arbeidsrelatert sykdom. FFO opplyser om at de ser stor nytte av å sitte i ulike referansegrupper til forskningsprosjekter innenfor ulike medisinske felt, fordi de på den måten holder seg oppdatert om hva som skjer.

Norsk Industri sier at det er bedriftshelsetjenesten som benytter det polikliniske tilbudet mest.

7.3 Kontakten med avdelingene

Alle de intervjuede organisasjonene, med unntak av FFO, har forholdsvis mye og ulike typer kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene, og det er STAMI de har mest kontakt med. Innenfor STAMI er det mest kontakt med Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi. LO opplyser at de har kontakt med alle avdelingene i STAMI, og at de også har god kontakt med avdelingene i Bergen og Trondheim. Kontakten med avdelingene og LO går stort sett begge veier.

At det er mest kontakt med STAMI skyldes i følge organisasjonene at STAMI har mye mer ressurser, og at organisasjonene er mer involvert i utviklingen av prosjekter der enn ved de andre avdelingene. STAMI har et fagråd hvor partene i arbeidslivet er representert, og dette betyr noe i forhold til den tette kontakten med arbeidslivsorganisasjonene. Fagrådet tar opp generelle og overordnede problemstillinger, og bidrar til forskningsutvikling og samarbeid mellom ulike aktører. De andre avdelingene mangler tilsvarende formelle møteplasser, noe organisasjonene savner. Fagrådet betyr mye, siden man der kan drøfte ulike problemstillinger, og i tillegg er det geografisk nært, påpeker representanten fra LO. Norsk Industri fortel-

ler at kontakten med de øvrige avdelingene hovedsakelig er på prosjektbasis, og flere organisasjoner oppgir at de tar initiativ til prosjekter også ved avdelingene på helseforetakene. Eksempelvis har LO god kontakt med avdelingene i Trondheim og Bergen, mens de har liten kontakt med avdelingen i Tromsø. Siden LO har et ønske om at alle de arbeidsmedisinske avdelingene skal utvikles, har de planer om å besøke avdelingen i Tromsø. LO forteller også at de har foreslått et samarbeid ovenfor STAMI i forhold til kuldepåvirkning som skal gjennomføres hos avdelingen i Tromsø.

LO oppgir at STAMI i løpet av de senere år har endret seg og involverer seg blant annet mer i arbeid med utredninger for AID og i etablering av kunnskapsgrunnlag for politiske beslutninger. Dette henger sammen med organiseringen av avdelingene. De andre avdelingene er underlagt helseforetakene og LO's representant mener at de der er "lite lydhøre" i forhold til tilbudet ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Når LO har forslag til konkrete utredning-/forskningsprosjekter har disse stort sett blitt utført ved STAMI, fordi det er de som har kapasiteten. LO sitter i styringsgruppen til kjemisk arbeidsmiljø innenfor olje og gassindustrien, og der har det oppdrag gått til andre miljøer som Trondheim. Arbeidslivsorganisasjonene ønsker ikke ensidig å bruke STAMI, og Norsk Industri forteller at valget mellom STAMI og avdelingene ved helseforetakene både går på erfaring og personkjennskap (kompetanse og spesialitet). Organisasjonen forteller at også Kreftregisteret er også en viktig partner/aktør i forskningsprosjekter. Annen kontakt mellom organisasjonene og STAMI kan være at NHO holder foredrag på STAMI, eksempelvis om "hva trenger arbeidsgiversiden av STAMI", eller at representanter fra organisasjonene kommer på STAMIs frokostmøter.

Når det gjelder formidling av kompetanse sier representanten fra NHO at

STAMI er gode på formidling. De andre avdelingene er ikke like aktive, fordi de ikke er like store. Det blir en urettferdig sammenlikning fordi STAMI ligger under departementet og har en ordnet økonomi i forhold til statsbudsjettet og har andre betingelser.

De intervjuede arbeidslivsorganisasjonene er ikke direkte involvert i det som har med pasientutredninger ved avdelingene å gjøre, siden det er fagforbund og medlemsbedrifter som har den kontakten og som har sine problemstillinger. ALF der-

imot, har hovedsakelig kontakt basert på pasienter som er til utredning ved avdelingene. Ofte føler pasientene at de ikke når fram i helsesystemet, og de tar kontakt med ALF, enten fordi fastlegen/bedriftslegen ikke henviser dem til spesialist eller fordi de ønsker second opinion på saken sin. ALF går oftest til STAMI, fordi de føler at de har mest kompetanse. Organisasjonen karakteriserer seg som et viktig mellomledd mellom pasient og helsesystemet. ALF har kontakt med alle avdelingene i landet gjennom pasientene, og hjelper personer som skal utredes til å finne fram til den avdelingen som har best kompetanse på det aktuelle området. For øvrig mener organisasjonen er den har få formelle møteplasser med de arbeidsmedisinske avdelingene. Organisasjonen påpeker at den har mye praktisk kompetanse i forhold til ulike problemstillinger innen arbeidsmiljø, ”og den er det ingen i helsevesenet som kan sitte med”. Organisasjonen mener imidlertid at det er få arenaer for erfaringsutveksling om hvordan man kan forebygge sykdom, slik at organisasjonen kan formidle sin kunnskap. Unntaket er i Trondheim hvor ALFs lokallag i Sør-Trøndelag har to representanter med i brukerutvalg. ALF har dessuten et eget fagråd med arbeidsmedisinske folk, jurister, sosionomer m.m. som gir dem veiledning i forhold til ulike problemstillinger. Dette rådet møtes imidlertid ikke regelmessig, siden det er av basert på frivillig innsats fra de som sitter der. Mye av kommunikasjonen foregår derfor per epost, og de har dermed jevnlig kontakt.

FFO har minimal direkte kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene. Deres arbeid inn mot helseforetakene går i stor grad ut på den generelle oppfølgingen av sykdom og er ikke direkte rettet mot de arbeidsmedisinske avdelingene. FFO sitter i ulike referansegrupper til prosjekter og på den måten holder de seg oppdatert på hva som skjer på det medisinske området.

Petroleumstilsynet er underlagt samme departement som STAMI, og de to har derfor løpende kontakt og møtes i flere sammenhenger. Petroleumstilsynet har hatt noe kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene ved helseforetakene. De har hatt mest kontakt med avdelingene i Bergen, Trondheim og STAMI, og i noen grad med avdelingen i Telemark. Kontakten har hovedsakelig vært vedrørende pasientutredninger i forbindelse med petroleumsvirksomhet. Bergen og Trondheim har de hatt kontakt med også i forhold til faglig utveksling og prosjekter, i tillegg utredningsarbeid. Avdelingene har også tatt kontakt med tilsynet for å gi informasjon om arbeidsprosesser, teknologi m.m. Tilsynet bruker avdelingenes spesialister til å

sjekke ut problemstillinger for dem, siden de selv har begrenset arbeidsmedisinsk kompetanse. Kontakten er i stor grad knyttet til kjemisk arbeidsmiljø. Tilsynet sier imidlertid at de burde lagt opp til mer regulær kontakt med avdelingene. Om STAMI's koordineringsrolle forteller Petroleumsstilsynet at det kom et initiativ fra departementet vedrørende en gruppe arbeidstakere som hevdet at de var skadet på grunn av kjemisk eksponering i Nordsjøen. Det arbeidsmedisinske miljøet fikk et spesielt tilbud om utredning og STAMI fikk i oppgave å samordne dette. STAMI arrangerte da et seminar med representanter fra de arbeidsmedisinske avdelingene hvor en gikk i gjennom eksponeringsforhold og kjemisk arbeidsmiljø innenfor petroleumsvirksomheten. Dette mener Petroleumsstilsynet at var et bra og nyttig initiativ fra STAMI.

Representanten fra Helsedirektoratet opplyser om at det ikke er noe formelt samarbeid mellom dem og STAMI. De har hatt noen få møter med STAMI, men at de ønsker å ha mer kontakt fremover. Når det gjelder Miljørettet helsevern i kommunene varierer det en del fra landsdel til landsdel hvor mye kontakt de har med avdelingene. Det er imidlertid to avdelinger som peker seg ut i forhold til å jobbe med miljømedisinske problemstillinger: avdelingene i Tromsø og Bergen. Kontakten har gått ut på at det er et samarbeid i enkeltsaker, eksempelvis helse- og miljøeffekter av anlegg for avfallsforbrenning i Tromsø og Vest Tank--eksplosjonen i Gulen. Samarbeidet om disse enkeltsakene opplyses å ha vært bra og konstruktivt. Avdelingen i Tromsø har gjort en god jobb med å markedsføre seg innen miljømedisin ovenfor kommunene, og dermed fått oppdrag innenfor dette fagfeltet.

Det ser ut til å være et behov for mer kontakt mellom Miljørettet helsevern i kommunene og de arbeidsmedisinske avdelingene. Små kommuner som ikke samarbeider med andre kommer veldig dårlig ut på miljørettet helsevernssiden fordi de i mange tilfeller ikke har mulighet til å utvikle et tilstrekkelig stor miljø til å kunne samle kompetanse. De små kommunene som samarbeider interkommunalt klarer seg straks bedre.

7.4 Forventninger til avdelingene

Det er en stor bekymring i forhold til avdelingenes kapasitet til å utdanne nye spesialister i arbeidsmedisin. LO sin representant sier at "Mangelen på utdanningsstil-

linger vil bli et akutt problem i tiden framover og være en flaskehals i flere år fremover”. Dette begrunnes blant annet i at bransjeforskriften for bedriftshelsetjeneste er under utvidelse, og det vil bli behov for mer bedriftshelsepersonell.

LO ønsker at de arbeidsmedisinske avdelingene skal være ressurscenter for bedriftshelsetjenesten, og at bedriftshelsetjenesten skal bruke avdelingene mer. Avdelingene bør følgelig bygges ut i forhold til dagens situasjon, slik at i større grad etablerer en direkte kontakt mellom avdelinger og bedriftshelsetjenesten i regionen. På den måten vet bedriftshelsetjenesten hvor de skal henvende seg, og det vil styrke dem faglig. I tillegg vil dette gi viktig informasjon tilbake til avdelingene om hva som foregår ute.

Norsk Industri er også opptatt av at bedriftshelsetjenesten har god kompetanse, og de er positivt at det kommer en godkjenningsordning for disse. Organisasjonen er opptatt av at avdelingene skal gi god nok undervisning og drive kompetansebygging hos bedriftshelsetjenesten. Dette bør også gjøres innenfor medisinstudiet, siden organisasjonen mener at dette ikke er bra nok i dag. Spesialistutdanningen har for få utdanningsstillinger, og ekstrabevilgningen som nå kom må gå til dette. Organisasjonen forteller at det er en høy turn over blant bedriftsleger, som går over til å bli primærleger. Mer kompetanse i hos bedriftshelsetjenesten sies å være nødvendig for å hindre dette fremover, og godkjenningsordningen vil bidra i så måte.

Generelt mener organisasjonene at STAMI, som det definitivt største og prioriterte arbeidsmedisinske miljøet, må være en spydspiss for det arbeidsmedisinske miljøet fremover. STAMI må hjelpe organisasjonene og de andre arbeidsmedisinske avdelingene til å prioritere og å se hva som kommer av utfordringer. De må legge føringer i forhold til fremtidig forskning og koordinere forskningsarbeidet ved de arbeidsmedisinske avdelingene landet rundt. Det er en oppfatning om at STAMI nå begynner å se på hvordan de kan gjennomføre sin koordineringsrolle. Og som en av intervjuobjektene sier:

STAMI bør forvalte sin rolle utover å drive oppdragsforskning, slik at de også ser litt i glasskulen.

Organisasjonene vi har vært i kontakt med, kommer med følgende forslag til konkrete problemstillinger som avdelingene bør jobbe med:

- Nanoteknologi
- Vibrasjoner
- Mikroorganismer
- Stekeos

Organisasjonene understreker at STAMI burde koordinere arbeidet med disse problemstillingene og andre viktige problemstillinger. Det er et ønske om at STAMI finner ut hvor vi har størst behov for å tette hull og fordeler forskningsoppgaver mellom avdelingene. I dag har avdelingene ved helseforetakene for liten tilgang til forskningsmidler, er den generelle oppfatningen til organisasjonene. Norsk Industri påpeker at de opplever avdelingene som en salderingspost hos sykehusene.

Det påpekes at avdelingene må ha tilstrekkelig kapasitet og kvalitet på utredninger, og i den sammenheng er det viktig å ha et høyt faglig nivå ved forskning. LO sier at de har eksempler på at folk henvender seg til dem fordi de ikke har fått time til utredning på grunn av at de har blitt villedet i systemet. Slike henvendelser blir i hovedsak håndtert av organisasjonene lokalt eller av tillitsvalgte som har erfaringer med tilsvarende problemstillinger, forteller de videre. Det påpekes at avdelingene har et kapasitetsproblem. LO henviser til at AID-minister Bjarne Håkon Hansens presisering av at alle som kan være skadet av arbeidet bør få den medisinske utredningen de har krav på, skjedde uten at det var gjort grundige forhåndsutredninger om kapasiteten ved avdelingene. Dette har sprengt kapasiteten ved en del avdelinger.

Flere av de intervjuede mener at de arbeidsmedisinske avdelingene råder lite over forebygging, utover at forskningsresultater åpenbart blir brukt til forebyggende tiltak. Avdelingene er til dels engasjerte i prosjekter og formidlingsaktiviteter for at kunnskap de sitter med kan brukes på den forebyggende siden. Det påpekes av Petroleumstilsynet at formidlingen eksternt kunne vært bedre, slik at resultatene i større grad kan anvendes til å iverksette konkrete forebyggende tiltak hos bedriftene.

7.5 Avdelingenes nytteverdi for interessentene

Arbeidslivsorganisasjonene sier at forskningen gir implikasjoner om endringer i arbeidslivet og ulike prosesser. Forskningen er viktig for at de arbeidsmedisinske miljøene skal holde seg oppdatert på feltet også utenfor Norge. Videre påpekes det at

forskningen bidrar til å heve kvaliteten på arbeidet som avdelingene gjør og skaper en arbeidssituasjon på avdelingene som gir karrieremuligheter slik at avdelingene holder på gode folk.

Mange problemstillinger i arbeidslivet løses ved forskning, spesielt når man har en konkret arbeidsmiljøsituasjon som skal undersøkes (eksempelvis om løsemiddelskader). Forskning er viktig for å fastlå sammenhengen en arbeidssituasjon og sykdom, og resultatene vil ha praktiske konsekvenser for arbeidslivet dersom avdelingene klarer å formidle dem til bedrifter og bedriftshelsetjenesten. En uttaler at

Forskningen ved miljøene er viktig og relevant.

mens en annen mener at:

Forskningens relevans er både og, men har inntrykk av at fagområdene må komme med de ønskelige svarene i noen tilfeller.

Det påpekes at praksisen varierer mellom avdelingene og at det finnes tilfeller med motstridende resultater og uenighet om utredninger mellom forskningsmiljøene (eksempelvis om kvikksølv som nevnes både av Norsk Industri, NHO, YS og LO).

Både bedriftshelsetjenesten og avdelingene er ute i bedriftene i forskningsprosjekter og/eller kartleggingsprosjekter i forbindelse med bransjetiltak, eksemplvis silisiumkarbid-industrien i forhold til lungekreft, og andre effekter på lungefunksjon. Dersom man finner ut hvor det er størst eksponering og får kunnskap om sammenhenger, kan man også fjerne årsaken. Dette krever imidlertid opplæring på den enkelte arbeidsplass. Den organisatoriske og praktisk tilrettelegging ligger imidlertid mer til bedriftshelsetjenesten enn til avdelingene, påpeker en organisasjon.

ALF påpeker at det er viktig å finne sammenheng mellom eksponering på arbeidsplassen og utvikling av sykdom/skade. I forbindelse med erstatningssaker må en slik sammenheng dokumenteres ovenfor arbeids- og velferdsetaten og andre. Det er ikke alltid at man nok kunnskap om slike sammenhenger, og eksemplvis nevnes sammenhengen mellom blodkreft og arbeid på oljeplattform som ikke er nok utredet. Det oppstår hele tiden nye versjoner av yrkessykdom ved at det kommer nye stoffer på markedet, og stoffer kan gi langtidsvirkninger som kan slå ut i sykdom først etter 15-20 år. Dette er komplekse problemstillinger om krever store forsk-

ningsprosjekter. ALF bruker forskningen fra avdelingene i tillegg til egne erfaringer hos foreningens tillitsvalgte, når de eksempelvis holder foredrag hos bedrifter.

En del av organisasjonene mener at avdelingene er forholdsvis flinke til å arrangere kurs i aktuelle problemstillinger innen toksikologi og grunnkurs for bedriftshelsepersonell. STAMI, men også Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital HF, nevnes av Norsk Industri i denne sammenheng.

Når det gjelder formidling av forskningsresultater fra de arbeidsmedisinske avdelingene til kommunene (miljørettet helsevern), er denne aktiviteten begrenset i følge Helsedirektoratet. Dette til tross for at forskningen har relevans også for de som arbeider med miljømedisin og folkehelse. Utslipp av stoffer for eksempel, har relevans for hele lokalmiljøet og ikke bare for de ansatte. Forskningen på stoffer og sammenhenger er relevant også utenfor arbeidsplassen.

Petroleumstilsynet benytter i liten grad ressurser fra de arbeidsmedisinske avdelingene. De har nyttige prosjektsamarbeid med STAMI, men dette samarbeidet er oftere med kjemikere og de som arbeider med forebygging enn med arbeidsmedisinere. Eksempelvis gjennomføres det nå et stort prosjekt i forhold til kjemisk arbeidsmiljø for petroleumsarbeidere, hvor blant annet Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital HF er noe involvert. På prosjektsamarbeid med SINTEF hender det at SINTEF trekker inn avdelingen i Trondheim, slik at det blir et indirekte samarbeid. Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus er viktigst for dem, siden de har til mandat å spesialisere seg på arbeidsmiljøutfordringer knyttet til petroleumsvirksomhet.

Norsk Industri forteller at de har samarbeidet med "Oljeindustrien", departementet, STAMI, Kreftregisteret, universitetet i Trondheim og arbeidsmedisinsk avdeling i Trondheim og Bergen om et oljekjemikalieprosjekt i forhold til arbeidsmiljøet i oljenæringen. Dette har ført til stor forskningsaktivitet på feltet, og ulike delprosjekter har vært gjennomført hos de arbeidsmedisinske avdelingene.

7.6 utfordringer for avdelingene

Alle de intervjuede uttrykker bekymring for at avdelingene har for små og ustabile rammer for det arbeidet de skal gjøre. Slik det er nå varierer rammene fra år til år, og flere uttrykker at de opplever avdelingene som en salderingspost hos sykehuse-
ne. Organisasjonene opplyser om at de arbeider aktivt politisk og mot offentlige myndigheter for å sikre et landsdekkende arbeidsmedisinsk tilbud med stabile driftsforutsetninger. Følgelig synes de at det er positivt at det kom en ekstra bevilgning til avdelingene i fjor, men de mener at dette må bli en permanent styrking av avdelingene. Én organisasjon melder at som et resultat av fjorårets ekstramidler har avdelingene fått mulighet til å tenke litt mer langsiktig, i tillegg til at det har hjulpet dem til å løse ut akutte problemer. Én sier også at de arbeidsmedisinske miljøene strekker seg langt for å gi synspunkter og innspill når organisasjonene ber om det, så lenge de har ressurser og det ikke er så krevende. Dersom de ikke er tilgjengelige for dette, så har det med rammer og ressurser å gjøre og ikke med viljen.

Når arbeidslivsorganisasjonene trenger å få gjennomført oppdrag, søker de etter gode kandidater til dette. Ofte er det STAMI som får oppdraget, siden de har størst kapasitet. Samtidig leter avdelingene/STAMI leter etter doktorgradskandidater som kan arbeide med prosjektene som de har fått på oppdrag. På den måten bidrar oppdragene til å heve kompetansen til avdelingen. Ofte er det bedriftsleger eller underordnede ved de arbeidsmedisinske avdelingene som er doktorgradskandidater.

Arbeidslivsorganisasjonene er ikke direkte involvert i det som har med utredninger ved avdelingene å gjøre, siden det er landsforeningene/medlemsbedriftene og bedriftshelsetjenesten som har den kontakten. Organisasjonene observerer imidlertid at det er ulik praksis og ulikt resultat av utredninger ved de ulike avdelinger. Eksempler på dette er løsemiddelskader, oljepåvirkning, kvikksølvskader, sistnevnte hvor STAMI, Trondheim og Bergen har sterk ulikt syn. Dette hevdes å svekke tilliten til systemet. Dette er et stort problem, hvis arbeidstakerne eller oppdragsgivere skal shoppe utredninger på ulike avdelinger for å få det ønskelige resultatet. Norsk Industri sin representant sier det slik: ”Dessverre har ikke avdelingene lyktes i å ha en felles tilnærming og konsensus, men derimot er det et mangelfullt samarbeid”.

Alle organisasjonene uttrykker bekymring for den polikliniske kapasiteten ved sykehusavdelingene. Det påpekes at dette har sammenheng både med økonomiske rammer, som igjen fører til for lite antall utdanningsstillinger. ALF, som har nærkontakt med avdelingene i forbindelse med pasientutredninger, hevder at systemet ikke er godt nok, siden at kapasiteten er sprengt og fordi de stiller spørsmålsteget ved en del konklusjoner. ALF er av den oppfatning at utredningstiden er spesielt knapp i Bergen og Oslo. I tillegg må det bli bedre samhandling og informasjonsflyt mellom ulike aktører i prosessen, påpeker ALF.

NHO sier at de er usikre på hvor lang ventetiden for pasientutredninger er rundt om i landet, men mener at den er akseptabel ved poliklinikken hos STAMI.

Norsk Industri påpeker at det kommer mange pasientutredninger via arbeids- og velferdsetaten (NAV) i forbindelse med rettssaker om erstatning for yrkessykdom og yrkesskade. Dette er dyre og lange utredninger, som krever mye ressurser. I tillegg er det mulig å få nye utredninger og nye konklusjoner ved å henvende seg til en annen avdeling. Det oppleves at det er en uryddighet i forhold til dette og at den forestående samordningen mellom avdelingene vil være positivt i forhold til dette. En evt. opprettelse av et felles oppgjørskontor, og sammenslåing av dagens tosporede system for kompensasjon for yrkesskader og yrkessykdommer (dels gjennom folketrygden, dels gjennom en lovpålagt yrkesskadeforsikring) vil også kunne være positivt i så måte.

ALF påpeker at avdelingene har en viktig informasjonsoppgave ovenfor fastlegene. Det er ikke alltid fastlegen skjønner at det kan dreie seg om en yrkessykdom når en pasient forteller om sine plager, fordi legene er travle og har ikke tid til å sette seg inn i alle nye forskningsresultater. I mange tilfeller blir ikke pasienten sendt til videre arbeidsmedisinsk utredning, slik at situasjonen deres kan bli klarlagt. ALF påpeker at dette oppleves som en dobbel belastning for pasienten og familien deres, fordi man ikke får noen svar i forhold til hva som feiler en. Ofte mistenker verken fastlege eller arbeidstaker at det er arbeidet som er skyld i sykdommen. Fastlegen er imidlertid en nøkkel i forhold til å fange opp de personene som har yrkesrelatert sykdom, men legene mangler kunnskap i forhold til symptomer og symptombeskrivelser, som til forveksling kan være lik andre sykdommers forløp. Problemstillingene kan ofte være komplekse og sykdommen kan utvikle seg over flere år. ALF mener at pasientene ofte må være ”sumobrytere for å komme gjennom systemet”. Det

første og viktigste dokumentet som må fylles ut er om yrkeshistorikken, og dette må pasientene fylle ut når de kontakter ALF og som de kan levere til sin fastlege.

7.7 Hvilket fokus avdelingene bør ha

NHO sier

..(...) Den gammeldagse og konservative yrkes- og arbeidsmedisinen handlet mye om fysisk og kjemisk helserisiko. Etter hvert ser vi at det også er annen helserisiko i arbeidslivet, som psykososiale utfordringer og muskelskjelettplager. Vi tror at mange av avdelingene er flinke til å snu om på dette og være der de er etterspurt og innse at de må levere de tjenestene som spørres etter.

Dette eksemplifiseres ved at STAMI arbeidet for å bygge opp kompetanse innenfor muskelskjelettlidelser og psykososialt arbeidsmiljø. Det påpekes at det selvsagt er viktig at de andre avdelingene også utvikler sin kompetanse, men at det mye lettere for STAMI å utvikle en solid og relevant kompetanse på flere områder samtidig.

7.7.1 Psykososiale problemstillinger

ALF påpeker at yrkessykdom og yrkesskade er en folkesykdom som rammer hele familien, og at det derfor er viktig å jobbe også med psykososiale problemstillinger. Dette forklares ved at en person som er utsatt for eksponering ikke nødvendigvis er syk i første omgang, men at kollegaene begynner å merke at det er noe med personen som er rammet. Dette kan være glemsel, tabber i arbeidet, eller vedkommende klarer ikke jobben sin like bra. Når man blir utsatt for eksempelvis løsemidler kan man få en lav terskel for aggresjon, og tendensen til å overreagere øker. Slikt kan på sikt selvsagt gi opphav til mange ulike former for onde sirkler og store psykiske belastninger, og problemer på jobben og i familielivet kan forsterke hverandre. Det poengteres at psykososiale forhold knyttet til det å være yrkesskadet må få større fokus.

STAMI jobber med ulike belastninger i arbeidsmiljøet, også de psykososiale utfordringene. Norsk Industri mener imidlertid at avdelingene ikke bør styrke sin fokus

på psykososiale problemstillinger. Tvert imot er de heller bekymret for at det blir for mye av dette og at avdelingene dermed mister fokus på det fysisk/kjemiske arbeidsmiljøet. Helseeffektene av skiftarbeid, inkludert psykososiale problemstillinger, mener de imidlertid er viktig å få mer kunnskap om, og dette blir dekket i prosjekter.

7.7.2 Forebygging

Generelt mener organisasjonene at forskningen ved avdelingene skal bidra til å forebygge yrkessykdom. Avdelingene driver indirekte med forebygging ved å finne fram til sammenhenger mellom eksponering og yrkessykdom. LO sier at kartleggings- og forskningsprosjektene bidrar med kunnskap om hvor det er størst eksponering, hvilke tiltak man kan sette i verk og hvilken effekt tiltakene vil ha. Prosjektene bidrar ofte til å gi kunnskap om etiologi slik at man ser sammenhenger mellom eksponering og sykdom, og dermed bedre kan fjerne årsaken til uhelse. NHO påpeker at bedrifter kan ta i bruk denne forskningskunnskapen og iverksette tiltak på sin arbeidsplass. Kunnskapsformidlingen fra de arbeidsmedisinske avdelingene og til bedrifter skjer i all hovedsak via bedriftshelsetjenesten. I følge LO er ligger den organisatoriske og praktiske tilretteleggingen hos bedriftene mer til bedriftshelsetjenesten enn til de arbeidsmedisinske avdelingene.

Det framheves i denne sammenheng at bedrifter uten bedriftshelsetjeneste har dårlig tilgang til den forskningen som gjøres på

Når det kommer nye teknologier og produksjonsprosesser er det viktig at det gjøres forskning på mulig helsepåvirkning av dette, påpekes av både LO, NHO og Norsk Industri. Nanoteknologi nevnes som et eksempel på en ny teknologi som man vet for lite om konsekvensene av å produsere og bruke. Det er her viktig å være føre var og sette i gang forskning, mener organisasjonene. Norsk Industri sier at de savner initiativ fra avdelingene om forebygging i forhold til mulige helseeffekter av nanoteknologi, og da spesielt fra STAMI som skal ha et nasjonalt koordinerende ansvar.

ALF hevder at forebygging ikke blir tatt tilstrekkelig tak i av myndighetene, og trekker inn eksempler med malere og arbeidere ved bensinstasjoner. Disse kan, i følge ALF, risikere å utsettes for så store eksponering av løsemidler i arbeidet at de

kan være en fare for seg selv og andre i trafikken (Her refererer de til en undersøkelse som vi ikke har fått oppgitt). ALF mener derfor at det burde være kampanjer med informasjon rettet mot disse.

YS gir også et eksempel på hvordan kunnskap om arbeidsmiljøet kan brukes til å organisere arbeidet på en bedre måte i den hensikt å forebygge yrkessykdom: Røykdykkere i brannvesenet får bare gjøre røykdykking noen år før de over til andre oppgaver innenfor brannvesenet. YS påpeker at det kunne vært gjort tilsvarende organisatoriske grep også for andre yrkesgrupper, eksempelvis innenfor omsorgsyrkene hvor muskelskjelettlidelser sammen med psykiske lidelser er den største årsaken til fravær. YS mener likevel at det er bedriftene og andre aktører enn de arbeidsmedisinske avdelingene som bør fokusere på det forebyggende arbeidet.

7.7.3 Rehabilitering

YS påpeker at arbeidslivet er i endring. IA-avtalen og avventende sykmelding er ordninger som skal bidra til færre sykmeldinger og at folk får andre oppgaver på sin arbeidsplass dersom de ikke lenger kan eller bør gjøre sine tidligere oppgaver. Dette fremhever YS som positivt og de sier at ”man må komme vekk fra svart-hvitt tenkningen om at enten kan du arbeide eller ikke, men det må bli et løp videre når man er ute av arbeidslivet. Her kan avdelingene bidra ved å finne nye muligheter for arbeidstakerne”. YS ønsker midler til de arbeidsmedisinske avdelingene for å bygge opp kompetanse på rehabilitering. De mener at det arbeidsmedisinske miljøet bør bli en viktig aktør i forhold til å få folk tilbake i arbeid ved at de gjør medisinske avklaringer i forhold til den arbeidsevnen som er igjen (funksjonsvurderinger). ”Det er bedre for folk å bidra med noe enn ingenting”, sier YS sin representant. Det fremheves at avdelingene bør ha ulik kompetanse og at rehabilitering er en kompetanse som savnes. FFO ønsker også at rehabilitering skal få en mer sentral plass i helsesystemet, men er usikker på om kompetansen bør ligge hos de arbeidsmedisinske avdelingene eller andre ved andre avdelinger.

NHO støtter ikke synet om at rehabiliteringsarbeid og funksjonsvurdering skal være et fagområde for de arbeidsmedisinske miljøene. NHO begrunner dette i at avdelingene er mer systemorienterte enn rettet mot vurderinger av den enkelte person (med unntak av pasientutredninger av yrkessykdom).

7.7.4 Miljømedisin

I følge representanten for Helsedirektoratet ligger det miljømedisinske fagfeltet inn under Folkehelseinstituttet og Miljørettet helsevern i kommunene. Helsedirektoratet mener at de arbeidsmedisinske avdelingene burde arbeide mer i forhold til miljømedisinske problemstillinger, og at det i dag bare er avdelingen i Tromsø og dels Avdelingen i Bergen som arbeider med dette feltet. Dette begrunnes i at folk har de samme vanene på og utenfor arbeidsplassen, som kosthold og røyking. De mener at felles tiltak mot for eksempel tobakksskader, fysisk aktivitet og liknende hadde vært spennende, siden man da kan bruke arbeidslivet som arena for helsefremmende arbeid. Direktoratet påpeker også at eksponeringer av ulik art i mange tilfeller er de samme for de ansatte som for samfunnet for øvrig, som eksempelvis når det gjelder Legionellabakterien. Det er derfor et behov for en samordning av de arbeidsmedisinske og miljømedisinske fagfeltene, i følge direktoratet. Og som Norsk Industri sier det ”Miljøgiftene blir jo produsert et sted!”.

Norsk Industri sammen med både NHO og LO mener at arbeidsmedisin og miljømedisin til dels har mye felles når det gjelder det metodiske og utstyrsmessige. Det er likevel en skepsis blant organisasjonene til at de arbeidsmedisinske avdelingene skal inkludere det miljømedisinske fagfeltet. Dette uttrykkes slik fra LO sin representant

Det som er skadelig inni fabrikken er også skadelig utenfor og sånn sett er det en nær sammenheng. Men vi er litt engstelige for at fokuset skal flyttes fra arbeidsmiljøet, siden det er mer enn nok oppgaver innenfor dette feltet allerede. På den annen side er det ofte et misforhold i forhold til risikovurdering innenfor arbeidsmiljø sammenliknet med folkehelse. Å inkludere begge områder kan bidra til å skjerpe kravene i arbeidsmiljøsammenheng.

LO sin representant sier at dreiningen mot det miljømedisinske feltet kommer som en følge av et ønske om nye arbeidsområder og markeder. NHO mener at en slik markedstilpasning og samordning kan være regningssvarende og fornuftig for de små avdelingene. Disse avdelingene kan styrkes ved at deres fagområde utvides og at de kan være tilgjengelig for miljømedisinske problemstillinger. I følge Norsk Industri er det i EU en stor fokus på biologiske miljøfaktorer i befolkningen, og det finnes store forskningsprogram innenfor dette. Problemstillinger innenfor biologis-

ke miljøfaktorer feltet har en felles metodikk i miljø- og arbeidsmedisin, og i mange tilfeller er eksponeringen både i arbeidslivet og i samfunnet for øvrig.

7.7.5 Organisering

Arbeidslivsorganisasjonene mener generelt at det mangler en helhet og samlet plan for de arbeidsmedisinske avdelingene. De påpeker at det er en organisatorisk utfordring at noe av det arbeidsmedisinske tilbudet er under AID og noe under HOD, fordi rammevilkårene er ulike og koordineringen mellom avdelingene dårlig. Det påpekes av arbeidslivsorganisasjonene at det er et behov for politiske avklaringer rundt organiseringen av avdelingen, og at deres representative organisasjoner arbeider aktivt mot politiske beslutningstakere for å få dette på plass. Én organisasjon forklarer at ”en sammenlikning mellom avdelingenes aktivitet er urettferdig fordi STAMI har en langt mer ordnet økonomi i forhold til statsbudsjettet og har andre betingelser”. Videre forklarer organisasjonen at mange har en oppfatning om at STAMI er forfordelt, mens avdelingene ved helseforetakene får et mer vilkårlig handlingsrom.

Arbeidslivsorganisasjonene mener at STAMI bør etableres som et nasjonalt senter for arbeidsmedisin og være støttende og koordinerende ovenfor de andre avdelingene. De opplyser om at de har arbeidet aktivt for at en slik omstrukturering skal bli en realitet. LO synes at STAMI begynner å ta tak i dette og henviser til at STAMI planlegger samlinger med de andre arbeidsmedisinske enhetene. Det bør her drøftes kapasitet, samarbeid og fordeling av arbeidsoppgaver og spesialiteter, og LO påpeker at organisasjonene bør involveres i utviklingen av det arbeidsmedisinske tilbudet.

Norsk Industri sier det slik:

STAMI har mest ressurser og er det naturlige hovedsenteret for det arbeidsmedisinske miljøet. Vi trenger et stort arbeidsmedisinsk miljø i Norge, så kan de andre være mer satellitter med sine spesialiteter.

NHO sier det slik:

Avdelingene må være der folk er og der arbeidsplassene er og mange kan bygge opp en spesialkompetanse på det de ser at trengs rundt dem. Store sentraliserte sentre gjør det tungvint for brukerne og det blir kanskje heller ikke så godt tilpasset deres behov.

Disse uttalelsene representerer synet til arbeidslivsorganisasjonene på hvordan det arbeidsmedisinske tilbudet bør organiseres i fremtiden. De ønsker et arbeidsmedisinsk tilbud som er spredt utover hele landet, men at alle oppgaver ikke behøver å ligge ved alle enheter. NHO påpeker at det ikke nødvendigvis er sånn at de små miljøene er dårlige, men at de tvert imot kan være svært gode på det som er deres ”oppland”. Det samme gjelder bedriftshelsetjenesten, hvor de små fellesordningene eller egenordningene kan gjøre en veldig god jobb fordi de ofte veldig mye om akkurat det de driver med. De ulike avdelingene har ulike forutsetninger og kompetanse knyttet til personellressurser og utstyr, i følge LO. Arbeidslivsorganisasjonene ønsker seg derfor en samlet nasjonal plan for det arbeidsmedisinske tilbudet, og Norsk Industri henviser til Finlands oppbygging av det arbeidsmedisinske tilbudet. LO uttrykker bekymring for at de arbeidsmedisinske avdelingene, som er så viktige for bedriftshelsetjenesten skal tape i prioriteringskampen i helsevesenet, og ønsker at en større del av ansvaret legges til AID. LO ønsker også et bedre samarbeid ikke bare mellom HOD og AID om det arbeidsmedisinske feltet, men også mellom disse to departementene og Kunnskapsdepartementet, for å styrke fokuset på universitetene.

Petroleumstilsynet ønsker også at STAMI får en koordinerende rolle for det arbeidsmedisinske tilbudet i fremtiden.

En alternativ modell som fremmes av ALF, er et nasjonalt kompetansesenter for personer med yrkessykdommer som skal jobbe skulder mot skulder med STAMI med forskning. Organisasjonen ønsker ikke å ha utredningen spredt utover landet på små miljøer. De arbeidsmedisinske avdelingene kunne fokusert på utredninger som er lette å diagnostisere. Et nasjonalt kompetansesenter kunne da tatt oppgaven med å utrede mer komplekse problemstillinger, hvor kanskje flere stoffer inngår og/eller det kreves avanserte hjelpemidler for å finne ut av problemstillingene. Dette kunne frigjort kapasitet på de andre avdelingene. Organisasjonen har foreslått for ministeren å sette ned et utvalg for å utrede en slik organisering.

I følge Helsedirektoratet forholder Miljørettet helsevern i kommunene seg til Folkehelseinstituttet når de har problemstillinger knyttet til eksponering - på samme måte som bedriftshelsetjenesten henvender seg til STAMI og de øvrige arbeidsmedisinske avdelingene. Det forklares at det er et behov for et regionalt nivå for miljømedisin, siden det mangler i dag ⁷. De arbeidsmedisinske avdelingene kunne vært en felles 2. linje ressurs innenfor arbeidsmedisin og miljømedisin, fordi kompetansen, metodikken og utstyret for en stor del er overlappende. Som 1. linje nivå kan man tenke seg både arbeidsmiljø (bedriftshelsetjenesten) og folkehelsemiljø i interkommunale enheter. Dette begrunnes i at det er varierende kvalitet på bedriftshelsetjenesten i dag og at de ikke alltid dekker bedriftenes reelle behov og konsentrerer seg om å være yrkeshygienisk innrettet. Det 3. nivået i denne modellen vil være STAMI og Folkehelseinstituttet som er ekspertorganer på hvert sitt område.

Videre henviser Helsetilsynet til en undersøkelse hvor ca halvparten av kommunene oppgir at de har søkt etter samarbeid på miljørettet helsevern.

Dette illustrerer at det er et ønske om å søke sammen for å styrke seg, og dersom tilbud om å ha med arbeidsmiljø i dette vil de nok se et poeng i det. Men dette er et ganske radikalt forslag.

I neste kapittel skal vi også se at det kommunale miljøretta helsevern har ønske om et samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene.

7.7.6 Forskning

NHO har et arbeidsmiljøfond som er med og finansierer en del prosjekter. NHO og STAMI har tett dialog både på fagutvikling og forskning. Forskningen som STAMI søker fondet om midler for, får midler dersom forskningen føles relevant for NHO. STAMI søker på samme måte som andre aktører søker og de som har relevant forskning får midler. STAMI har også en mengde forskning som NHO ikke har noen særinteresse i, men mye av det er også interessant for dem.

⁷ Tidligere var den kommunale næringskontrollen ofte organisert i interkommunale samarbeid, og disse hadde en del kompetanse i forhold til prøvetaking, laboratoriearbeid m.m. Ved omorganiseringen og opprettelsen av Mattilsynet forsvant en del av denne kompetansen

I følge Norsk Industri blir prosjekter ved avdelingene også finansiert med midler fra Forskningsrådets programmer. Tidligere var det et program som gikk spesifikt på arbeid og helse (fysisk/kjemiske problemstillinger også), mens det nå er et program som heter ”Petromax” som kommer inn på arbeidsmedisin. AID opplyser at det i tillegg kan søkes midler til forskning på arbeids- og helseproblematikk i bred forstan innenfor programmet for forskning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet).

Petroleumstilsynet mener det er et problem knyttet til at praksis ved de arbeidsmedisinske avdelingene ikke er lik. De synes det virker som om det er ulik praksis for gjennomføring av undersøkelser og kriterier for beslutning (det vil si kriterier for om det er sammenheng mellom diagnose og eksponering). Tilsynet er ikke komfortable med denne situasjonen, og har tatt det opp med STAMI flere ganger. De mener det er positivt at STAMI etter hvert har fått en samordnende rolle og håper at kontakten mellom de arbeidsmedisinske avdelingene blir bedre.

Petroleumstilsynet påpeker at det er en tendens til at grupper som mener at de er skadet er blitt mer profilerte og sterkere. Disse gruppene bruker i større grad advokat og andre sterke virkemidler. I slike sammenhenger blir vurderingene til arbeidsmedisinerne viktige som bevis. Dette gjør det enda viktigere enn før at vurderingene er av god kvalitet og at det gjøres en god jobb både mht medisinsk utredning og arbeidshistorikk (eksponering). I dag er det ”noen avdelinger som framstår som strenge, andre som milde” i følge tilsynet.

ALF viser til eksempler hvor spesialister innenfor andre medisinske fagfelt har kommet med spesialisterklæringer, men at disse ikke har blitt godtatt av NAV. Dette til tross for at sammenhengen mellom eksponering i arbeidssituasjon og sykdom har blitt grundig dokumentert. Et eksempel som nevnes er øre-nese-hals spesialister som utredet sammenhengen mellom eksponering fra smeltelim i oppvarmingsbad med dårlig ventilasjon og ødelagte slimhinner. Fem spesialister i øre-nese-hals ga uttalelser, men NAV krevde likevel at spesialister i arbeidsmedisin skulle foreta utredningen. ALF mener at ”de arbeidsmedisinske avdelingene har for stor makt ovenfor departementene” og at de andre spesialistene i mange tilfeller er fullt i stand til å foreta vurderinger om årsakssammenhenger.

NHO påpeker at forskningen ved avdelingene skal ha integritet, og det skal være krav til forskningssannhet der som alle andre steder. Forskningen skal være objektiv og det skal være en kvalitet på internasjonalt nivå, og den skal være troverdig og upolitisk. Én organisasjon forteller at

Det i arbeidsmedisinsk forskning tradisjonelt har vært en politisk tyngde på den ene siden av skalaen. Det er et rom for tolkninger og et rom for hva man ønsker å forske på, og et rom for hvordan man vil utføre forskningen. Arbeidsmedisinsk forskning må ha den integriteten som annen forskning også må ha.

Flere organisasjoner trekker frem ”kvikksølv-saken” som eksempel på en problemstilling som har vært kontroversiell og hvor arbeidsmedisinske avdelinger har ulik oppfatning om risikoen.

7.8 Arbeidstilsynet

Vi har intervjuet en informant sentralt i arbeidstilsynet. Han forteller at Arbeidstilsynet har en samarbeidsavtale med STAMI, og det er først og fremst denne institusjonen hans avdeling har kontakt med, og da særlig Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) og avdelingen for kjemisk og biologisk arbeidsmiljø, i noe mindre grad AME. Arbeidstilsynets fremste interesse i samarbeidet er den kunnskapsbasen som produseres ved STAMI og i noen grad de andre avdelingene, spesielt nevnes Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus. Også den arbeidsmedisinske avdelingen ved St. Olavs Hospital HF i Trondheim, hvor også Arbeidstilsynet holder til, har møtepunkter med Arbeidstilsynet gjennom frokostmøter og MidtNorsk forum for arbeidsmedisinere. I tillegg deltar representanter fra Arbeidstilsynet på de årlige samlingene med de arbeidsmedisinske avdelingene. For Arbeidstilsynet er det arbeidsmedisinske tilbudet svært viktig, både som kunnskapsreferanse og som redskap for å bedre arbeidsforhold ved bedrifter. Ofte gir de bedrifter påbud om å bruke bedriftshelsetjenesten bedre. Når det gjelder kunnskapsutvikling og anvendelse av kunnskap er det en avgjørende forskjell mellom STAMI som en akademisk institusjon og Arbeidstilsynet som en aktør i arbeidslivet. STAMI innehar mye og høy kompetanse, de ansatte har oversikt over internasjonal kunnskap, og henvender seg i stor grad til det interna-

sjonale akademiske miljøet. For STAMI er den gyldige kunnskapen den som er vitenskapelig bevist og publisert i tidsskrifter. Det er en utfordring med tanke på det å levere dagsaktuell kunnskap om hva som er dagens problem i arbeidslivet, eller sagt på en annen måte: *hva er dagens asbest?* Arbeidstilsynets oppgave er bl.a. å arbeide for å redusere helseskadelige forhold i dagens arbeidsliv, og deres fokus er forebygging. De må være føre var, og må ofte handle på mistanke basert på et to timers bedriftsbesøk. Representanten vi intervjuer forteller at de forsøker å presse STAMI så langt det er mulig til å uttale seg og gi tydeligere anbefalinger som arbeidstilsynet så kan basere seg på når de for eksempel setter grenseverdier for kjemisk eksponering. Arbeidstilsynets fokus på forebygging gjør at de ønsker mer forskning på mulige problemer i dagens arbeidsliv knyttet til ny teknologi som for eksempel nanoteknologi, nye kjemiske produkter, men også muskelskjelettlidelser i pleie- og omsorgssektoren.

Respondenten forteller at fastlegenes rolle når det gjelder melding av mulige arbeidsrelaterte lidelser er til bekymring for Arbeidstilsynet. Det blir stadig færre leger som melder arbeidsskade for hvert år, og han mener det har sammenheng med manglende undervisning blant de yngre legene på legestudiet. Han opplever at det er et generasjonsskifte – eldre leger hadde mer kunnskap og var mer oppmerksomme på at sykdom muligens hadde sammenheng med eksponering i arbeidslivet. Derfor har Arbeidstilsynet satset på opplysning gjennom legenes tidsskrift, men jobber også mer direkte mot fastlegene for å øke deres oppmerksomhet på arbeid ved å forsøke å få det inn som et punkt i den elektroniske pasientjournalen. På den måten blir legen minnet på en mulig sammenheng mellom sykdom og arbeid, og det vil innebære en forenklet prosedyre med tanke på å melde til Arbeidstilsynet.

7.9 Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID)

Vi har gjennomført et fokusintervju der seniorrådgiver for pensjonsavdelingen, 2 avdelingsdirektører og 1 rådgiver ved for Arbeidsmiljø- og sikkerhetsavdelingen (AMS) deltok.

AID's lovverk. Forebyggende og STAMI og bedriftshelsetjenesten er den delen av det arbeidsmedisinske tilbudet som ligger under AID's ansvarsområde, og som AID kjenner best til. Hva som skjer på de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene av

oppgaver, prioriteringer og styringssystemer er naturligvis mindre kjent. Det er likevel litt kontakt mellom Arbeidsmiljø- og sikkerhetsavdelingen og de arbeidsmedisinske avdelingene fordi de arbeidsmedisinske avdelingene ved noen anledninger har tatt direkte kontakt med AID. Det er i seg selv interessant at de arbeidsmedisinske avdelingene tar kontakt med et annet departement enn sine eiere for å få oppmerksomhet om det de oppfatter som kritiske tilstander for spesialiteten. Vi så i kapittel 4.1 at HOD er organisert gjennom Helseforetak med desentralisert ansvar for å levere tjenester innenfor et gitt budsjett. Foretaksmodellen innebærer lite direkte styring, isteden gis ansvaret for å balansere tjenesteyting, kvalitet og prioriteringer til nivåene under (regionale helseforetak og helseforetak). Dette skjer innenfor definerte rammer gitt av departementet. Representantene for AID har stor forståelse for at helsedepartementet som har ansvar for alle deler av helsevesenet har en utfordring når det gjelder å rydde og prioritere mellom ulike behov opp mot tilgjengelige ressurser, og at de i mindre grad kan styre direkte på alle nivåene. AID på sin side forteller at de har mer direkte kontakt med sine institusjoner ute i regionene. Representantene for AID er opptatt av å få en avklaring på ansvarsforholdene rundt tjenestekapasitet og utdanningskapasitet ved de arbeidsmedisinske avdelingene. I 2008 bevilget AID, ved hjelp av udisponerte midler innenfor ordningen Raskere tilbake 20 mill kroner årlig til styrking av de arbeidsmedisinske avdelingene underlagt HOD. I tillegg ble det vedtatt en årlig ekstrabevilgning til STAMI på 2,5 mill kroner for å ivareta og styrke koordineringsfunksjonen mellom de ulike arbeidsmedisinske institusjonene. Bevilgningen kom etter en gjennomgang av det arbeidsmedisinske tilbudet foretatt av Helsedirektoratet (på oppdrag fra AID og HOD) som viste at det var behov for klarere styringslinjer og for å styrke tjenestekapasiteten og utdanningskapasiteten. Bakgrunnen for at den gjennomgangen ble satt i gang, var at representanter for de arbeidsmedisinske avdelingene selv har arbeidet i lengre tid for å få politiske oppmerksomhet og aksept for at det arbeidsmedisinske tilbudet var i ferd med å strupes gjennom stadig nedskjæringer i budsjettene.

7.10 STAMI's koordineringsrolle

STAMI, som ligger under AID er et forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. De styres gjennom halvårlege møter med departementet. STAMI har også et fagråd

der partene i arbeidslivet er representert. Både STAMI og departementet understreker at STAMI har stor faglig autonomi, og at dette er sentralt for STAMI's, tillit og legitimitet i miljøene som benytter seg av dere kunnskap. Likevel beskrives relasjonen mellom dem som relativt tett.

Tillegget til tildelingsbrevet til STAMI (AME) datert 1.juli 2008, beskriver hvordan AID forventer at STAMI skal fylle rollen som koordinator for de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er i følge både begge parter for lite spesifisert hva slags forventninger AID har til STAMI når det gjelder den nasjonale koordineringsfunksjonen. I et brev adressert AID, datert 25.11.08 beskriver STAMI hvordan de har valgt å tolke oppdraget.

Således vil avdelingens nye og utvidede oppgaver knyttet til denne satsingen fordeles på alle avdelingens ansatte etter behov og kompetanse på et nivå som samlet sett vil tilsvare de økte og øremerkede ressurser som STAMI er tildelt i forbindelse med satsningen. ...(..) avdelingsdirektør ved AME vil bli tildelt det operative ansvaret for daglig drift, inkludert fordeling av oppgaver mellom avdelingens ansatte og kontakt med de arbeidsmedisinske rundt om i landet.

STAMI opprettet 2,5 legestillinger for midlene, og hadde på tidspunktet for dette brevet påbegynt planleggingen av oppdraget, og diskutert koordineringsoppdraget med de arbeidsmedisinske avdelingene blant annet på Høstmøtet for de arbeidsmedisinske avdelingene. Legene som ble ansatt for styrkingsmidlene har, etter det de selv og ledelsen ved avdelingen forteller, ikke mer ansvar for koordineringsarbeidet med sykehusavdelingene enn de øvrige ansatte ved avdelingen. Dette ansvaret ligger til avdelingen og ledelsen i fellesskap. Områder STAMI trekker frem som aktuelle for koordinering er:

- Pasientutredninger
- Andre utredningsprosjekter av felles interesse
- Planlegging/initiering av felles forskningsprosjekter

Da vi besøkte STAMI i uke 49 2008 var det også gjennomført en idédugnad internt i AME og et 2-dagers seminar der de arbeidsmedisinske avdelingene ble invitert til å tenke sammen med STAMI om fremtidig samarbeid og å formidle gjensidige for-

ventninger. Av konkrete prosjekter ble det diskutert grunnlag for felles prosjektsøknader til Norges Forskningsråd, samordnet rapportering av aktuelle pasientgrupper som offshorepasienter og kvikksølvpasienter og etablering av nasjonal statistikk for alle arbeidsmedisinske pasienter ved de arbeidsmedisinske poliklinikkene.

Ved STAMI uttrykte ledelsen noe bekymring over den manglende spesifiseringen av oppdraget. Det ble nevnt at STAMI kunne stå i fare for å bli et slags servicetorg og at de vil bli belastet med ”de verste tilfellene”. STAMI var blitt gitt et mandat som det ikke fulgte virkemidler med fordi STAMI ikke har noen instruksjonsmyndighet ovenfor de arbeidsmedisinske avdelingene.

Vi får større forventninger i fanget, kanskje større enn vi ønsker.

Selv om ansatte ved STAMI likevel formidler en positiv holdning til den koordineringsoppgaven de er tildelt, trekkes det frem som en utfordring at de er organisert under ulike departement, og at STAMI derfor ikke har noen myndighet i denne sammenhengen. Strategien blir derfor i stor grad å tilrettelegge for en arena hvor faglige utfordringer og prosjekter kan diskuteres ut et frivillighetsprinsipp. Ledelsen ved STAMI formidler en forståelse av at ressursene til å drive forskning på de arbeidsmedisinske avdelingene generelt sett er små, og at de i liten grad kaster seg inn i konkurransen om forskningsmidlene. Derfor er det først og fremst STAMI som vil bidra med de tyngste ressursene i et eventuelt økt forskningssamarbeid og avdelingene som vil dra mest nytte av samarbeidet.

8. Brukere av de arbeidsmedisinske avdelingene

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra en spørreundersøkelse som ble rettet mot tre grupper brukere av de arbeidsmedisinske avdelingene⁸. Dette gjelder bedriftshelsetjenesten, fastlegene og den miljørettede helseverntjenesten i kommunene. Den første av disse – dvs. bedriftshelsetjenesten – må betraktes som en primærbrukergruppe. Fastlegene er også en aktuell brukergruppe, men som vi skal se senere i kapitlet, er det begrenset hvor mye fastlegene benytter tjenestene til de arbeidsmedisinske avdelingene. Den siste gruppen må betraktes som noe mer perifer enn de to første. Men som vi skal se senere, varierer dette mellom de ulike avdelingene.

For å forenkle framstillingen i dette kapitlet har vi noen steder omtalt de arbeidsmedisinske avdelingene ved helseforetakene for ”de arbeidsmedisinske avdelingene” og avdelingen ved STAMI for ”STAMI”.

8.1 Metode og datagrunnlag

I dette avsnittet presenter vi kort metode og datagrunnlaget for de tre spørreundersøkelsene som i all hovedsak utgjør datagrunnlaget for dette kapitlet. Hver brukergruppe har fått tilsendt et tilpasset elektronisk spørreskjema. Dette gjelder bedriftshelsetjenesten, fastleger og miljørettet helsevern i kommunene (MHV). Spørreskjemaet ble sendt ut elektronisk via Questback, og dataene har blitt behandlet i SPSS.

⁸ De arbeidsmedisinske avdelingene utgjør Arbeidsmedisinsk avdeling ved Ullevål Universitetssykehus HF (før våren 2008), Senter for yrkes- og miljømedisin ved Rikshospitalet HF (før våren 2008), Avdeling for miljø- og yrkesmedisin ved Oslo Universitetssykehus HF (etter våren 2008), Yrkes- og miljømedisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark HF, Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen Haukeland Universitetssykehus HF, Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital HF, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).

Tabellen under viser hvor mange som var i utvalget, hvor mange som svarte og hvilken svarprosent undersøkelsen hadde for de ulike gruppene.

Tabell 8.1 Bruttoutvalg, nettoutvalg og svarprosent i spørreundersøkelsene

	Bruttoutvalg	Nettoutvalg	Svarprosent
Bedriftshelsetjenesten	330 (anslag)	126	38
Fastleger	500	72	15
Miljørettet helsevern i kommunene	290 (anslag)	134	47

8.1.1 Bedriftshelsetjenesten

Målgruppen var alle bedriftshelsetjenestene i landet, både de som har egenordning, fellesordning og andre modeller. Mottakerlisten var basert på databasen til "Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten" hos STAMI som i følge STAMI inneholder ca 85 prosent av bedriftshelsetjenestene, samt kommunale HMS-avdelinger m.m. I tillegg til listen fra STAMI tilføyde vi bedriftshelsetjenester som avdelingene selv oppga som kunder/brukere. Til sammen ble dette et utvalg på 368 og av disse besvarte 138 undersøkelsen. Av disse igjen var det 126 som representerte en bedriftshelsetjeneste. Undersøkelsen omfatter kun de 126 respondentene som svarte for en bedriftshelsetjeneste, dvs. omtrent 90prosent av de som svarte. Dersom vi tar utgangspunkt i at bruttoutvalget vårt også består av 90 prosent bedriftshelsetjenester, får vi en estimert svarprosent i undersøkelsen på 38 prosent.

8.1.2 Fastlegene

Undersøkelsen til fastlegene ble organisert via Legeforeningen på den måten at spørreskjemaene ble sent ut elektronisk via foreningen. Det ble sendt ut i alt 500 skjema, hvorav halvparten fra en liste med registrerte brukere og halvparten tilfeldig valgte. Det var kun 72 som besvarte skjemaet. Det vil si at svarprosenten var bare på 15 prosent. Dette er såpass lav svarprosent at det vil knytte seg mye usikkerhet til tallmaterialet. Samtidig kan den lave svarprosenten tolkes i retning av at det er mange av legene som ikke har noen formening om emnet eller som ikke anser arbeidsmedisinske avdlinger som relevant for deres virke.

8.1.3 Miljørettet helsevern

Spørreundersøkelsen til det miljørettede helsevernet i kommunene ble sent ut til i alt 433 kommuner. Vi fikk svar fra 134, det vil si en respons på 31 prosent. Svarprosenten gir imidlertid ikke et helt riktig bilde siden mange av kommunene inngår i interkommunale samarbeid. I spørreundersøkelsen svarte 41 prosent av kommunene at de inngikk i et interkommunalt samarbeid om det miljørettede helsevernet.⁹ Av disse igjen var det 25 prosent som hadde 2-4 kommuner med i samarbeidet, 34 prosent som hadde 5-7 kommuner med, 18 prosent som hadde 8-10 med og 23 prosent som hadde mer enn 10 kommuner med. Dersom denne fordelingen gjelder for landet som helhet, dvs. at utvalget er representativt, viser en forsiktig beregning at vi på landsbasis opererer med 280-290 miljørettede helseverneenheter (dvs. at de interkommunale samarbeidene utgjør én enhet). Tar vi utgangspunkt i at det er 290 enheter, har vi en responsrate i undersøkelsen på 47 prosent.

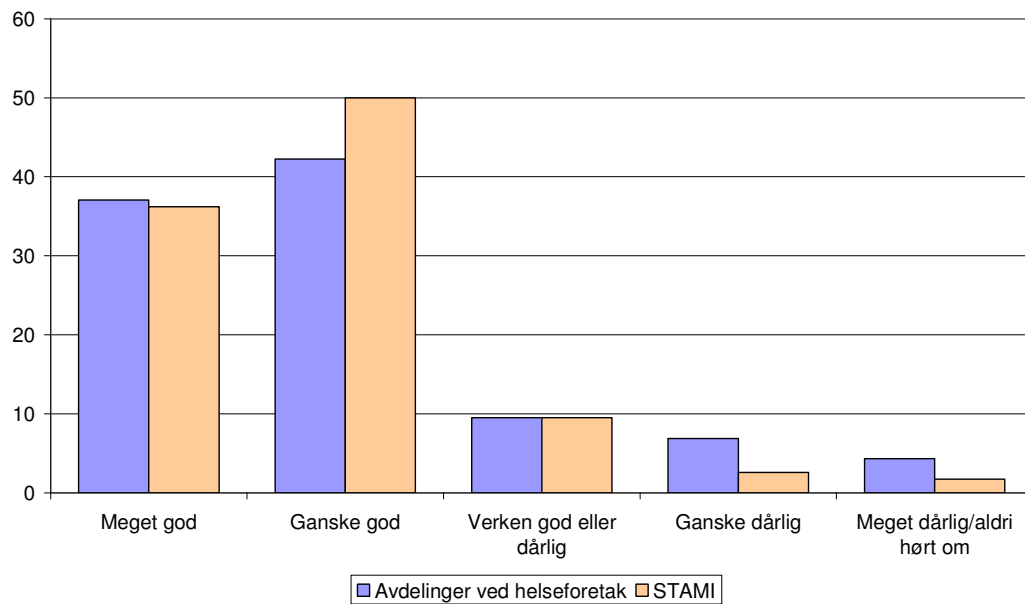
8.2 Bedriftshelsetjenesten (BHT)

I denne delen har vi tatt for oss bedriftshelsetjenestens kjennskap til, bruk av og erfaringer med de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. Bedriftshelsetjenesten arbeider direkte mot virksomhetene eller sluttbrukerne og i henhold til spørreundersøkelsen har fleste bedriftshelsetjenestene mer enn 40 medlemsbedrifter eller kunder. I følge den samme spørreundersøkelsen fremgår det at følgende kjerneoppgaver inngår hos de fleste BHTene: a) arbeidsrelaterte helsekontroller og konsultasjoner, b) rådgivning for å forebygge helseskader i medlemsbedriftene, c) rådgivning for å bedre fysisk, kjemisk, biologisk og psykososialt arbeidsmiljø, d) utredninger av sammenheng mellom eksponering og sykdom/skade, e) henvisning til spesialistutredning og f) gjennomføring av ulike målinger. BHTene må for øvrig regnes som en av de sentrale brukergruppe for de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI.

⁹ Dette samsvarer også med Helsedirektoratets egen evalueringsrapport av det miljørettede helsevernet i kommunene (Helsedirektoratet 2008).

8.2.1 Kjennskap til arbeidsmedisinske avdelinger og STAMI

I denne delen har vi presentert svar på spørsmål om bedriftshelsetjenestens kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. Vi ser først på svarene for alle BHTene samlet og deretter på resultatene fordelt etter hvor BHEene er lokalisert.



Figur 8.1 Prosent av BHT som svarer at de kjenner STAMI og minst en av de arbeidsmedisinske avdelingene.

Figuren over viser hvor god kunnskap BHTene har til STAMI og de arbeidsmedisinske avdelingene. Som vi ser av figuren mener bedriftshelsetjenesten at de har god kunnskap om avdelingene. Omtrent 80 prosent sier at de har meget eller ganske god kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene, mens 85 prosent sier de god kunnskap om STAMI. Omtrent 10 prosent har dårlig eller ingen kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene og knappe 5 prosent dårlig eller ingen kunnskap om STAMI.

Tabell 8.2 BHTenes kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene avhengig av hvor BHTen er lokalisert. Prosentandel som svarer meget godt eller ganske godt.

	Østlan- det	Sørl./ Tele- mark	Vestlan- det	Midt- Norge	Nord- Norge
AMA - Oslo ¹⁰	45	23	11	8	0
Sykeh. Telemark (YMA-ST)	36	77	28	19	11
Haukeland Univ.sykeh. (YMA-HUS)	19	9	83	12	0
St. Olavs Hospital (AMA-SOH)	23	23	33	89	11
Univ.sykeh. N.-Norge (AMA-UNN)	13	0	11	8	94
STAMI	90	82	89	89	78

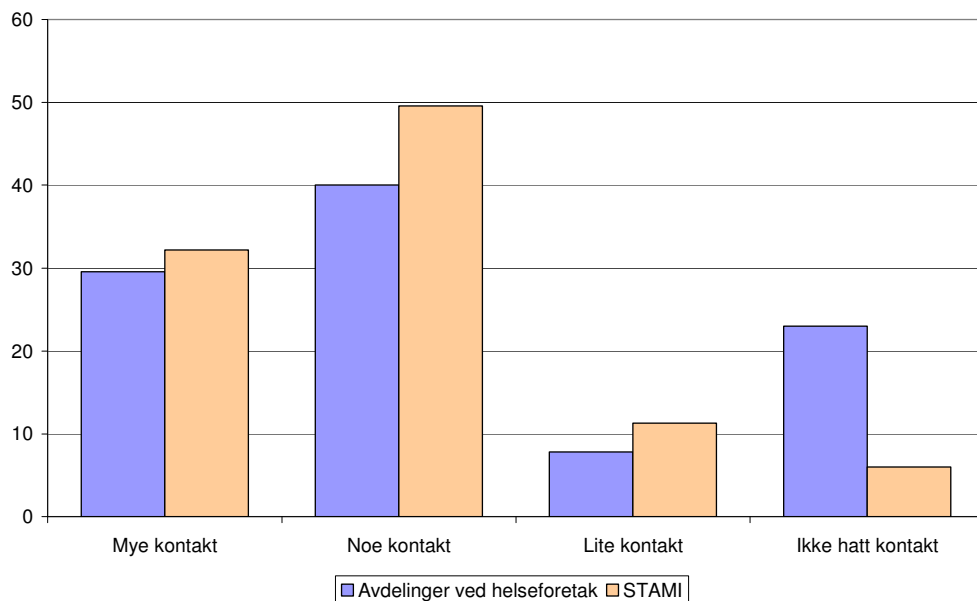
Tabell 8.2 viser hvor stor andel som svarer at de har meget god eller ganske god kunnskap om de ulike avdelingene fordelt etter hvor bedriftshelsetjenesten er lokalisert. Som forventet, har BHTene best kunnskap om den arbeidsmedisinske avdelingen som ligger i samme landsdel. Unntaket er STAMI, som jevnt over er godt kjent over hele landet. Kjennskapen til de tidligere og eksisterende arbeidsmedisinske avdelingene ved sykehusene i Oslo er imidlertid forholdsvis dårlig blant bedriftshelsetjenesten på Østlandet, som kjenner like godt til avdelingen på Sykehuset Telemark som avdelingene i Oslo. Avdelingen ved Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål er forholdsvis nyetablert, og i den sammenheng kan man forvente at kjennskapen til avdelingen ikke er så høy. Vi kan se av tabellen at avdelingen på Sykehuset Telemark og St. Olavs Hospital er de avdelingene utenom STAMI, som er best kjent rundt om i landet.

8.2.2 Kontakt med avdelingene

I denne delen ser vi først på hvor mange av BHTene som faktisk har hatt kontakt med en eller flere arbeidsmedisinske avdelinger og/eller STAMI. Vider ser vi på

¹⁰ »AMA – Oslo» er en sammenslåing av de arbeidsmedisinske avdelingene som tidligere var på Rikshospitalet og Ullevål, samt den nye avdelingen på Oslo Universitetssykehus.

hvorvidt det er regionale forskjeller eller om kontakten varierer mellom de arbeidsmedisinske avdelingene.



Figur 8.2 Bedriftshelsetjenestens kontakt med STAMI og de arbeidsmedisinske avdelingene

Figur 8.2 viser hvor stor andel som oppgir ulike grader av kontakt med en av de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. Vi ser av figuren at 30 prosent har hatt mye kontakt med og 40 prosent har tatt noe kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene. Tilsvarende er det omtrent 30 prosent som oppgir at de har hatt mye kontakt med STAMI og omtrent 50 prosent har hatt noe kontakt. Det er også omtrent 30 prosent som sier at de har hatt lite eller ingen kontakt med noen arbeidsmedisinsk avdeling, mens tilsvarende for STAMI er 20 prosent. Med andre ord viser dette at de aller fleste BHTene har hatt kontakt med både STAMI og minst en av de arbeidsmedisinske avdelingene. Dette tyder også på at BHTene er en viktig bruker av det arbeidsmedisinske tilbudet ved avdelingene og STAMI.

Tabell 8.3 BHTenes kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene fordelt i forhold til BHTenes lokalisering. Prosentandel som svarer meget godt eller svært godt.

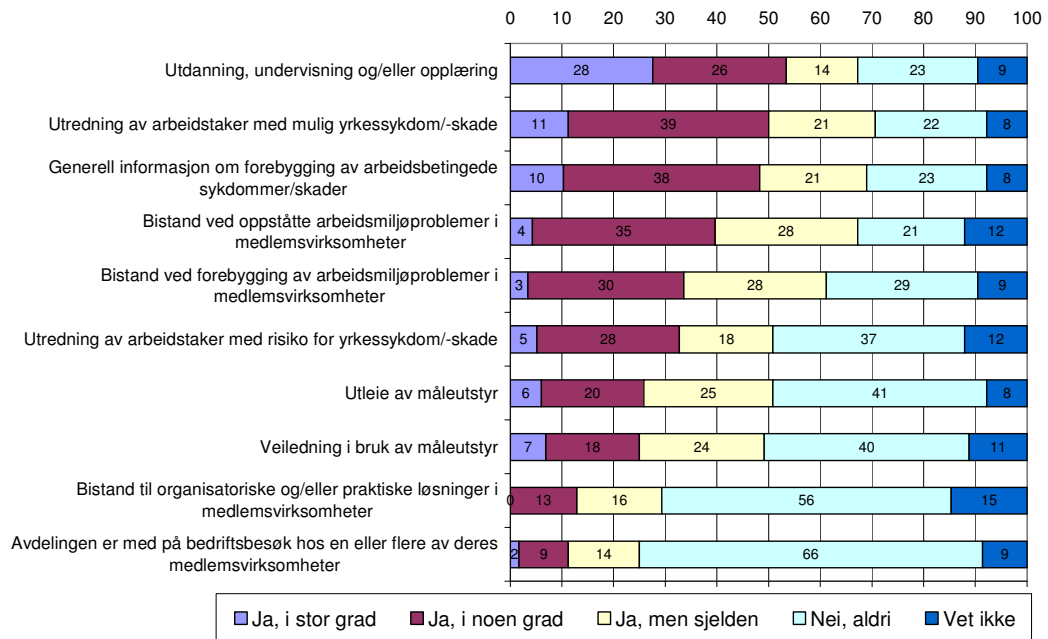
	Østlandet	Sørlandet/Telemark	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge
AMA - Oslo	50	16	7	8	6
Sykeh. Telemark (YMA-ST)	30	86	28	8	6
Haukeland Univ.sykeh. (YMA-HUS)	7	5	83	4	0
St. Olavs Hospital (AMA-SOH)	10	5	11	92	11
Univ.sykeh. N.-Norge (AMA-UNN)	0	0	0	4	72
STAMI	83	77	89	89	67

Tabell 8.3 viser andelen av BHTene som oppgir å ha hatt mye eller noe kontakt med de ulike arbeidsmedisinske avdelingene avhengig av hvilken region bedriftshelsetjenesten holder til i. Vi kan se at bedriftshelsetjenesten over hele landet har kontakt med STAMI. I Nord-Norge er det en noe mindre andel som har hatt kontakt med STAMI sammenlignet med landet ellers. Tabellen viser også at de fleste BHTene først og fremst har kontakt med de avdelingene som ligger i samme geografiske område. Spesielt på Sørlandet/Telemark, på Vestlandet og i Midt-Norge ser vi at de aller fleste BHTene har hatt kontakt med de respektive lokale arbeidsmedisinske avdelingene. Det er for øvrig interessant at BHTene på Østlandet har vel så mye kontakt med avdelingen i Telemark som avdelingene i Oslo. Vi ser at avdelingen i Telemark også er godt kjent blant BHTene på Vestlandet.

I spørreskjemaet ba vi BHTene også oppgi hvilken arbeidsmedisinsk avdeling de hadde mest kontakt med. Her oppga hele 43prosent at dette var STAMI, 17prosent at det var avdelingen ved St. Olavs Hospital, 15prosent at det var avdelingen i Telemark, 13prosent at det var avdelingen i Nord-Norge og 8prosent at det var avdelingen i Bergen. De resterende 4prosent oppga avdelingene i Oslo. Det var også en del (26 enheter) som ikke oppga noen hovedkontakt.

8.2.3 Tjenester bedriftshelsetjenesten bruker

I denne delen har vi sett på hvilke tjenester bedriftshelsetjenesten faktisk bruker ved de ulike arbeidsmedisinske avdelingene. Først ser vi på BHTs samlede bruk av ulike tjenester før vi sammenligner bruken i ulike regioner av landet.



Figur 8.3 Bedriftshelsetjenestens bruk av ulike typer tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene.

Figur 8.3 viser hva slags tjenester BHT samlet benytter seg av hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Den mest vanlige bruken ser ut til å være undervisning og/eller opplæring, utredningsvirksomhet og generell informasjon om forebygging av arbeidsmiljøproblemer. I minst grad ser vi at BHTene får bistand til organisatoriske og/eller praktiske løsninger i medlemsvirksomhetene samt at avdelingene er med på bedriftsbesøk hos medlemsbedrifter. Det er for øvrig interessant å se at det bare er omtrent 1/4 som svarer at de i stor eller noen grad har leid måleutstyr av de arbeidsmedisinske avdelingene.

Tabell 8.4 Bedriftshelsetjenestens bruk av tjenester ved den arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent som oppgir at de har benyttet de aktuelle tjenestene i stor eller noen grad.

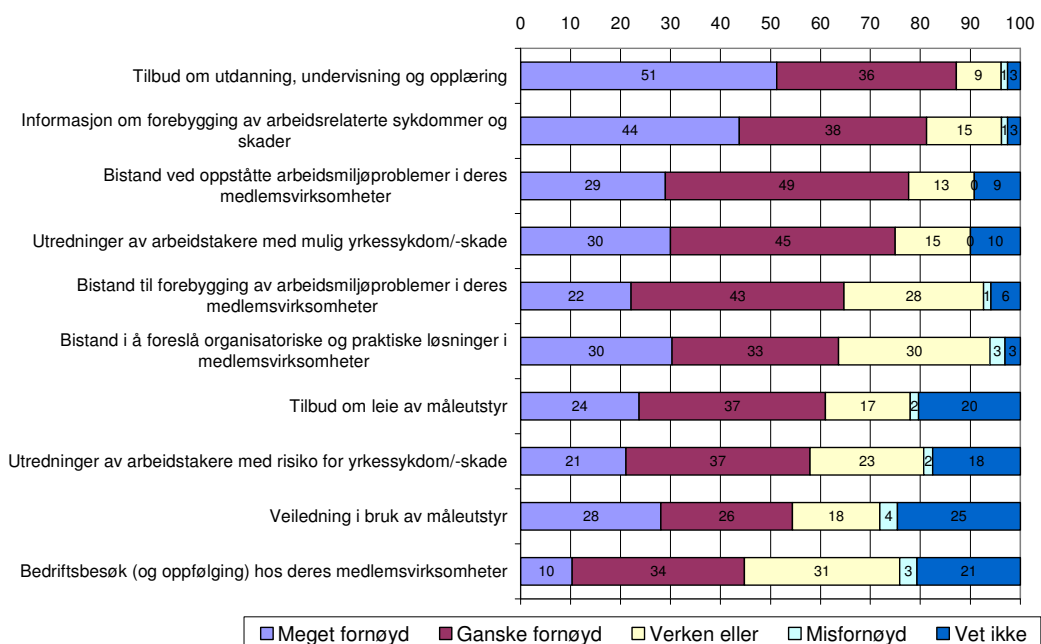
	Østlandet	Sørl Telemark	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge
Generell informasjon om <u>forebygging</u> av arbeidsbetingede sykdommer/skader	42	41	28	73	50
Bistand ved <u>forebygging</u> av arbeidsmiljøproblemer i medlemsvirksomheter	19	41	28	58	22
Bistand ved oppståtte arbeidsmiljøproblemer i medlemsvirksomheter	29	50	33	54	33
<u>Utredning</u> av arbeidstaker med mulig yrkessykdom/-skade etter henvisning fra BHT	35	59	56	69	33
<u>Utredning</u> av arbeidstaker med risiko for yrkessykdom/-skade etter henvisning fra BHT	19	18	50	50	28
Avdelingen er med på <u>bedriftsbesøk</u> hos en eller flere av deres medlemsvirksomheter	6	5	6	31	6
Bistand til organisatoriske og/eller praktiske løsninger i noen av deres medlemsvirksomheter	13	5	11	23	11
Utdanning, undervisning og/eller opplæring	61	45	28	73	44
Utleie av måleutstyr	19	32	17	23	44
Veiledning i bruk av måleutstyr	23	32	17	19	39
<i>Antall respondenter</i>	<i>31</i>	<i>22</i>	<i>18</i>	<i>26</i>	<i>18</i>

Tabell 8.4 viser for det første at BHTene i Midt-Norge svarer at de bruker tjenestene i større grad enn BHTene i de andre regionene. I Midt-Norge ser vi at relativt mange av BHTene har fått generell informasjon om forebygging og/eller bistand til forebyggende aktiviteter. Det er også relativt mange som har gjennomført utredninger her, fått avdelingen med på bedriftsbesøk samt mottatt bistand til organisatoriske eller praktiske løsninger i medlemsbedriftene. I Nord-Norge ser vi at BHTene i større grad har leid og fått veiledning i måleutstyr. Samtidig er det relativt mange i denne landsdelen som også oppgir at de har fått informasjon om forebygging av arbeidsbetingede sykdommer/skader. Det som særpreger BHTene på Vestlandet er at de først og fremst ser ut til å bruke avdelingen/-e til utredninger. På Sørlandet/Telemark oppgir relativt mange BHTer at har benyttet seg av flere typer tjenester: de har fått gjennomført utredninger, leid måleutstyr og fått bistand til forebyggende virksomhet og bistand etter arbeidsmiljøproblemer har oppstått. I

Østlandsområdet ser vi at BHTene i første rekke har fått undervisnings eller opplæring. I tillegg er det også relativt vanlig at de får informasjon om forebygging av arbeidsbetingede sykdom/skader.

8.2.4 Tilfredshet med tilbudet til avdelingene

I denne delen presenterer vi resultater som viser hvor fornøyd BHTene er med det arbeidsmedisinske tilbudet ved avdelingene.



Figur 8.4 BHTenes tilfredshet med ulike sider ved det arbeidsmedisinske tilbudet.

Vi ser av figuren at BHTene gjennomgående er godt fornøyd med tilbudet eller tjenestene ved de arbeidsmedisinske avdelingene. I størst grad er de fornøyd med tilbudet om utdanning og undervisning, samt informasjon om forebygging. Vi ser også at det er relativt mange som har vært fornøyd med utredningsvirksomheten, noe vi så over var en relativt hyppig benyttet tjeneste. I minst grad er BHTene fornøyd med avdelingenes oppfølging hos medlemsbedriftene.

Tabell 8.5 BHTenes tilfredshet med ulike sider av tjenestetilbudet til de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. Prosentandel som svarer at de er ganske eller meget fornøyd (celler med mindre enn 10 enheter er tatt ut).

	Østlandet	Sørlandet/ Telemark	Vestlandet	Midt- Norge	Nord- Norge
Generelle informasjonen om <u>forebygging</u> av arbeidsrelaterte sykdommer/skader	80	100	70	83	69
Bistand til <u>forebygging</u> av arbeidsmiljøproblemer i deres medlemsvirksomheter	64	87	60	57	-
Bistand ved oppståtte arbeidsmiljøproblemer i deres medlemsvirksomheter	84	82	60	79	70
<u>Utredninger</u> av arbeidstakere med mulig yrkessykdom/-skade	74	75	69	90	-
<u>Utredninger</u> av arbeidstakere med risiko for yrkessykdom/-skade	58	60	44	74	-
<u>Bedriftsbesøk</u> (og oppfølging) hos deres medlemsvirksomheter	-	-	-	64	-
Bistand til organisatoriske og praktiske løsninger i deres medlemsvirksomheter	-	-	-	62	-
Utdanning, undervisning og opplæring	90	83	-	96	90
Leie av måleutstyr	57	69	-	38	71
Veiledning i bruk av måleutstyr	57	62	75	33	57

Tabell 8.5 viser hvor mange prosent av de som har benyttet seg av de ulike tjenestene, som er ganske eller meget fornøyd med tilbudet. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom regionen i forhold til hvor fornøyd de er samlet sett. Dersom vi skal trekke frem en region, er det Sørlandet/Telemark der BHTene ser ut til å være noe mer fornøyd enn BHTene i resten av landet. Bl.a. ser vi at BHTene på Sørlandet/i Telemark er relativt sett mer fornøyd med bistanden til forebygging av arbeidsmiljøproblemer enn i de andre regionene. Vi ser for øvrig at det er regionale forskjeller i forhold til leie av og veiledning i bruk av måleutstyr, og bl.a. er det relativt få i Midt-Norge som oppgir at de er fornøyd med denne tjenesten. Når det gjelder utredningsvirksomheten, ser vi at de i Midt-Norge er spesielt forhøyde.

Kommentarene til spørsmålene over er i all hovedsak positive, og spesielt vektlegges avdelingenes og STAMIs spisskompetanse samt kurs- og foredragsvirksomheten. Enkelte kommentarer peker imidlertid på at avdelingene har for dårlig kapasitet (i perioder), at informasjonen ikke alltid når ut og at det ikke alltid er like lett å

ta kontakt med avdelingene. Det kan med andre ord virke som at de som kjenner systemet og personene ved avdelingene, lettere finner frem, mens andre som er mer ukjente har større problemer med å oppnå kontakt. Følgende sitater illustrerer noe av dette spennet:

Det er bestandig noen som kan svar på det du spør om.

Er svært fornøyd med at en kan ta kontakt for rådgivning i vanskelig saker, og at de holder kurs og informasjonsmøter der vi kan delta.

Skrankefunksjonen fungerer ikke. Det vil si at det ikke fungerer godt å presentere et problem for rette vedkommende. Det blir litt fram og tilbake for å få presentert og lagt fram saken for rette vedkommende.

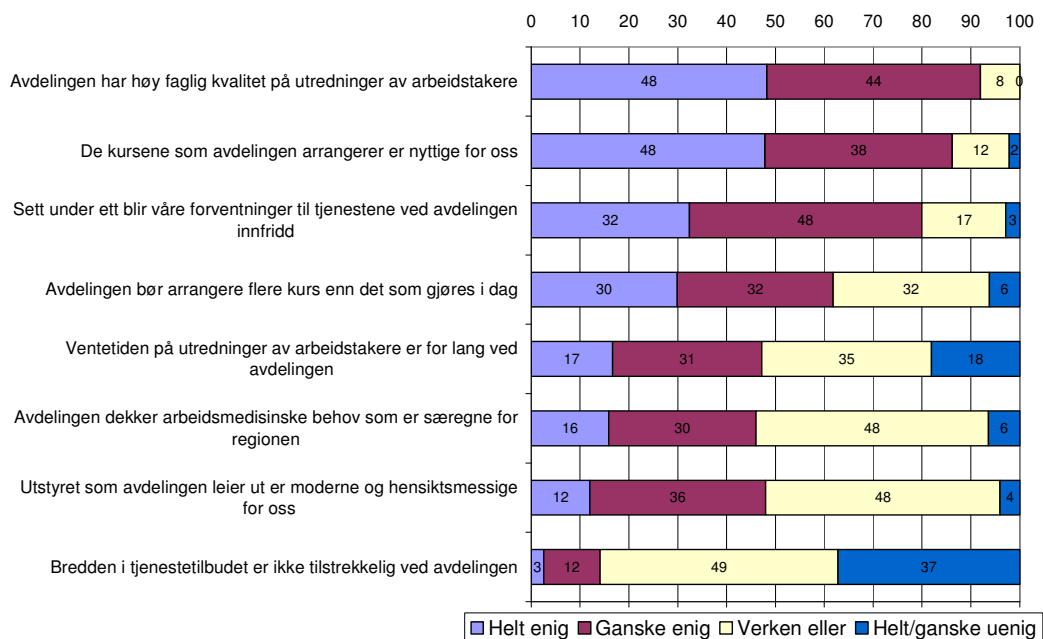
... Informasjonen om hvordan man kan bruke den aktuelle arbeidsmedisinske avdelingen kan sikkert bli bedre. Hvordan vi skal forholde oss til dem? Hvordan vil de at vi skal samarbeide?

De to første sitatene viser på den ene siden at noen har lett tilgang til avdelingene, mens de to sistnevnte viser at andre igjen har problemer med å finne frem eller vite hvordan de skal forholde seg til avdelingene. Det er også flere kommentarer som går ut på at tilgjengeligheten er vanskelig som følge av kapasitetsproblemer ved avdelingene. En av informantene peker også på at pris kan være et hinder for å bruke avdelingen. I følge denne var det svært kostbart å leie inn hjelp fra en arbeidsmedisinsk avdeling:

Det var svært kostbart å leie inn hjelp fra den arbeidsmedisinske avdelingen. Dette hadde muligens å gjøre med at de sendte 2 personer, noe jeg ikke skjønnte poenget med.

En annen type kommentar som går igjen, er ventetiden på utredningene. En av informantene peker imidlertid på at dette ikke nødvendigvis skyldes de arbeidsmedisinske avdelingene, men også ventetid hos andre samarbeidspartnere som lungeleger, nevrolog og nevropsykologer. En annen respondent peker også på at de ikke føler bedriftsbesøk er noen prioritert oppgave fra avdelingens side. I følge denne er avdelingene først og fremst ute etter å få dekket det antall bedriftsbesøk som er

nødvendig for spesialistkandidatene. Når det gjelder utdanning og opplæring er kommentarene gjennomgående positive. Ut over dette er det enkelte som mener at avdelingene bør øke omfanget av kurs og opplæring, samt at opplæringsvirksomheten bør desentraliseres. For enkelte BHTer kan det med andre ord se ut som at reiseavstander begrenser muligheten for å delta i avdelingenes opplæringstilbud.



Figur 8.5 Oppfatning om de arbeidsmedisinske avdelingene.

Figur 8.5 viser andelen som svarer at de er helt eller ganske enig i påstandene om de arbeidsmedisinske avdelingene. Vi ser at de fleste er enige i at avdelingene har høy faglig kvalitet på utredningene, at kursvirksomheten har vært nyttig og at forventningene deres generelt sett har blitt innfridd. Lengre ned på listen finner vi at det er omtrent halvparten som er enig i påstanden om at avdelingene bruker lang tid på utredningene. Nederst i figuren ser vi at det er forholdsvis få som er enig i at bredden i tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig ved avdelingene. Det er ellers verdt å merke seg at det er relativt få som svarer at de er uenig i noen av påstandene, bortsett fra den siste om bredden i tjenestetilbudet.

Tabell 8.6 Bedriftshelsetjenestens fornøydhetsnivå med ulike sider ved tjenestetilbudet til de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. Prosentandel som svarer at de er helt eller delvis enig.

	Østlandet	Sør-/Telem.	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge
Sett under ett blir våre forventninger til tjenestene innfridd	85	75	76	88	64
Avd. har høy faglig kvalitet på utredninger av arbeidstakere	91	100	80	100	78
Ventetiden på utredninger av arbeidstakere er for lang	47	56	79	21	(2/7)
De kursene som avdelingen arrangerer er nyttige for oss	84	89	69	96	85
Avd. bør arrangere flere kurs enn det som gjøres i dag	48	74	60	60	79
Bredden i tjenestetilbudet er ikke tilstrekkelig	0	13	8	30	11
Utstyret som leies ut er moderne og hensiktsmessige for oss	47	45		44	56
Avd. dekker arbeidsmedisinske behov som er særegne for regionen	38	33	67	35	(6/6)

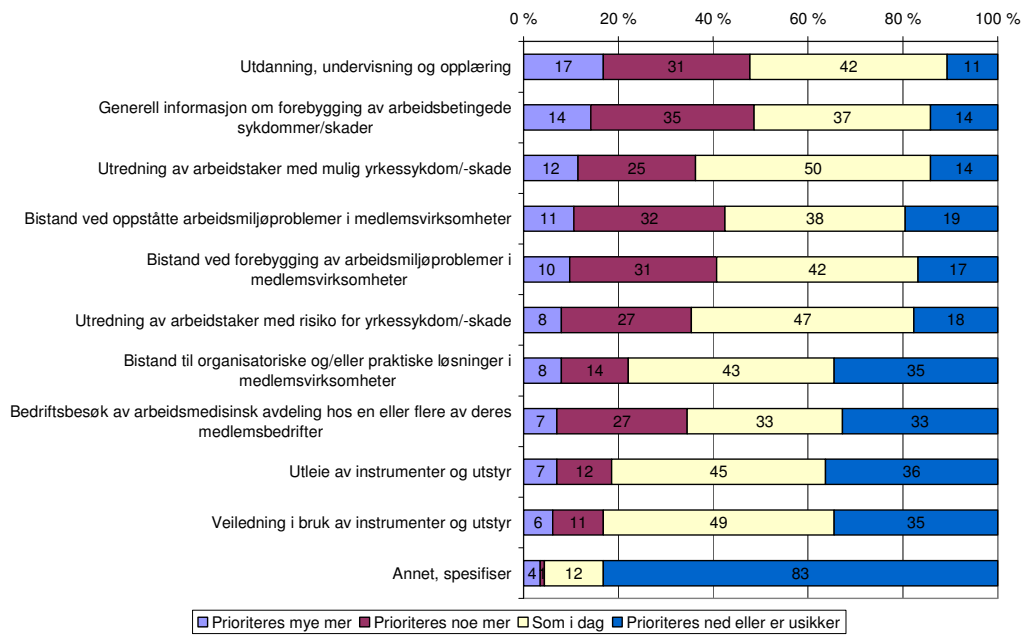
Tabellen over viser prosentandelen som svarer at de er enig i ulike påstander om de arbeidsmedisinske avdelingene, gruppert etter hvor BHTene er lokalisert. De som har svart vet ikke på dette spørsmålet er tatt ut av prosentberegningen. Celler med mindre enn 10 enheter er også tatt ut av tabellen. Det er samlet ingen store variasjoner mellom BHTene i de ulike regionene.

Det som særpreger svarene til BHTene på Østlandet er at de i noe mindre grad er enig i påstanden om at det bør arrangeres flere kurs enn i dag. Med andre ord kan det tyde på at det er bedre kurstilbud på Østlandet enn i resten av landet (dette kan ha sammenheng med aktiviteten til STAMI). Ellers er det ingen av BHTene på Østlandet som mener at bredden i tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig. BHTene på Sørlandet og i Telemark utmerker seg ikke på noen spesiell måte bortsett fra at samtlige er enig i påstanden om at den arbeidsmedisinske avdelingen de har mest kontakt med, har høy faglig kvalitet på utredningene. Det som særpreger BHTene på Vestlandet er at en relativt stor andel svarer at den lokale avdelingen dekker de arbeidsmedisinske behovene som er særegne for regionen. Samtidig ser vi at BHTene

på Vestlandet i større grad er enig i at ventetiden på utredningene er for lang sammenlignet med de øvrige regionene. BHTene i Midt-Norge ser vi er spesielt god fornøyd med den faglige kvaliteten på utredningene og på nytten av kursvirksomheten som tilbys. Det er samtidig få som er enig i at ventetiden er for lang her. På den andre siden er det noen flere i Midt-Norge enn i andre regioner som oppgir at bredden i tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig (30prosent). BHTene i Nord-Norge ser ut til å være en anelse mindre fornøyd enn BHTene i andre regioner. For det første er det litt færre som er enig i at deres forventinger er innfridd og at avdelingen har høy faglig kvalitet på utredningene (det er likevel en høy andel som mener den faglige kvaliteten er god). Videre ser vi en tendens til at de i Nord-Norge ønsker at det arrangeres mer kurs enn det som gjøres i dag. På den andre siden er det få som mener at ventetiden er for lang i Nord-Norge (2 av sju som svarte).

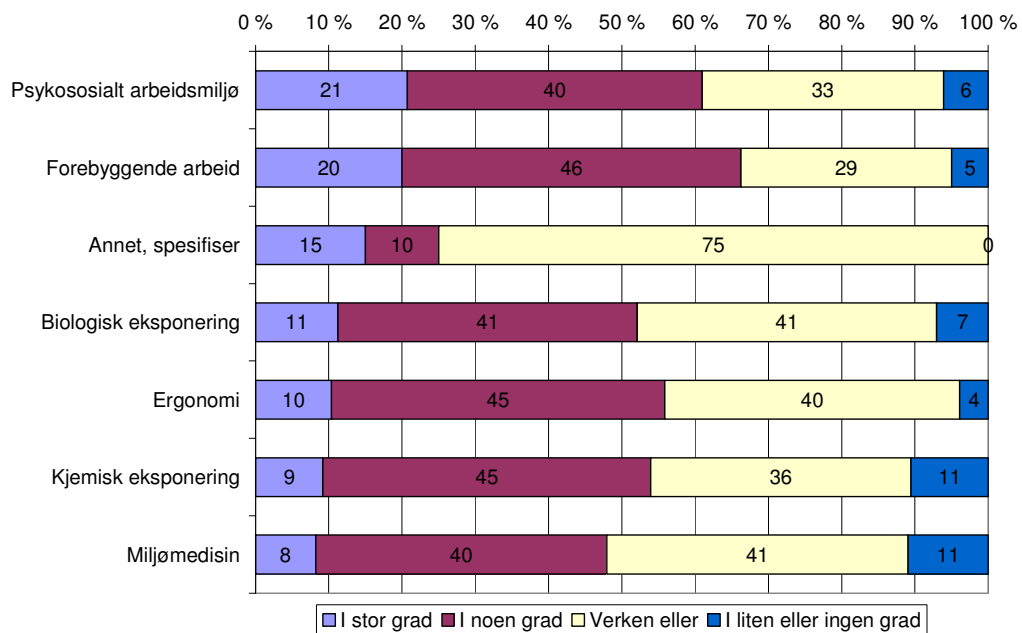
8.2.5 Tjenestetilbud og kompetanse i fremtiden

I denne delen har vi presentert svar på spørsmålet om hva slags tjenester eller oppgaver BHTene mener de arbeidsmedisinske avdelingene bør prioritere, og spørsmålet om det er noen områder de mener de arbeidsmedisinske avdelingene burde styrket sin kompetanse. I det første spørrebatteriet har vi konsentrert oss om tjenester som ligger nært opp til avdelingenes kjernekompetanse. I det andre spørrebatteriet har vi også tatt med oppgaver som ligger noe lengre fra kjerneområdene til avdelingene.



Figur 8.6 BHTenes synepunkter på hvilke tjenester som burde prioriteres. Prosentandeler.

Figur 8.6 viser hva slags tjenester bedriftshelsetjenesten mener at de arbeidsmedisinske avdelingene bør prioritere mer og mindre. Figuren viser at bedriftshelsetjenesten synes tilbudet knyttet til kompetanseheving er nyttig og må få høy prioritet framover, noe som gjenspeiler seg i at de ønsker at mer fokus på utdanning, undervisning og opplæring, samt formidling av generell informasjon om forebygging. Over 30 prosent mener at avdelingene i stor grad må prioritere pasientutredninger med risiko for eller mulig yrkessykdom. Samtidig mener en god del at avdelingene kan nedprioritere sin aktivitet på utleie av og veiledning i bruk av måleutstyr. Aktiviteter som foregår i enkeltbedrifter (bedriftsbesøk og konkret bistand i bedrift) ser også ut til å være et område bedriftshelsetjenesten ikke mener bør få mer fokus enn i dag.



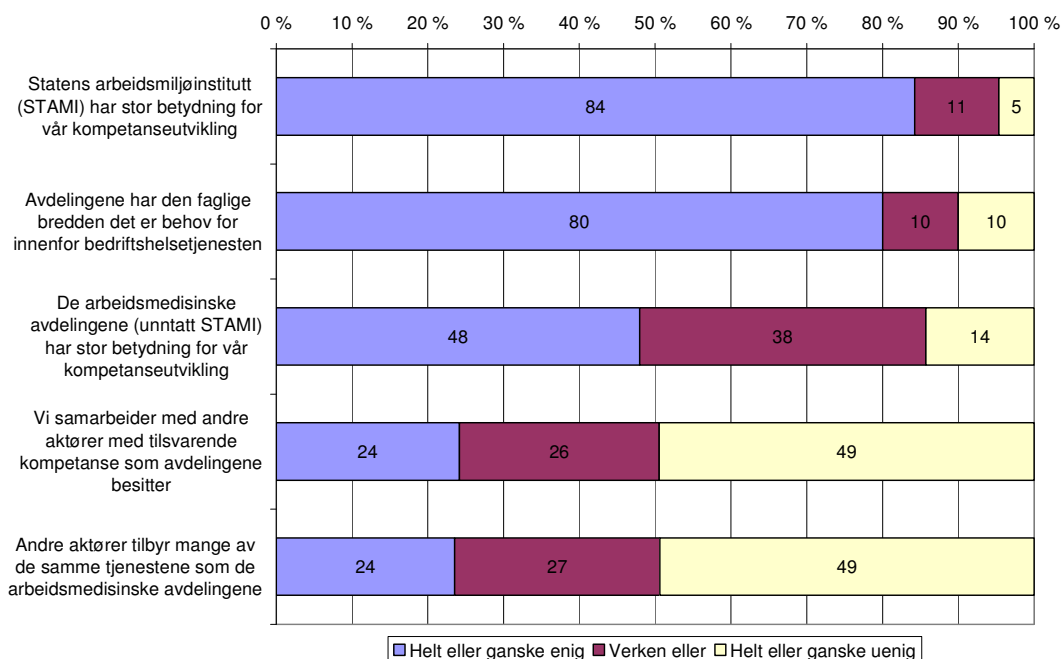
Figur 8.7 BHTenes synspunkter på hvilke områder arbeidsmedisinske avdelinger bør styrke sin kompetanse. Prosentandel.

Figur 8.7 viser på hvilke områder BHTene mener avdelingene bør styrke sin kompetanse på de ulike fagområdene (ca 1/3 svarte ”vet ikke” eller unnlot å besvare dette spørsmålet og disse er tatt ut av presentasjonen over). Ca 20 prosent mener at avdelingene i stor grad bør styrke sin kompetanse på psykososialt arbeidsmiljø og forebyggende arbeid. Generelt mener omtrent halvparten av respondentene at avdelingene bør styrke kompetansen på samtlige av de opplistede fagområdene. 11 prosent mener at avdelingene ikke bør styrke kompetansen på miljømedisin eller kjemisk eksponering.

Tabell 8.7 BHTenes vurderinger av hvorfor de arbeidsmedisinske avdelingene ikke har behov for å styrke sin kompetanse innenfor utvalgte områder. Prosent som krysser av for den aktuelle begrunnelsen.

Begrunnelser for hvorfor det ikke er aktuelt å styrke kompetansen:	Område det ikke er aktuelt å styrke kompetansen til de arbeidsmedisinske avdelingene				
	Kjemisk eksponering	Biologisk eksponering	Psykososialt arbeidsmiljø	Ergonomi	Forebyggende arbeid
Vi har kompetansen selv	29	16	73	71	59
Andre aktører har kompetansen vi trenger	10	10	27	9	15
Er ikke et stort behov hos medlemsbedriftene	10	39	7	0	4
Den arbeidsmedisinske avdelingen har den nødvendige kompetanse	65	58	43	35	48
Annet, spesifiser her	6	3	13	3	4

Tabellen over viser hvor mange prosent, av de som mener at det ikke er nødvendig å styrke kompetansen ved de arbeidsmedisinske avdelingene (innenfor kjemisk eksponering etc), som oppgir ulike begrunnelser for at det ikke er nødvendig å styrke kompetansen. I forhold til psykososialt arbeid, ergonomi og forebyggende arbeid svarer en stor del at de (BHTene) har god kompetanse selv. På den andre siden ser vi at det er en forholdsvis stor del som også oppgir at de arbeidsmedisinske avdelingene allerede har tilstrekkelig kompetanse. Dette gjelder spesielt innen kjemisk og biologisk eksponering, men delvis også innenfor psykososialt og forebyggende arbeid. Det er ellers verd å merke seg at nesten 30prosent mener at det er andre som har kompetanse innen psykososialt arbeid og nesten 40prosent som mener de ikke har behov for kompetanse innen biologisk eksponering.



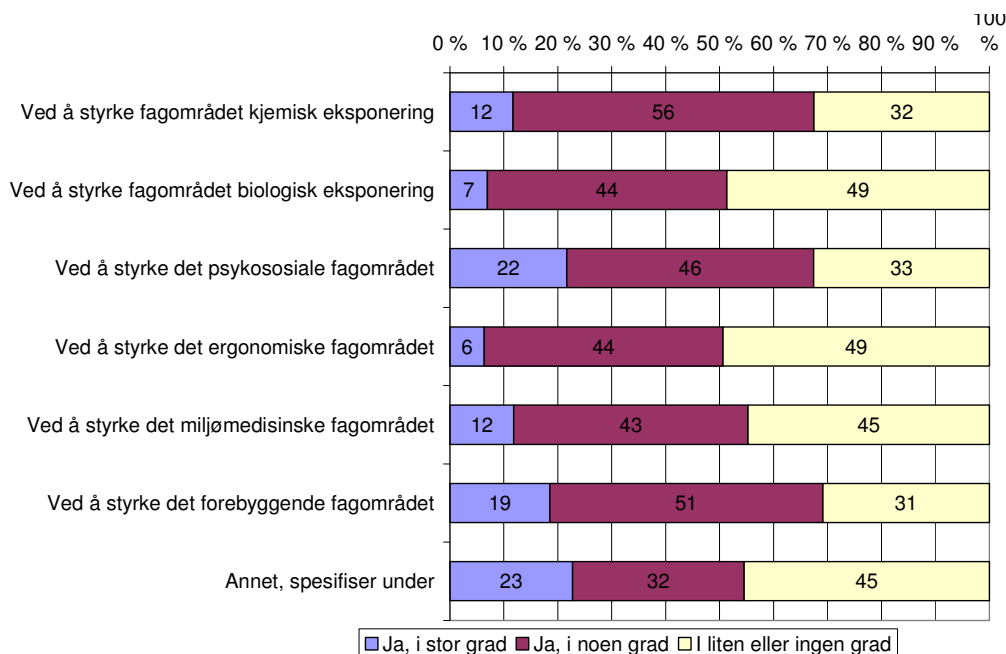
Figur 8.8 BHTenes svar på ulike påstander om de arbeidsmedisinske avdelingene.

Figuren over viser hvorvidt respondenten er enig eller uenig i ulike påstander om rollen til de arbeidsmedisinske avdelingene. De som har svart "vet ikke" eller blankt er tatt ut av tallmaterialet. Som vi har vist tidligere, ser vi at svært mange BHTer mener de arbeidsmedisinske avdelingene har den faglige bredden det er behov for. Det som ellers er interessant med figuren er at det er langt flere som oppgir at STAMI har betydning for deres kompetanseutvikling sammenlignet med de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er nesten 85 prosent som mener STAMI har stor betydning for deres kompetanse, mens det bare er godt under halvparten som mener at de arbeidsmedisinske avdelingene har en slik rolle. Vi ser at det også er ¼ som er enig i at det er andre aktører på markedet som leverer tilsvarende tjenester som avdelingene og like mange sier at de benytter seg av dette. På den annen side sier halvparten seg uenig i dette.

8.2.6 Spesialistutdanningen

I spørreundersøkelsen til BHTene stilte vi også et spørsmål om de mente at spesialistutdanningen i arbeidsmedisin var tilpasset det kompetansebehovet som bedriftshelsetjenesten har. Her var det omtrent 15 prosent som svarte at den var meget godt tilpasset og noe over 60 prosent som svarte at det var ganske godt tilpasset. Om-

trent 10prosent mente at den var dårlig tilpasset og de resterende 15prosent svarte verken eller. Det er for øvrig en del respondenter som har unnlatt å ta stilling til dette spørsmålet.



Figur 8.9 BHTenes vurdering av behovet for å styrke ulike fagområder ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent.

Figuren over viser hvordan BHTene mener spesialistutdannelsen kan tilpasses bedre til BHTenes medlemmer/kunder. Også for dette spørsmålet har vi tatt ut de som har svart vet ikke eller unnlatt å svare, under antagelsen om at respondentene ikke har noen formening om spesialistutdannelsen for arbeidsmedisin. Spørrebatteriet var for øvrig utformet på en slik måte at det både skulle romme områder som har vært de arbeidsmedisinske avdelingenes kjerneområder og andre fagområder som må sies å befinne seg i randsonen av avdelingenes kjerneoppgaver.

Gjennomgående ser vi at BHTene ønsker å styrke alle aspekter som inngår i spørsmålet. Det er likevel noen områder som skiller seg ut fra de andre. Tar vi utgangspunkt i de med sterkeste meninger, dvs. de som svarer i stor grad, er det først og fremst det psykososiale og forebyggende arbeid som trekkes frem. Tar vi i tillegg med de som svarer i noen grad, dvs. de som har mindre sterke meninger, må vi i tillegg ta med styrking av fagområdet kjemisk eksponering. Samlet er det omtrent

70 prosent av BHTene som mener at disse tre områdene må styrkes i stor eller noen grad.

I forbindelse med dette spørsmålet har vi også fått utdypende kommentarer fra BHTene. Det er to aspekt ved utdanningen som trekkes frem og som kan sies å være to sider av samme sak. Det ene er behovet for mer helhetlig tenkning om arbeidsmiljøproblemer på arbeidsplassen og det andre er at utdanningen mangler ikke-medisinske miljøfaktorer. Følgende sitater illustrerer dette:

Spesialistene i arbeidsmedisins største utfordring er å kunne bidra og synliggjøre sin nytteverdi ovenfor kundene i mye større grad. En kunde i dag er dessverre mer opptatt allmennhelse og problemer knyttet til dette.

Helsefremmende friskfaktorer er et fagområde som er stadig mer etterspurt fra kunder. Dette bør avspeiles i spesialistutdanningen.

Organisatoriske forhold som bla ledelse som vi ser på som den viktigste HMS-faktor.

Ta inn over seg hva som egentlig er utfordringene i arbeidslivet, helsemessig og bedriftsmessig, helsefremmende og utviklende for individet, lederskap og medarbeiderskap.

De store tingene i stedet for "molekylnivå" for et fåtall. Hva betyr Karasek i praksis? Lederskap og helse?

Det er for lite fokus på hvordan livsstilssykdommer påvirker de ansattes evne til å kunne gjøre en god jobb. Arbeidsmedisinere må søke forklaringer uten for sin egen boks.

Sett fra de BHTene som kommenterer dette spørsmålet, er det med andre ord et klart behov for å vri profilen til de arbeidsmedisinske avdelingene i retning av å bli mer brukerorientert. Det innebærer at fagprofilen utformes i større grad med utgangspunkt i etterspørselen hos bedriftene, og i mindre grad ut fra avdelingenes egne faglige preferanser og kompetanseprofil. Dette synspunktet er imidlertid ikke

udiskutabelt. For det første vil det være grenser for hvor bred fagkompetanse man skal ha, ikke minst med tanke på at avdelingene er små i utgangspunktet. Det er ikke sikkert de arbeidsmedisinske avdelingene ville fått like gode tilbakemeldinger for sin faglige kvalitet dersom de hadde ansvar for hele spekteret av relevante fagområder. For det andre kan det også tenkes den helhetlige tenkningen først og fremst bør ligge hos BHTene, ikke hos spesialisthelsetjenesten (en slik modell vil dermed innebære at BHTene forholder seg til flere spesialiserte andrelinjetjenester). I bunn og grunn dreier dette spørsmålet seg om hva som er en hensiktsmessig arbeidsdeling og spesialisering av både første og andrelinjetjenesten og hvordan man best kan koordinere ulike spesialiteter til beste for sluttbruker.

8.3 Fastlegene

I undersøkelsen til fastlegene stilte vi en rekke spørsmål om kjennskapen til, kontakten med og bruken av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. I tillegg til dette stilte vi også noen spørsmål om fastlegenes behov for kompetanse eller tjenester. På grunn av at vi fikk svært lav svarprosent på denne undersøkelsen har vi imidlertid bare presentert deler av svarene fra undersøkelsen.

8.3.1 Kjennskap til og kontakt med avdelingene

Av de 72 fastlegene som svarte på undersøkelsen, var det 11 prosent som svarte at de hadde meget god kjennskap og 36 prosent ganske god kjennskap til minst en av de arbeidsmedisinske avdelingene. Det var bare et par av fastlegene som svarte at de overhode ikke kjente til avdelingene, mens de resterende oppga at de kjente avdelingene dårlig eller verken godt eller dårlig. På et tilsvarende spørsmål om fastlegene hadde vært i kontakt med en av avdelingene, svarte 7 prosent at de hadde hatt mye kontakt med minst en av avdelingene, 43 prosent svarte at de hadde hatt noe kontakt og 25 prosent svarte at de hadde hatt lite kontakt. Det betyr at bare 1/4 av fastlegene svarte at de ikke hadde hatt noe kontakt med avdelingene.

På bakgrunn av den lave svarprosenten, må vi gå ut i fra at resultatene fra undersøkelsen ikke er representativt for fastlegene generelt. For det første var utvalget i utgangspunktet stratifisert i betydning av at faktiske brukere utgjorde halvparten

av bruttoutvalget. For det andre er det rimelig å anta at det er faktiske brukere som har hatt størst tilbøyelighet til å svare på skjemaet. Med andre ord er utvalget sterkt overrepresentert med leger som har benyttet tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene.

Andre kilder tyder også på at det er relativt få primærleger som har kjennskap til, vært i kontakt med eller har benyttet tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. For det første hevder flere informanter i evalueringen – bl.a. representantene fra Arbeidsmedisinsk forening og Spesialistkommitene – at det er generelt dårlig kjennskap til de arbeidsmedisinske avdelingene blant fastlegene, noe som bl.a. skyldes at arbeidsmedisin er lavt prioritert i utdanningen. For det andre er det registrert relativt få fastleger i oversiktene over brukere av de arbeidsmedisinske avdelingene som er tilsendt oss av avdelingene. For det tredje finner vi i spørreundersøkelsen til den miljørettede helseverntjenesten en respondent som har rettet henvendelser til fastlegene i det aktuelle området vedrørende deres kjennskap til og bruk av de arbeidsmedisinske avdelingene.¹¹ I følge informanten var tilbakemeldingen at legene både hadde lite kunnskap om avdelingene og i liten grad brukte dem:

Jeg har fått tilbakemelding fra 12 fastleger i [kommune i innlandet]. Ingen er vant til å bruke disse avdelingene, mange har ikke hørt om dem, en har opplevd så lang ventetid at saken måtte løses på andre måter.

Vi kan dermed slå fast at spørreundersøkelsen ikke kan gi noe svar på hvor mange av fastlegene som har kjennskap til eller har hatt kontakt med de ulike arbeidsmedisinske avdelingene. Men som nevnt tyder andre kilder på at det er relativt få leger som har kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene.

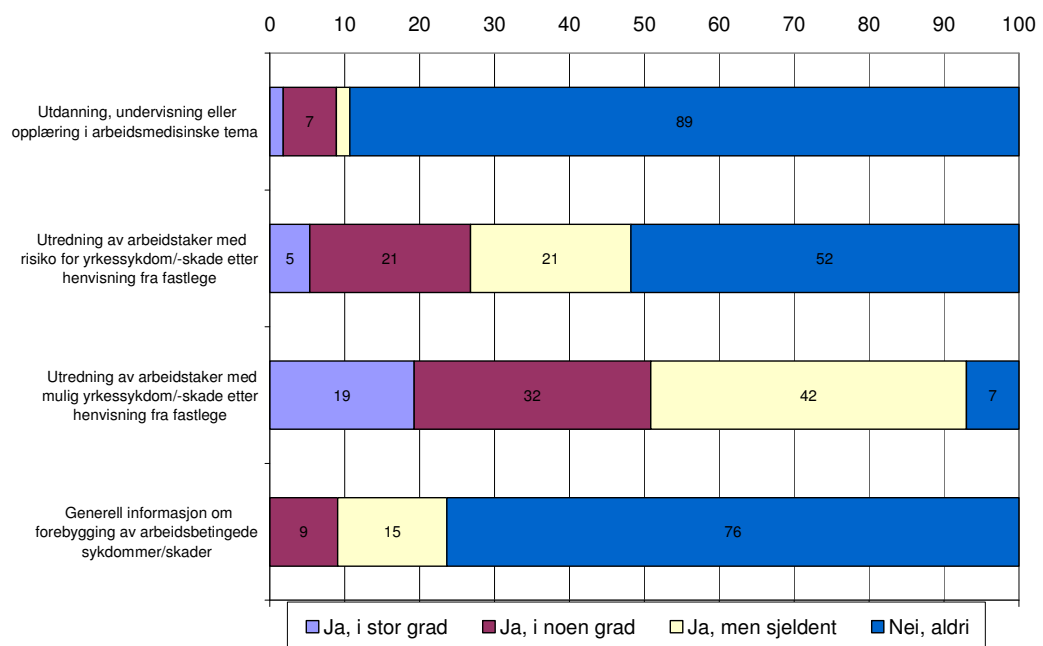
Et annet spørsmål er om vi kan betrakte de som har svart på undersøkelsen som representative for de fastlegene som faktisk har benyttet seg av tjenestene ved avdelingene. I så fall kan vi benytte deler av undersøkelsen til å si noe om erfaringene til de som faktisk har benyttet avdelingenes tjenester. Som nevnt over var det av de 72 som svarte på undersøkelsen, 3/4 som hadde vært i kontakt med en av de arbeidsmedisinske avdelingene. Dette utgjør i alt 54 respondenter. På listene over brukere

¹¹ Undersøkelsen var rettet mot representanter for den miljørettede helseverntjenesten i kommunene og er presentert i sin helhet senere i kapitlet.

som vi fikk tilsendt fra avdelingene, var det nesten 300 fastleger. Selv om vi tar utgangspunkt i en populasjon på 300 faktisk brukere, har vi med andre ord likevel bare fått svar fra noe over 18 prosent. Men en såpass lav prosent er det også i forhold til faktiske brukere, grunn til å stille spørsmål ved representativiteten. Vi har likevel valg å presentere noen resultater fra undersøkelsen, men vil understreke at resultatene bør tolkes med stor forsiktighet. I praksis betyr det at det kan være problematisk å trekke konklusjoner ut over det utvalget som faktisk har svart på undersøkelsen.

8.3.2 Fastlegenes bruk av og tilfredshet med tjenestene

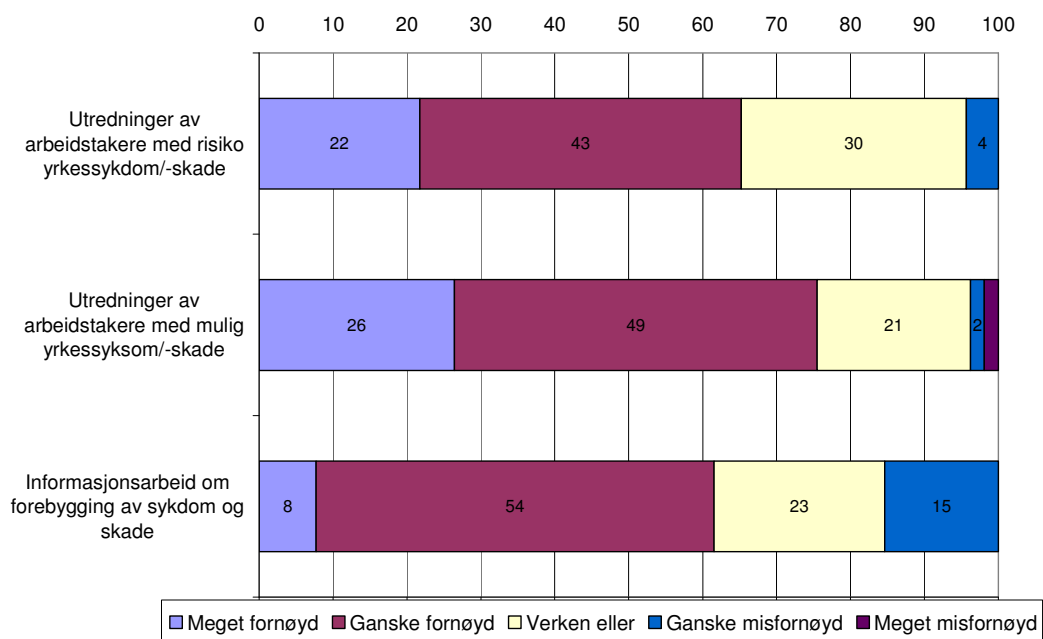
I denne delen har vi tatt utgangspunkt i de fastlegene som har benyttet tjeneste hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Selv om faren for skjevheter her er mindre enn for hele utvalget, bør resultatene likevel tolkes med forsiktighet. Resultatene her gjelder kun de arbeidsmedisinske avdelingene, ikke STAMI.



Figur 8.10 Fastlegenes bruk av tjenester hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent

Figur 8.10 viser som forventet, at det først og fremst er utredninger av arbeidstakere med *mulig yrkessykdom/-skade* som legene i utvalget benytter seg av hos de ar-

beidsmedisinske avdelingene. Det er omtrent halvparten som svarer at de i stor eller noen grad benytter denne typen tjenester. Noe over 40 prosent svarer at de benytter denne typen tjenester, men sjeldent. Det er også en god del som svarer at de ofte henviser arbeidstakere til arbeidsmedisinske avdelinger med tanke på utredning av *risiko for yrkessykdom/-skade* (forebygging). Vi ser for øvrig at det er langt færre som svarer at de har fått generell informasjon om forebygging og/eller deltatt i noen form for utdanning, undervisning eller opplæring. Dersom utvalget er overrepresentert med de som bruker avdelingene mye, er det rimelig å anta at andelen som svarer i stor grad og i noen grad er overrepresentert i figuren.



Figur 8.11 Fastlegenes tilfredshet med tjenestene til de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent.

Figur 8.11 viser at fastlegene i utvalget gjennomgående er fornøyd med de tjenestene de har mottatt fra de arbeidsmedisinske avdelingene. I alt svarer 65 prosent at de er fornøyd med utredningene av risiko for yrkesskader/-sykdom, og 75 prosent at de er fornøyd med utredningene av arbeidstakere med mulig sykdom/skade. Det

er også over 60 prosent som svarer at de er godt fornøyd med avdelingenes informasjonsarbeid om forebyggende arbeidsmiljø. Her må vi imidlertid ta forbehold om at utvalget kan være skjevt i den forstand at det kan være de mest fornøyde brukerne som har svart på undersøkelsen.

I spørreundersøkelsen til fastlegene ba vi dem også svare på en del påstander om ulike sider ved tjenestene. Fordi svarprosenten er lav, har vi valgt å ikke presentere dette i egen figur eller tabell. Svarene bekrefter imidlertid mye det som ellers kommer fram i undersøkelsen. Bl.a. er det rimelig entydig blant legene som har erfaring, at avdelingene holder et høyt faglig nivå (på utredningsarbeidet). Samtidig gir mange også uttrykk for at ventetiden på utredningsarbeidet er lang. I kommentarene til spørsmålene i skjemaet er dette også noen temaer som går igjen. Den ene typen kommentarer går ut på at de opplever kompetansen til de arbeidsmedisinske avdelingene som god, men at det kan ta lang tid fra henvisning til ferdig utredning. Den andre typen kommentar går ut på at de kjenner for dårlig til de arbeidsmedisinske avdelingenes kompetanse og arbeideområde. Følgende sitater illustrerer denne andre typen kommentarer:

Aner ærlig talt ikke hvilken kompetanse de besitter. Arbeidsmedisin som fagfelt er ganske USYNLIG

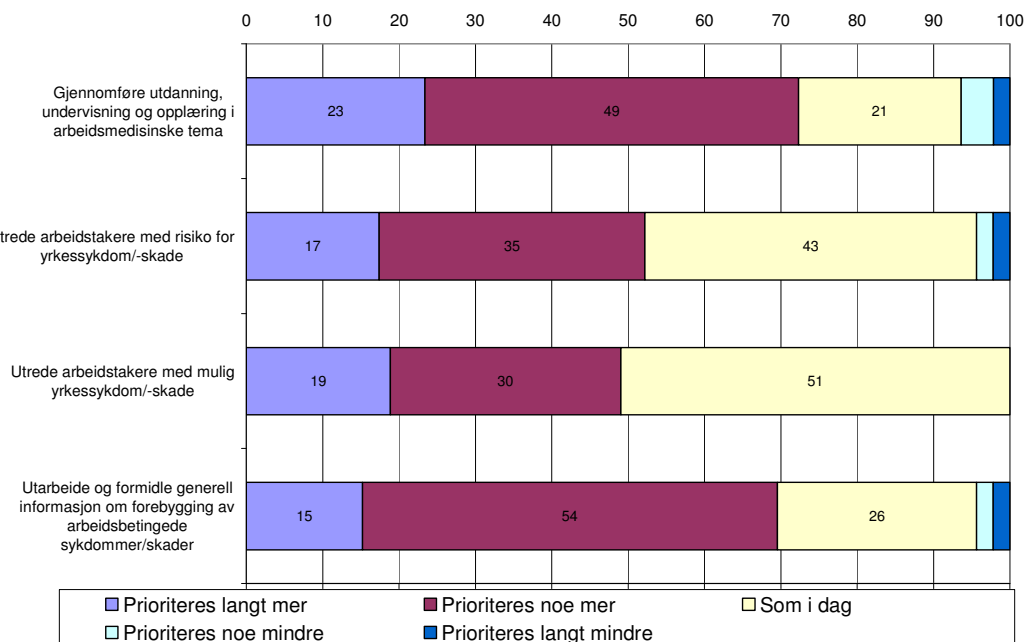
Jeg vet for lite om dem til å si hvilken kompetanse de har, og dermed også hva de mangler

Har liten kjennskap til hvordan kompetansen er i dag. Ønsker å kunne henwise pasienter som er overarbeidet og ikke kan sette grenser. Slike kurs eller fagpersoner savner jeg for mine pasienter.

De to typene sitater kan med andre ord tyde på at vi på den ene siden har en gruppe leger som både har god erfaring med avdelingene og en gruppe leger som har mer perifer kjennskap til dem og virksomheten deres. Det er vanskelig å si hvor mange som befinner seg i hver gruppe. Det er imidlertid rimelig å anta at vår undersøkelse er godt overrepresentert med de i den første gruppen av aktive brukere.

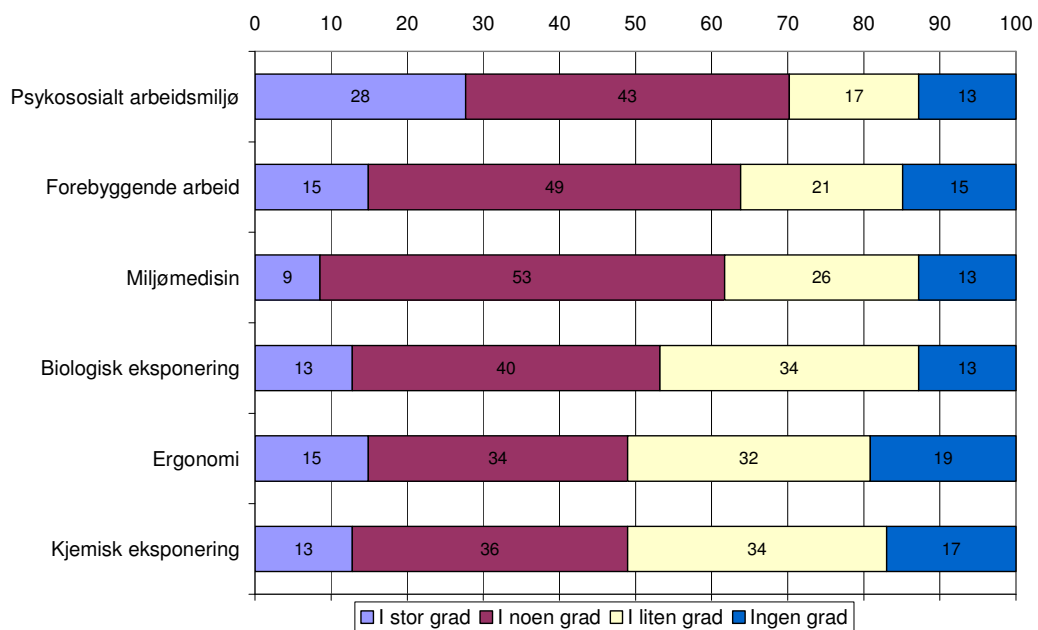
8.3.3 Hva har fastlegene behov for?

I undersøkelsen til fastlegene stilte vi også to spørrebatterier om oppgaver eller tjenester de ønsket at de arbeidsmedisinske avdelingene skulle prioritere eller styrke. Det første batteriet inneholder spørsmål om oppgaver som tradisjonelt har vært innenfor de arbeidsmedisinske avdelingenes domene. I det andre batteriet stilte vi spørsmål om oppgaver som også ligger i randsonen av hva avdelingene tradisjonelt har arbeidet med.



Figur 8.12 Fastlegenes ønsker om prioritering av ulike tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent.

Figur 8.12 viser hvordan fastlegene ville prioritert mellom mer tradisjonelle oppgaver hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Vi ser at det er to områder som vel 70 prosent av legene ønsker å prioritere. Det gjelder utdanning, undervisning og opplæring i arbeidsmedisinske tema og generell informasjon om forebygging av arbeidsbetinget sykdom/skade. Samtidig er det omtrent halvparten som svarer at de også kunne ønske mer prioritering av utredningsarbeid. Det at så mange viser til at de kun ønsker å prioritere noe mer, ikke mindre, kan tyde på at det er en viss etterspørsel etter informasjon om eller kompetansen til de arbeidsmedisinske avdelingene.



Figur 8.13 Fastlegenes ønske om styrket kompetanse hos de arbeidsmedisinske avdelingene innen ulike områder. Prosent.

Figur 8.13 viser hvordan fastlegene svarer på spørsmålet om behovet for å styrke kompetanse og tjenestetilbud som både er i kjernen av og i randsonen til de arbeidsmedisinske avdelingene. Før vi ser på resultatene, må vi imidlertid ta noen forbehold siden flere av respondentene som har svart på spørsmålet, også kommenterer at de opplever å kjenne for dårlig til tilbudet og kompetanse ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er derfor rimelig å anta at svarene vel så mye reflekterer legenes generelle behov for kompetanse som at det er uttrykk for erfaringer i forhold til avdelingenes svakheter eller styrke. Det som uansett er interessant med svarene, er at såpass mange trekker frem det psykososialt arbeidsmiljøet. Hele 70 prosent mener at de arbeidsmedisinske avdelingen bør styrke kompetanse på dette området. Det er for øvrig også interessant å se at godt over 60 prosent mener at avdelingene bør styrke kompetansen innenfor forebyggende arbeid og miljømedisin. Med andre ord ser vi at de områdene legene først og fremst ønsker at de arbeidsmedisinske avdelingen bør styrke, er fagområder som befinner seg i randsonen av avdelingens tradisjonelle kjerneoppgaver. Sett i forhold til primærlegen som bruker, kan vi tolke svarene dit hen at de har behov for og ønsker arbeidsmedisinske avdelinger med et bredt spenn av tjenester som også strekker seg ut over avdelingens tradisjonelle kjerneoppgaver.

Til slutt er det igjen viktig å understreke at svarene i undersøkelsen fra fastlegene ikke er representative for alle fastleger. Utvalget er i så måte klart overrepresentert med faktiske brukere av avdelingene. Samtidig kan det også stilles spørsmål ved om undersøkelsen er representativ for de legene som faktisk er brukere av tjenestene ved avdelingene. Dersom vi skal legge strenge kriterier til grunn, kan vi si at svarene bare er gyldig for de som har svart på undersøkelsen. Dersom vi likevel velger å trekke konklusjoner ut over det utvalget som har svart, vil de være befengt med en del usikkerhet.

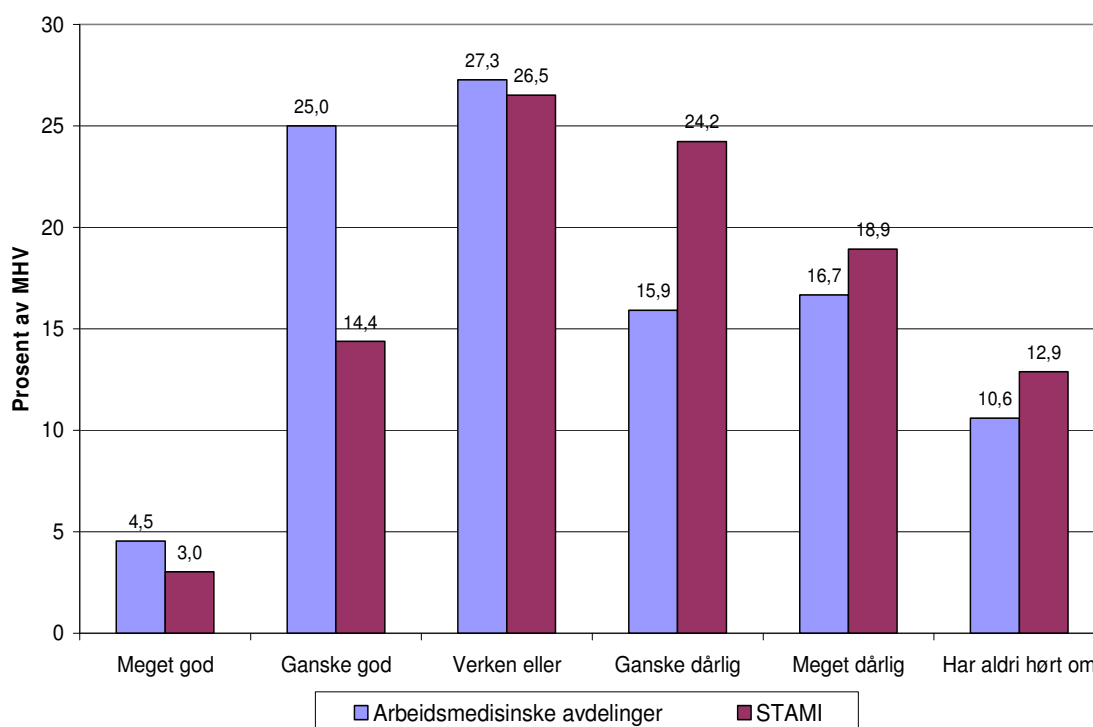
8.4 Miljørettet helsevern (MHV)

Ansvar for det miljørettede helsevernet er lagt til kommunene og er en del av det forebyggende helsearbeidet som kommunene skal drive med. I utgangspunktet innbefatter det alle miljøfaktorer som har betydning for folks helse, herunder både biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. I følge Helsedirektoratets evaluering av den miljørettede helseverntjenesten, er de mest vanlige saksområdene de arbeider med: 1) skole og barnehager (95 prosent), 2) drikkevann (75 prosent), 3) badevann/badebasseng (60 prosent) og 4) støy (55 prosent).¹²

8.4.1 MHVs kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene

I dette avsnittet har vi sett nærmere på hva slags kunnskap den miljørettede helseverntjenesten i kommunene har om de arbeidsmedisinske avdelingene. Siden arbeidsmedisin og miljømedisin er områder som tradisjonelt ikke har berørt hverandre, forventer vi ikke at MHVene har spesielt god kunnskap om avdelingene. Enkelte av de arbeidsmedisinske avdelingene har imidlertid nærmet seg de miljømedisinske fagområdene, hvilken betyr at vi nok kan finne regionale forskjeller i MHVenes kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene.

¹² Helsedirektoratet (2008): ” Evaluering av miljørettet helseverntjenesten i kommunene”, Rapport – IS 1633.



Figur 8.14 MHVs kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI (N=134).

Figur 8.14 viser hvor god kunnskap MHVene har om STAMI og den arbeidsmedisinske avdelingen de kjenner best. Vi ser at det er det er 30 prosent av MHVene som svarer at de har ganske eller meget god kjennskap til avdelingene. Av disse er det relativt få som svarer at de har meget god kjennskap. Til sammenligning er det 17 prosent som svarer at de har god kjennskap til STAMI. På den andre siden ser vi at det også er en god del som enten aldri har hørt om avdelingene eller kjenner dem ganske eller meget dårlig. Omtrent 1/10 mener at de aldri har hørt om de arbeidsmedisinske avdelingene, mens 1/3 svarer at de kjenner dem ganske eller meget dårlig. Det er en noe større andel som svarer at de ikke har hørt om STAMI eller som kjenner dem ganske eller meget dårlig. Sett i lys av at det tradisjonelt ikke har vært noe faglig samarbeid mellom MHV i kommunene og de arbeidsmedisinske avdelingene, er kan vi konkludere med at det likevel er rimelig god kjennskap blant MHVene til de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI.

Tabell 8.8 MHVs kunnskap om aktiviteten og tjenestene ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosentandelen som svarer meget godt eller ganske godt.

	MHV lokalisert i ...				
	Øst-landet	Sørl./Telem.	Vest-landet	Midt-Norge	Nord-Norge
AMA- Oslo ¹³	10	21	0	0	5
Sykeh. Telemark (YMA-ST)	8	43	0	0	0
Haukeland Univ.sykeh. (YMA-HUS)	5	19	21	6	0
St. Olavs Hospital (AMA-SOH)	0	19	4	26	19
Univ.sykeh. N.-Norge (AMA-UNN)	5	10	0	0	43
STAMI	26	19	14	11	14
<i>Antall respondenter (N)</i>	39	21	29	20	22

Tabell 8.8 viser prosentandel av MHV som svarer at de har meget god eller ganske god kunnskap om de ulike arbeidsmedisinske avdelingene. Hver kolonne viser hvor stor andelen er blant MHVene lokalisert på Østlandet, Sørlandet/Telemark osv. Som forventet finner vi at MHVene kjenner best til den arbeidsmedisinske avdelingene som er lokalisert nærmest. Dette er tilfelle bortsett fra blant MHVene i østlandsfylkene der det ser ut som at det er flest som har kjennskap til STAMI, mens relativt få svarer at de har kjennskap til de arbeidsmedisinske avdelingene i Osloregionen.

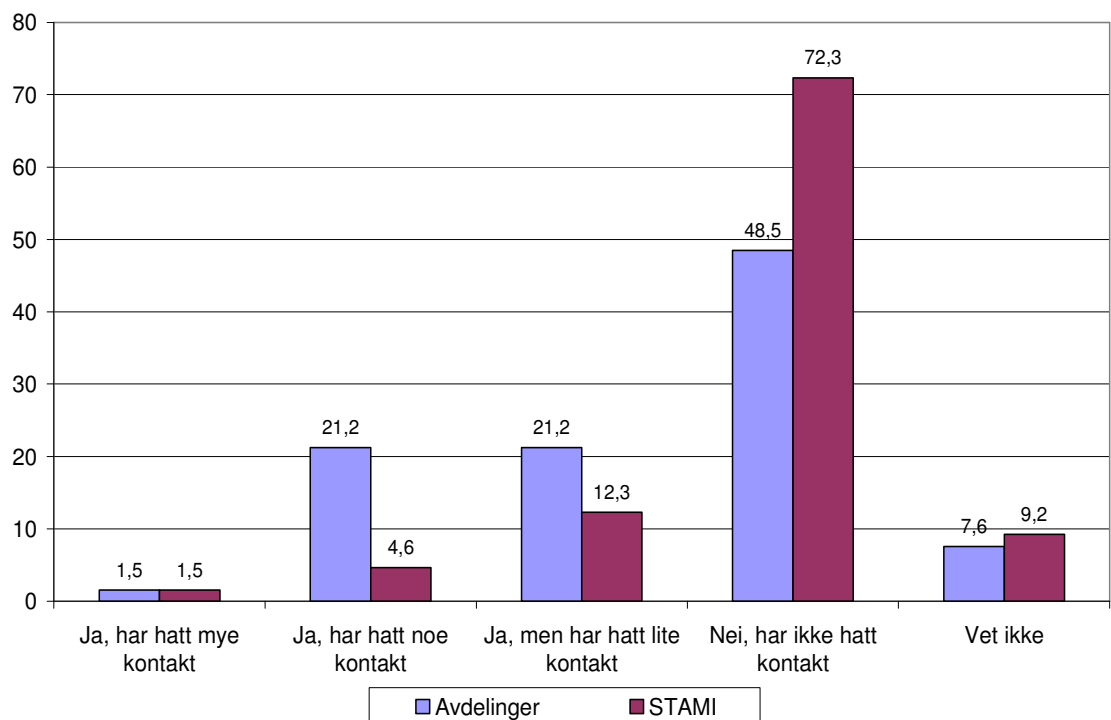
Videre ser vi at det går et klart skille mellom MHVene på Sørlandet/Telemark og Nord-Norge på den ene siden og Vestlandet og Midt-Norge på den andre. I de to førstnevnte regionene er det en forholdsvis stor del som svarer at de har meget eller ganske god kunnskap om den "lokale" arbeidsmedisinske avdelingen (43 prosent),

¹³ "AMA – Oslo" er en sammenslåing av de arbeidsmedisinske avdelingene som tidligere var på Rikshospitalet og Ullevål, samt den nye avdelingen på Oslo Universitetssykehus.

mens det er en relativt liten del i de to sistnevnte (21 prosent og 26 prosent). Dette tyder således på at det først og fremst er de arbeidsmedisinske avdelingene i Skien og i Tromsø som har orientert sin virksomhet mot MHV i kommunene. Det er ellers interessant å observere at mange av MHV på Sørlandet/Telemark ikke bare har god kjennskap til sin "lokale" avdeling i Telemark, men også til andre avdelinger. Det er usikkert hva årsaken til dette kan være.

8.4.2 Kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene

I denne delen har vi sett på hva slags kontakt MHV i kommunene har med de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. Selv om det er mange som har kjennskap til avdelingene, betyr ikke dette at de faktisk har hatt kontakt med avdelingene. Siden kjennskapen til avdelingene er såpass god blant MHVene på Sørlandet/Telemark og Nord-Norge, antar vi at dette også gjenspeiler seg i kontakten med avdelingene.



Figur 8.15 MHVs kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI (N=134).

Figur 8.15 viser hvor stor andel av MHVene som har vært i kontakt med STAMI og minst én av de arbeidsmedisinske avdelingene. Nesten halvparten (44 prosent) svarer at de har vært i kontakt med minst én avdeling, og av de svarer omtrent halvparten at de har hatt lite kontakt og halvparten noe kontakt. Det er kun et par av MHVene som svare at de har hatt mye kontakt med en avdeling. MHVene har naturlig nok hatt mindre kontakt med STAMI enn med de arbeidsmedisinske avdelingene. I alt var det 18 prosent av MHVene som svarte at de hadde hatt kontakt med STAMI, og av disse igjen svaret 2/3 at de bare hadde hatt litt kontakt.

Tabell 8.9 MHVs kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosentandel av MHVene i ulike regioner som svarer at de har hatt mye eller noe kontakt.

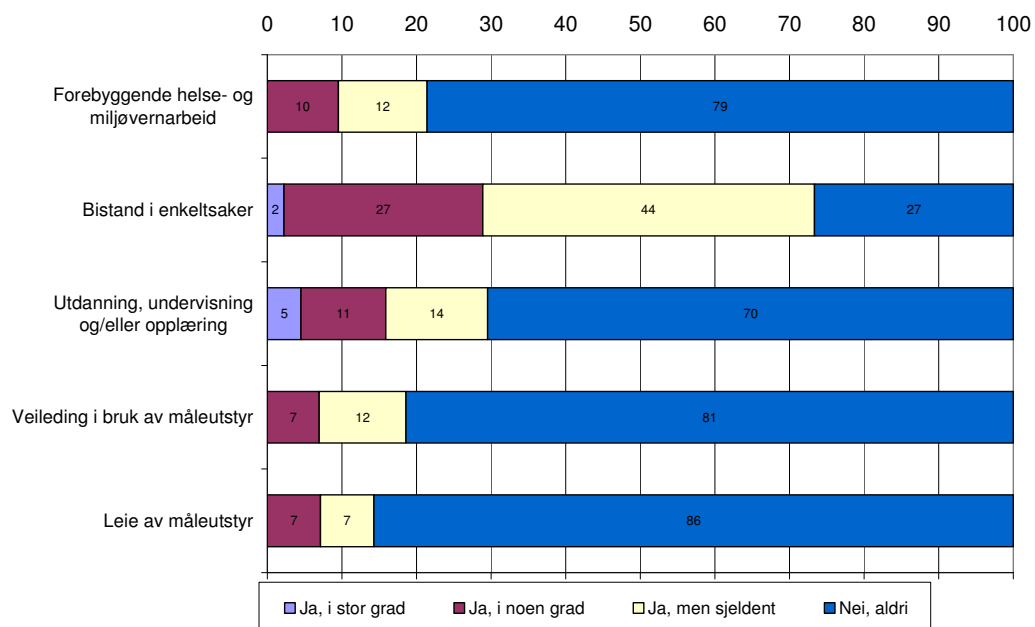
	MHV lokalisert i ...				
	Øst-land landet	Sørl./ Telem.	Vest-land landet	Midt- Norge	Nord- Norge
Oslo	0	0	0	0	0
Sykeh. Telemark (YMA-ST)	0	53	0	0	0
Haukeland Univ.sykeh. (YMA-HUS)	0	0	33	0	0
St. Olavs Hospital (AMA-SOH)	0	0	0	17	5
Univ.sykeh. N.-Norge (AMA-UNN)	3	0	4	0	35
STAMI	5	11	4	12	5
<i>Antall respondenter (N)</i>	39	21	29	20	22

Tabell 8.9 viser hvor stor prosentandel av MHV som svarer at de har hatt noe eller mye kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene fordelt etter hvor MHV er lokalisert. Noe overraskende finner vi at det ikke er noen av MHVene på Østlandet som svarer at de har hatt kontakt med avdelingene i Oslo. På Sørlandet/Telemark finner vi derimot at over halvparten av MHVene har hatt kontakt med avdelingen i Telemark. Videre er det omtrent 1/3 av MHVene på Vestlandet og i Nord-Norge som har hatt kontakt med sine "lokale" avdelinger. MHVene i Midt-Norge har hatt minst kontakt med sin lokale avdeling ved St. Olavs Hospital. Tabellen bekref-

ter for øvrig det vi fant i figuren over, nemlig at det er relativt få MHVer som har hatt kontakt med STAMI.

8.4.3 MHVs bruk av tjenester ved AMAene

I denne delen har vi gått et skritt videre og stilt spørsmål om MHVene har benyttet noen av tjenestene ved de arbeidsmedisinske avdelingene eller STAMI. Innledningsvis har vi først presentert resultatene samlet for de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI hver for seg. Dernest har vi undersøkt hvorvidt bruken av tjenester varierer i forhold til hvilken avdeling MHVene geografisk hører til.



Figur 8.16 MHVs bruk av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene (ikke STAMI). Prosent.

Figur 8.16 viser hvor stor andel av MHV som svarer at de har benyttet ulike tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Vi ser for det første at det er få som har benyttet tjenester ved avdelingene. I den grad MHVene har benyttet noen tjenester, er det i størst grad bistand i enkeltsaker. Omtrent 30 prosent svarer at de i noen eller stor grad har benyttet denne typen tjenester. Tilsvarende ser vi at det er omtrent 45 prosent som svarer at de sjeldent har fått bistand i enkeltsaker. Ellers ser vi at det er noen som også har mottatt tjenester i form av utdanning, undervisning eller opplæring, samt bistand i forhold til forebyggende helse- og miljøarbeid.

I spørreundersøkelsen stilte vi det samme spørsmålet om bruk av tjenester ved STAMI. Det viste seg at relativt få MHVer hadde benyttet seg av noen tjenester ved STAMI. Avhengig av hva det dreier seg om, svarer 1-2 av ti MHVer at de i noen grad har benyttet tjenester fra STAMI. Dette dreide seg først og fremst om bistand i enkeltsaker og/eller at de hadde deltatt i undervisning eller opplæring i regi av instituttet.

I tilknytning til spørsmålet om MHVs bruk av tjenester, var det flere som oppga andre tjenester. Dels dreier dette seg om tjenester som faller inn under de faste svarkategoriene, for eksempel henvisning av pasienter og rådgivning i bruk av måleutstyr. Ellers nevner et par at de har mottatt nyhetsbrev og mer generell informasjon. En peker også på at hele spørsmålet er irrelevant, noe som vi må tolke i retning av at enkelte faktisk ikke ser at det er noen relevant kobling mellom arbeidsmedisin og miljømedisin. En av informantene gir også en utdypende kommentar som antyder at andre institusjoner kan være vel så relevante samarbeidspartnere som de arbeidsmedisinske avdelingene.

Jeg har kun hatt kontakt med Folkehelseinstituttet og SINTEF, en sjelden gang St. Olav og UNN. De sakene det har dreid seg om er relatert til Forskrift for miljørettet helsevern i skoler og barnehager med hjemmel i Lov om kommunehelsetjeneste. Samarbeidet i en konkret sak der jeg nylig har anbefalt å stenge [skole ...]. Jeg har søkt etter kompetanse for å få bistand i denne konkrete saken, men ingen av instansene har vist meg til de i omtalte avdelingene i undersøkelsen.

Kommentaren viser først til at de aktuelle fagmiljøene har vært Folkehelseinstituttet og SINTEF. Samtidig viser informanten til at det har vært søkt etter bistand, uten at verken STAMI eller noen av de arbeidsmedisinske avdelingene har dukket opp som aktuelle kompetansemiljøer. Dette kan enten bety at de arbeidsmedisinske miljøene ikke oppfattes som like relevant som for eksempel SINTEF og Folkehelseinstituttet eller det kan være at de arbeidsmedisinske avdelingene ikke har vært like gode til å markedsføre sine tjenester.

Tabell 8.10 MHVs bruk av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene i forhold til hvor MHV er lokalisert. Prosent som oppgir at de har hatt mye eller noe kontakt.

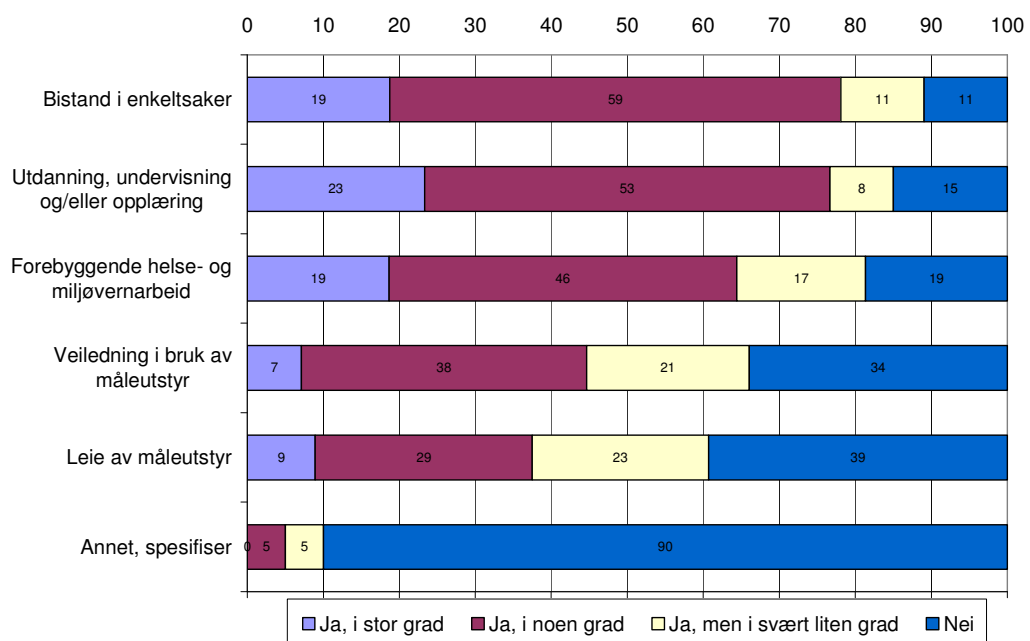
	Hva bruker MHV lokalisert i ...				
	Østland- det	Sørl./ Telem.	Vest- landet	Midt- Norge	Nord- Norge
Leie av måleutstyr	8	30	0	0	8
Veiledning i bruk av måleutstyr	0	20	0	0	15
Utdanning, undervisning og/eller opplæring	8	25	0	10	38
Bistand i enkeltsaker	8	25	25	27	38
Forebyggende helse- og miljøvern-arbeid	0	20	0	9	25
<i>Antall respondenter (N)</i>	39	21	29	20	22

Tabell 8.10 over viser hvor stor andel av MHV som svarer at de i stor eller noen grad har benyttet ulike tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene, fordelt etter hvor MHV er lokalisert. Her ser vi at det er MHVene på Sørlandet/Telemark og i Nord-Norge som i størst grad benytter tjenester ved avdelingene. I begge regionene benytter MHVene et større spekter av tjenester enn MHV på Vestlandet og i Midt-Norge. På Vestlandet og i Midt-Norge ser vi at MHVene i hovedsak har fått bistand i enkeltsaker.

Vi har også stilt spørsmål til MHVene om hvilke tjenester de har benyttet hos de avdelingene de har benyttet mest. Siden mange ikke svarte på hvem de hadde hatt mest kontakt med, er utvalget her forholdsvis lite (62). Det er likevel tydelig at i de fleste tilfeller noen har benyttet tjenester – uansett hvor – så dreier det seg om bistand i enkeltsaker. I tillegg ser vi at avdelingene i Telemark og i Nord-Norge skiller seg fra de øvrige ved at brukerne her benytter seg av alle typer tjenester, mens brukerne av de øvrige avdelingene i hovedsak har fått bistand i enkeltsaker. Disse resultatene sammenfaller med andre ord med analysen som baseres på den regionale inndelingen.

8.4.4 MHVenes ønske om tettere samarbeid

Ovenfor har vi sett at MHVene gjennomgående har rimelig god kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene. Samtidig er det relativt få som svarer at de har vært i kontakt med avdelingene og ennå færre som har benyttet tjenestene til avdelingene. I spørreundersøkelsen stilte vi også spørsmål om MHVene så for seg et tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene eller STAMI i forhold til bistand i enkeltsaker, undervisning/opplæring, forebyggende arbeid, veiledning i eller leie av utstyr.



Figur 8.17 MHV'enes ønske om samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent.

Figur 8.17 viser at det er en relativt stor andel som svarer at de ønsker mer samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene. I forhold til bistand i enkeltsaker, svarer nesten 80 prosent at de ønsker mer samarbeid. Størstedelen av disse svarer at de ønsker et slikt samarbeid i noen eller stor grad. En nesten like stor andel svarer at de ønsker mer samarbeid i forhold til utdanning, undervisning og/eller opplæring. I minst grad ønsker MHV samarbeid i forhold til veiledning i bruk av utstyr eller leie av utstyr. Gjennomgående viser imidlertid resultatene at MHV har ønske om langt tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingen enn det som kommer frem når vi ser på den faktiske bruken av avdelingene.

Tabell 8.11 MHVs ønske om tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene innenfor ulike områder. Andel som svarer at de i noen eller stor grad ønsker et tettere samarbeid. Prosent.

	Østlandet	Sørl./Telem.	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge
Leie av måleutstyr	36	63	18	40	45
Veiledning i bruk av måleutstyr	36	63	27	50	64
Bistand i enkeltsaker	67	82	67	100	85
Forebyggende helse- og miljøvernarbeid	64	91	36	64	77
Utdanning, undervisning/opplæring	69	91	55	82	85
<i>Antall respondenter (N)</i>	39	21	29	20	22

Tabell 8.11 viser hvor stor andel av MHV som svarer at de i noen eller stor grad ønsker et tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er tre regioner som skiller seg ut i den forstand at mange MHV ønsker tettere samarbeid med avdelingene. Dette er Sørlandet/Telemark, i Midt-Norge og i Nord-Norge. På Østlandet og Vestlandet er det en mindre andel som ønsker samarbeid på noen av de aktuelle områdene. Ellers ser vi følgende mønster i tabellen:

1. Det er spesielt på Sørlandet/Telemark og i Nord-Norge at de ønsker bedre samarbeid i forbindelse med forebyggende helse- og miljøvernarbeid. Dette kan ha sammenheng med at disse avdelingene allerede har mer samarbeid med miljørettet helsevern enn de andre arbeidsmedisinske avdelingene, og at de gjennom sine erfaringer mener at et samarbeidet er nyttig.
2. Både på Sørlandet/Telemark, i Nord-Norge og i Midt-Norge er det spesielt stort ønske om bedre samarbeid om utdanning, undervisning eller opplæring, samt bedre samarbeid omkring bistand i enkeltsaker.
3. På Østlandet er det forholdsvis mange som ønsker tettere samarbeid både i forhold til bistand i enkeltsaker, forebyggende arbeid og utdanning, undervisning og opplæring

4. På Vestlandet er det relativt mange som er opptatt av å bedre samarbeidet om enkeltsaker, samt i noen grad undervisning.

8.4.5 Kommentarer om de arbeidsmedisinske avdelingene

Kommentarene fra respondentene i det miljøretta helsevernet, kan deles i fire grupper. Ett sett av kommentarer går ut på at spørreskjemaet om de arbeidsmedisinske avdelingene er feilsendt eller i det minste burde vært sent til andre enn MHV. Dette viser med andre ord at det er mange som er av den oppfatning at arbeidsmedisin og miljøretta helsevern dreier seg om to helt atskilte fagområder som ikke har noe med hverandre å gjøre. Et eksempel på dette er følgende sitat:

Spørreskjemaet er sendt til ansvarlig for miljørettet helsevern i kommunen. Dette er en pålagt helsetjeneste ... der formålet er å overvåke og ivareta helsehensyn i det "offentlige rom" (mot innbyggerne) - altså ingenting med Arbeidsmiljølov og vernetjeneste for ansatte å gjøre. MHV har derfor heller ikke regelmessig samarbeid med de yrkesorienterte institusjonene som listes i denne undersøkelsen. Spørreskjemaet skulle vert adressert til Hovedverneombud i kommunene.

Den andre typen kommentarer gir ikke – slik som den første typen – eksplisitt uttrykk for at de ikke ser noen kobling mellom arbeidsmedisin og MHV. Derimot gir de heller uttrykk for manglende kunnskap om avdelingene, uten at de nødvendigvis avviser mulighetene for samarbeid. En gir for eksempel uttrykk for at avdelingene kun utdanner yrkesmedisinere (dvs. at de ikke gjør noe annet). En annen er mer åpen for et tettere samarbeid, men mener avdelingene bør markedsføre seg bedre:

Jeg tror nok det er et potensial for en betydelig bedre markedsføring av tjenesten fra de respektive avdelingene. Behovet for rådgivning er stort. Forutsetningen for en meningsfylt bistand er grad av tilgjengelighet Det bør ligge i bunnen når man tilbyr slike tjenester.

En tredje type kommentar peker på at det for det miljørettede helsevernet i kommunene ikke er de arbeidsmedisinske avdelingene eller STAMI som er de mest relevante samarbeidspartnerne. Andre institusjoner som hevdes å være mer relevante er: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, SINTEF og sentrale helsemyn-

digheter (Helsedirektoratet). En respondent fra en bydel i Oslo gir også uttrykk for at Folkehelsa og egen etat dekker de fleste behovene til MHV:

... Helse- og velferdsetaten og Folkehelsa ... og noen til dekker de fleste av bydelens behov for eksterne tjenester innen MHV, men det kan vel tenkes områder hvor de arbeidsmedisinske avdelingene har særegen kompetanse som med fordel kunne tilflytte også oss i bydelene. Men den sporadiske kontakten medfører antakelig at vi i liten grad er oppmerksomme på eller aktivt oppsøker avdelingene med spørsmål i den retning.

Respondenten over avviser ikke relevansen av et tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene, men viser samtidig til at lite kontakt i praksis gjør at de blir lite aktive i forhold til avdelingene.

Den fjerde typen kommentarer representerer det andre ytterpunktet – sett i forhold til den første typen kommentar – og handler om at informanten fra MHV både har benyttet seg av tjenester ved og har gode erfaringer med en eller flere av de arbeidsmedisinske avdelingene. Disse kommentarene illustrerer med andre ord – i kontrast til den første typen – at tjenestene ved avdelingene ikke bare kan være relevante, men også kan være av stor nytte for MHV. Nedenfor følger to eksempler:

Vi har god kontakt med avdelingen på UNN og de gir et godt tilbud til oss!”

”Vi trenger ofte bistand f.eks. med inneklimatesting i skoler og barnehager. Problemet er ofte penger. Skoler og barnehager vil gjerne foreta målinger og ringer til oss i håp om å få gjort dette gratis. ... Vi hadde inneklimatesting som nå er for gammelt.

Det er åpenbart mange ulike oppfatninger av de arbeidsmedisinske avdelingens rolle i forhold til MHV. Det er imidlertid flere som gir uttrykk for en viss usikkerhet og at de har behov for mer informasjon. I spørreundersøkelsen stilte vi også et spørsmål til de som faktisk hadde benyttet tjenester, om de hadde mottatt informasjon fra avdelingene på noen måte. Det var 30 prosent som svarte at de hadde mottatt slik informasjon, mens 70 prosent svarte at de ikke hadde fått informasjon.

8.5 Sammenfatning og diskusjon

I dette kapitlet har vi sett på tre aktuelle brukergrupper for de arbeidsmedisinske avdelingene: Bedriftshelsetjenesten, fastlegene og det miljørettede helsevernet i kommunene. Av disse tre er det først og fremst bedriftshelsetjenesten og fastlegene som de arbeidsmedisinske avdelingenes primære bukergrupper. Siden enkelte avdelinger også har kontakt med det miljørettede helsevernet i kommunene, har vi også tatt med disse i undersøkelsen. Det miljørettede helsevernet i kommunene kan imidlertid ikke regnes som en tradisjonell brukergruppe for avdelingene.

Bedriftshelsetjenesten

BHTene må betraktes som de arbeidsmedisinske avdelingene primære målgruppe. De aller fleste BHTene svarer også i undersøkelsen at de kjenner en eller flere arbeidsmedisinske avdelinger og STAMI godt. Det er også forholdsvis mange av BHTene som har vært i kontakt med STAMI og de arbeidsmedisinske avdelingene. De tjenestene som BHTene først og fremst benytter seg av, er undervisning og opplæring, utredninger samt generell informasjon om forbygging av arbeidsbetingede sykdommer. Bruken av tjenester varierer i noen grad avhengig av hvor i landet BHTene befinner seg, noe som mest sannsynlig gjenspeiler tjenesteprofilen til den lokale arbeidsmedisinske avdelingen. Gjennomgående er BHTene også godt fornøyd med de arbeidsmedisinske avdelingene. Mest fornøyd er de med undervisnings- og opplæringstilbudet og informasjon om forbygging av arbeidsrelaterte sykdommer. Minst fornøyd er de med avdelingenes bedriftsbesøk hos deres medlemsbedrifter. Dette kan imidlertid være mer uttrykk for at avdelingene i liten grad tilbyr denne tjenesten.

I undersøkelsen ble også BHTene spurt om hvilke typer tjenester de arbeidsmedisinske avdelingene burde prioritere mer eller mindre. Her svarte de fleste at undervisning og opplæring samt generell informasjon om forebygging burde prioriteres mer. Relativt få mente at avdelingene burde prioritere utleie av måleinstrumenter eller veiledning i bruk av disse. På spørsmål om det var områder de arbeidsmedisinske avdelingene burde styrke sin kompetanse, svarte et flertall av BHTene at avdelingene burde styrke kompetansen på alle aktuelle områder, både kjerneoppgavene og oppgaver som ligger noe mer i randsonen av hva avdelingene tradisjonelt har drevet med. De fleste mente imidlertid at avdelingene spesielt burde styrke

kompetansen innen psykososialt arbeid og forebyggende arbeid. Undersøkelsen viser for øvrig at BHTene vurderer STAMI som mer betydningsfull enn de arbeidsmedisinske avdelingene i forhold til sin egen kompetanseutvikling.

Til slutt i undersøkelsen stilte vi også spørsmål om hvilke områder BHTene mente spesialistutdanningen i arbeidsmedisin burde styrkes. Også her var det svaralternativer som lå både i kjernen og i periferiene av det arbeidsmedisinske fagområdet. Grovt sett mente BHTene at utdanningen burde styrkes på alle områder, men spesielt innen fagområdene kjemisk eksponering, psykososiale forhold og forebyggende arbeid. I kommentarene til spørsmålet var det også forholdsvis entydig fra BHTene sin side at både utdanningen og tjenestene ved de arbeidsmedisinske avdelingene skulle fokuserte mer på helheten og bedriftenes behov, ikke utelukkende de tradisjonelle medisinske fagområdene. Dette peker dermed på en mer generell problemstilling om organisering og rolleavklaring innenfor bedriftshelsetjenesten som førstelinje og spesialisthelsetjenesten. Et sentralt spørsmål vil her være hvordan kompetanse skal organiseres i ulike institusjoner (helhetlig eller spesialisert) og hvordan denne eventuelt skal koordineres slik at den fremstår helhetlig for bedriftene.

Fastlegene

Undersøkelsen rettet mot fastlegene ga svært lav svarprosent og resultatene fra denne undersøkelsen er derfor svært usikre. Den gir ingen informasjon om fastlegenes kjennskap til eller bruk av de arbeidsmedisinske avdelingene, bortsett fra om de fastlegene som har besvart undersøkelsen. Andre kilder tyder imidlertid på at kjennskapet til avdelingen og bruken av dem er relativt begrenset blant fastlegene. De legene som oppgir at de har benyttet tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene, synes imidlertid å være godt fornøyd med tjenestene. På spørsmål om hva slags tjenester fastlegene har behov for, oppgir relativt mange undervisning/opplæring og informasjon om forebygging. Av de som svarte på undersøkelsen er det også relativt mange som mener at de arbeidsmedisinske avdelingene bør styrke sin kompetanse innen psykososialt arbeidsmiljø og forebyggende arbeid.

Miljørettet helsevern

Undersøkelsen overfor MHV har innbefattet deres kunnskap om, kontakt med og bruk av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. En god del innenfor det miljørettede helsevernet oppgir at de har noe kjennskap til de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er naturlig nok færre som har hatt kontakt med en av avdelingene eller STAMI, og det må sies å være relativt få som faktisk har benyttet tjenester der. Kontakten og bruken av avdelingene synes å variere fra avdeling til avdeling. MHVene på Sørlandet/Telemark og i Nord-Norge ser ut til å bruke et langt bredere spekter av tjenester enn MHVene i de andre delene av landet. På Vestlandet og Midt-Norge er det først og fremst utredningstjenester som benyttes. Det som imidlertid er mest slående i svarene fra MHVene, er den store kontrasten mellom dem i forståelsen av relasjonene til de arbeidsmedisinske avdelingene. På den ene siden finner vi de som knapt nok forstår relevansen av spørsmålet om kjennskap til, kontakt med og bruk av tjenester hos de arbeidsmedisinske avdelingene. På den andre siden finner vi ikke bare de som benytter tjenestene ved avdelingene, men også de som gir uttrykk for at MHVene har behov for tjenesten og at de er godt fornøyd med dem.

Hvordan kan vi så forklare disse kontrastene? En mulig forklaring er at både miljørettet helsevern og arbeidsmedisin er fagområder som har utviklet seg mer eller mindre autonomt over tid og dermed fått ulike faglig profil i ulike deler av landet. Sett i lys av kommentarene fra MHVene i spørreundersøkelsen, kan det tyde på at MHVene har noe ulike oppfatninger som seg selv og sitt forhold til de arbeidsmedisinske avdelingene. I Helsedirektoratets evalueringsrapport om miljømedisin, ser vi også tydelig at MHV opererer med arbeidsoppgaver som overlapper arbeidsmedisin. Et område som må sies å være nytt for begge fagområdene, og som åpenbart i varierende grad er inkorporert i både arbeidsmedisin og miljømedisin, er det sosiale miljø. Sosiale miljøfaktorer vil være relevant både på arbeidsplassen og i for eksempel et skolemiljø eller et nærmiljø, uten at det faglig sett vil være noe forskjell mellom disse arenaene. Tilsvarende vil det også være i forhold til eksponering for lyd, støy og kjemikalier på henholdsvis arbeidsplassen og i en barnehage. Igjen er forskjellen ikke av faglig art, men ulike arenaer. Slik sett er det også rimelig at arbeidsmedisinske avdelinger kan ha relevans som annenlinjetjeneste for MHV.

I lys av eksemplet med sosiale miljøfaktorer, som både arbeidsmedisin og miljømedisin har inkorporert (dog i varierende grad), er det også mulig at de uklare grense-gangene mellom de to fagområdene har sammenheng med fagområdenes ønske om å ekspandere. Dette kan være drevet av økonomiske motiv, faglige motiv eller andre mer symbolske markeringsmotiv. I det siste tilfellet kan det for arbeidsmedisinske miljøene dreie seg om å konkurrere om oppmerksomhet innenfor en sektor med sterke prioriteringer og store inntjeningskrav. Når noen således avviser at det er relevant med samarbeid, kan dette forstås som en beskyttelsesstrategi for eget fag-område eller eget institusjonelt domene (dvs. relasjonen mellom MHV, Folkehelse-instituttet og eventuelt andre sentrale institusjoner). Når noen MHV viser til at det har god nytte av de arbeidsmedisinske avdelingene, kan dette betraktes som et tegn på at de arbeidsmedisinske avdelingenes faglige ekspasjon har lyktes.

9. Analytiske dimensjoner

9.1 Er kompetansen god nok?

Spørsmålet om hvorvidt kompetansen er god nok henger sammen med hva kompetansen skal avspeile og håndtere av problemstillinger i arbeidslivet. Den arbeidsmedisinske metodikken innebærer en stadig søking etter ny relevant kunnskap, og betydningen av å være oppdatert er vesentlig. Manglende kunnskap på det aktuelle området vil lett kunne bli ”avslørt” ved at andre som leser spesialisterklæringene eller sakkyndighetsdokumenter vil kunne finne svakheter i dokumentasjonen. De ”områdene” som gir rett til ytelse/erstatning for yrkesskade/yrkessykdom har derfor innebygget egne incentiver for kunnskapsoppdatering. Arbeidsmedisinerne vi har intervjuet formidler at de har god kompetanse på det som regnes som kjerneoppgaver, først og fremst kjemisk/fysisk og biologisk eksponering fra industrien. Men det er tre områder som blir trukket frem som områder hvor det er ønskelig med mer fokus, og det er 1) forebyggende virksomhet, 2) psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, 3) muskelskjelettlidelser og diffuse plager.

Forebyggende virksomhet omtales i NOU 1988 nr 41 som et av områdene arbeidsmedisinere skal arbeide med. Her nevnes både undersøkelse av arbeidstakere som er utsatt for arbeidsrelatert yrkesrisiko, arbeidsplassundersøkelser og undersøkelser som kan legge grunnlag for forebygging av arbeidsbetingede helseskader. Ved alle sykehusavdelingene og ved STAMI drives forskning som legger grunnlag for forebygging. Det arbeides på flere plan med formidling av resultater til tilsynsmyndigheter, BHT’er, bedrifter og publikum for øvrig. Som vi så i kapittel 4.4.1 forbindes forebygging i stor grad med det å gå ut til bedriftene med informasjon og forskningsresultater som kan bidra til å bedre arbeidsprosessene med tanke på å unngå sykdom og skader. Dette arbeidet gjøres i noen grad på de fleste avdelingene, men altså ikke i den grad som både en del arbeidsmedisinere og yrkeshygienikere sier er ønskelig. Behovet og ønske om større grad av forebyggende virksomhet støttes av BHT’ene. Som vi så i kapittel 8, ønsker de fleste som har svart på spørreundersøkelsen blant de BHT-ansatte en høyere prioritering av undervisning, opplæring og forebygging generelt. Studier av forhold mellom psykososiale og or-

ganisatoriske forhold i arbeidslivet – og arbeidstakeres helse – er også omtalt i NOU'en. Våre hovedinntrykk fra intervjuene er at kompetansen på dette feltet ikke er i samsvar med det som ser ut til å være behov i bedriftene og ønske fra BHT'ene, og at flere arbeidsmedisinske avdelinger ønsker å styrke kunnskapen på dette feltet. Når det gjelder ergonomiske problemstillinger formidler flere av de intervjuede ved de arbeidsmedisinske avdelingene et ønske om bedre kompetanse og mer fokus. Resultatene fra spørreundersøkelsen ved BHT kan derimot tyde på at de har kompetanse på dette feltet selv.

9.2 Er kompetansen tilgjengelig?

Her viser spesielt spørreundersøkelsene at kompetansen er tilgjengelig for de som gjennom sin funksjon har spesiell kunnskap om og interesse av den kompetansen arbeidsmedisinerne tilbyr.

Vi har tidligere sett at kommunelegene, som har ansvar for miljømedisin, ønsker mer tilgjengelighet på miljømedisinsk andrelinjetjenester. Folkehelseinstituttet, som er den aktuelle andre etaten med denne type kompetanse, er ikke organisert med regionale andrelinjefunksjoner, noe kommunelegenes svar avspeiler. De arbeidsmedisinske avdelingene mottar henvendelser fra kommuneleger (miljøretta helsevern, MHV), og svarene fra MHV viser at dette er en viktig kanal for dem. Eksemplene vi har presentert fra Tromsø og Bergen (Kap 5.4.2) viser at behovet for denne type kompetanse gjerne kommer akutt etter en dramatisk hendelse. Hvilket departement bør ha ansvar for dette problemfeltet? Slik det er i dag, ligger Folkehelseinstituttet under HOD slik som de arbeidsmedisinske avdelingene. STAMI, som er organisert under AID, befatter seg ikke med miljømedisinsk problematikk. Men som vi så i omtalen av Vest-Tank-ulykken, fikk den arbeidsmedisinske avdelingen ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus i oppdrag av helsemyndighetene å utrede mulige helseeffekter i etterkant av hendelsen. Det kan se ut til at dette feltet blir skadelidende på grunn av manglende ansvarsavklaring, og det *kan* argumenteres for et samarbeid og en ansvarsfordeling mellom helsemyndigheter og arbeidslivmyndigheter ved denne type hendelser, siden det først og fremst er snakk om eksponering fra arbeidsplasser.

Svarprosenten på spørreundersøkelsen til fastlegene var for lav til at vi kan si de er representative for alle fastleger. Opplysninger fra de arbeidsmedisinske avdelingene selv gir likevel en god indikasjon på at fastlegenes generelt i liten grad henviser pasienter eller har annen type kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene. Mange fastleger henviser aldri til en arbeidsmedisinsk avdeling. Dette kan for det første bety at fastlegenes kunnskap og bevissthet om arbeidsrelatert sykdom og det arbeidsmedisinske tilbudet er så begrenset at de ikke henviser til de arbeidsmedisinske avdelingene av den grunn. I så fall illustrerer kan det indikere at den generelle kunnskapen om det arbeidsmedisinske feltet er for dårlig blant leger, og at kompetansen av den grunn forblir utilgjengelig for mange potensielle brukere. Den begrensede undervisningen på universitetene om arbeidsmedisin får selvsagt konsekvenser i form av leger som kan lite om problematikken.

For det andre kan lav henvisningsandel skyldes at fastlegenes rolle som portvoktere for spesialisthelsetjenestesystemet innebærer svakheter som får utslag som vi ser her. Flere studier viser at fastlegene har utilstrekkelig bestillerkompetanse rettet mot spesialistfunksjonene. Undersøkelsene peker i retning av at fastlegenes portvokterfunksjon ikke fungerer godt, og at de ikke har den kunnskapen som spesialisthelsetjenesten forventer og regner med at de har. (Grut, L., Hoem, M. og Lippestad, J.W. 2008, Væssel Andersen, H. 2006, Mandal, R., Nuland, B.R. og Grønningsæter, A.B. 2008).

En tredje forklaring på at fastlegene i så liten grad henviser pasienter til utredning ved de arbeidsmedisinske avdelingene, kan være at de henviser pasientene til arbeidsmedisinsk utredning hos andre sykehusspesialister eller avtalespesialister. Som spesialitet har ikke arbeidsmedisinske spesialister monopol på arbeidsmedisinske utredninger, og flere pasienter henvises til for eksempel lungeleger, hudleger eller øre-nese-halsspesialister.

9.3 Kapasitet

Ventetid på opp til ett år for å få en arbeidsmedisinsk utredning eller spesialistklæring for pasienter som ikke kommer inn under prioriteringsforskriftene, tyder på at kapasiteten ikke er god nok. Det gjelder spesielt for pasienter som venter på utredning ved avdelingene i henholdsvis Skien, Bergen og Oslo. I et referansegrup-

pemøte ble spørsmålet reist om hva de ansatte de arbeidsmedisinske avdelingene ("egentlig") bruker tiden til på, gitt at antallet pasienter de behandler i løpet av et år er relativt lavt. De arbeidsmedisinske avdelingene forteller at de prioriterer utredninger først, men flere understreker at de også har mye annen virksomhet, spesielt undervisning og forskning, på lista over oppgaver de anser som viktige å prioritere. Som vi tidligere har redegjort for, er undervisning og forskning områder som nå blir nedprioritert, men som avdelingene ønsker mer kapasitet til. Hva skyldes de store variasjonene i kapasitet? I Trondheim, hvor det potensielle pasientgrunnlaget ut fra størrelsen på befolkningen i regionen de betjener er større enn for eksempel i Tromsø, har de likevel kapasitet til å utrede noenlunde i takt med henvisningene. Deres egen forklaring er at de til dels har en mer pragmatisk holdning, og at de i tillegg har tre erfarne arbeidsmedisinere som er i stand til å ta unna pågangen av pasienter.

Vi kan tenke oss flere forklaringer på ulikheten i kapasitet. For det første er pasientgrunnlaget forskjellig fra region til region. Ytterpunktene i denne fordelingen finner vi i Tromsø og i Skien. I Tromsø, hvor kapasiteten er god nok til å ta unna alle henvendelser (pr mai 2009 er ventetiden 2 mnd.), har de likevel kapasitet til forske i ca. 25 % av den samlede tiden, og denne aktiviteten er på vei opp. Ved arbeidsmedisinsk avdeling, Sykehuset Telemark HF, understreker de at pasientgrunnlaget er svært stort, og det kommer pasienter til primærutredninger fra et geografisk tett befolket område som strekker seg fra Kristiansand i sør, Østfold i øst og Oslo i nord. Ved denne avdelingen ble det i 2007 utredet ca to og en halv gang flere pasienter enn i Tromsø, selv om avdelingen ikke har flere leger og har færre yrkeshygienikere. Dette skulle tilsi at en større grad av samordning og arbeidsdeling mellom avdelingene ville hatt stor effekt på de lange ventelistene spesielt i regionene sør og vest. I Tromsø understreker avdelingslederen at de har oppfordret avdelingene som har ventelister til å "sende" pasientene nordover. Våre undersøkelser viser at pasientene får opplysning om fritt sykehusvalg i brevet som blir sendt fra sykehuset etter at henvisningen er mottatt, på den måten kan si at rettighetene er ivaretatt. Men det er lite som tyder på at dette er et tema som vies spesielt stor oppmerksomhet, og som det er gjort konkrete tiltak for å bøte ved noen av avdelingene som har ventelister. Vårt mandat gir oss heller ikke mulighet til å undersøke hva som kan forklare at så få pasienter benytter seg av anledningen til å bruke andre sykehus. Det er nærliggende å tenke at en koordinert arbeidsdeling mellom

avdelingene, der pasientene mer aktivt blir gjort oppmerksomme på muligheten til å velge sykehus i en annen region, ville kunne utnytte den samlede kapasiteten i landet på en mye bedre måte. I denne forbindelsen kan fordelingsnøkkelen for de øremerkede ekstramidlene problematiseres. Lite tyder på at fordelingen er utformet på grunnlag av en strategisk hensikt om å utnytte den samlede kapasiteten best mulig. Avdelinger med lange ventelister er ikke tilgodesett med relativt større ressurser enn avdelinger med overskuddskapasitet.

For det andre innebærer systemet med mulighet for andre- og tredjegangsvurdering at enkelte avdelinger blir overbelastet. Vi har forstått det slik at alle avdelinger foretar andregangsvurderinger, men at hyppigheten varierer mellom avdelingene. Ved noen avdelinger understrekes det at de får mange henvendelser av denne typen, i tillegg til at også en del av pasientene som blir utrede, er tredjegangsvurderinger. Mulighet til å søke andre- eller tredjegangsvurdering er rettighetsregulert, og dermed en nødvendig og ønskelig virksomhet. Likevel er det tenkelig at ulikheter i konklusjoner som oppfattes som så systematiske at det oppstår forestillinger om noen avdelinger som ”snille”, mens andre vurderes som ”strenge”, kan bidra til å øke hyppigheten av denne type henvendelser. Dersom avdelingene i større grad og med større forpliktelse kommer frem til felles prosedyrer, og gjennom diskusjoner kommer frem til konsensus om konklusjoner, vil trolig behovet for second opinion-saker reduseres. Vi antar at dette vil ha betydelig effekt på den samlede kapasiteten.

For det tredje påvirkes kapasitetsspørsmålet av hvilken type kompetanse som er av kritisk for betydning for å opprettholde god kapasitet på utredninger. Alle avdelingene understreker at foruten tilstrekkelig antall arbeidsmedisinere, er også tilstrekkelig kapasitet på annen kompetanse slik som yrkeshygienikere og nevropsykologer en nødvendighet. Som vi ser av presentasjonen av de arbeidsmedisinske avdelingenes bruk av satsingsmidler, har noen avdelinger valgt å ansette yrkeshygienikere og kontorpersonale i tillegg til leger i spesialisering (LIS) og overleger. Det understrekes fra disse avdelingene at økt kapasitet på annet personale enn leger, spesielt yrkeshygienisk kompetanse, er nødvendig dersom avdelingene skal kunne utdanne flere legespesialister og øke utredningskapasiteten.

9.4 Prioriteringer

Hvilke prioriteringer gjøres, og hva ligger til grunn for dem? På alle de arbeidsmedisinske avdelingene prioriteres oppgaver knyttet til utredning av eksponeringer i arbeidslivet. Forskning har også blitt en større del av virksomheten ved avdelingene de siste årene. Også utdanning av nye spesialister i arbeidsmedisin er en oppgave avdelingene prioriterer høyt, i den grad de har mulighet til de. Alle sykehusavdelingene prioriterer arbeidsmedisinske utredninger høyt. Tatt i betraktning oppgavens art – at det handler om syke mennesker som har behov for oppreisning og/eller erstatning, eller arbeidstakere som kanskje er under helseskadelig eksponering – blir denne prioriteringen forståelig. Også prioritering av å utdanne nye spesialister i et fag som i lengre tid har opplevd nedgang i nyrekruttering, er en essensiell virksomhet som ikke trenger å begrunnes ytterligere. Men hvilken rolle spiller helseforetakene når det gjelder prioriteringer av hva ressursene skal gå til? Våre intervjuer av peker i retning av at helseforetakene – kanskje med unntak av ledelsen ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus – liten grad er interessert i dette spørsmålet. Spørsmål som angår prioriteringer, bruk av midler og koordinering av faget blir henvist til de ansvarlighet lenger nede i organisasjonen.

Som vi tidligere har vært inne på forteller de intervjuede at yrkessykdomslista har innflytelse for hvilke type utredninger de arbeidsmedisinske avdelingene får flest av. Enkelte informanter ved de arbeidsmedisinske avdelingene trekker også inn media som en viktig faktor. En av de intervjuede nevner ”kvikksølv-saken”, ”Nordsjødykkerne” og helseundersøkelser etter Vest-Tankulykken som eksempler på saker som har vært sterkt profilert i media, og hvor til og med en representant for regjeringen har kommet med erklæringer av typen ”*.i denne saken skal alle steiner snus for å få fakta på bordet.*” Spørsmålet om tannlegeassistentenes mulige yrkesskade har vært i media ved flere anledninger, og de arbeidsmedisinske avdelingene har opplevd en stor økning i denne type henvendelser. Ved Avdeling for miljø- og yrkesmedisin ved Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål anslås et tall på 50 saker av dette slaget i året, der avdelingen bare i 3-4 av tilfellene har påvist skader som kanskje kan tilbakeføres til eksponering fra kvikksølv. En avdelingsleder beskriver offshorepasientene og kvikksølvpatientene som en ny type ”*pressgrupper*” som skiller seg ut fra de ”*typiske arbeidsmedisinske pasientene som står med lua i handa*”. Prioriteringer av oppgaver ved de arbeidsmedisinske avdelingene foretas altså ved

avdelingene selv, og de skjer i tråd med spesialisthelsetjenestens forskrifter om prioriteringer. Men enkelte av avdelingene er i liten grad i stand til å foreta noen særlig grad av opp- eller nedjusteringer mellom ulike type oppgaver. Eksempelvis avdelingen ved Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål, som har hatt stor pasientpågang i en periode hvor bemanningen har vært marginal.

9.5 Relevans

Behovet for å evaluere det arbeidsmedisinske tilbudet har sammenheng med at faget gjennom flere år har hatt lav utdanningskapasitet, lav rekruttering, og – for de arbeidsmedisinske avdelingenes del – økonomiske rammevilkår som er dårlig tilpasset fagets arbeidsmetodikk. I et notat¹⁴ skrevet av en sentral spesialist i arbeidsmedisin (Haanes 2006:1) heter det:

De siste 10 år har utviklingen i arbeidsmedisin vært preget av stagnasjon.

Med dette som bakteppe ønsker vi å undersøke alle mulige relevante sammenhenger som kan forklare denne utviklingen. Vi har gjennom denne rapporten lagt vekt på å bringe inn synspunkter som representerer en stor bredde av erfaringer og synspunkter fra de arbeidsmedisinske miljøene. De viser at det finnes mange og nyanserte oppfatninger om hva som er og skal være det arbeidsmedisinske fagfeltets oppgaver.

Det arbeidsmedisinske feltets historie er tett knyttet til helseproblemer man ble oppmerksom på som følge av industrivirksomhet, og til etableringen av arbeidsmiljøloven. Det var først og fremst menn som arbeidet i, og var utsatt for belastninger og sykdommer i industrien, og naturlig nok denne næringen og dermed menn som ble gjenstand for mest oppmerksomhet både i lovgivningen og i medisinen generelt (NOU 1999:13. *Kvinnens helse i Norge*).

Mange av helseskadene som oppstår i denne sammenhengen gjør seg først gjeldende etter mange års eksponering, og mange blir syke først etter at deres yrkesaktive

¹⁴ Vurdering: arbeidsmedisin i Norge. 05.04.06 (Haanes var leder for spesialistkomiteen i arbeidsmedisin 1998-2005).

tid er forbi. I det arbeidsmedisinske miljøet gir mange uttrykk for et engasjement som knyttes til rettferdighetsprinsippet – de som er blitt syke av arbeidet har krav på oppreisning og erstatning fra samfunnet. For det arbeidsmedisinske feltet ser derfor erstatningsspørsmålet ut til å veie tungt og er en viktig drivkraft og retnings-giver for forskning og fagutvikling.

Den prototypiske¹⁵ arbeidsmedisinske pasienten er en mann som jobber eller har jobbet i industrien og blitt utsatt for fysisk, kjemisk eller biologisk eksponering. Og den prototypiske arbeidsmedisinske metodikken er spesielt utviklet for å identifisere hvem som er påført en ”erstatningsverdig” yrkesskade/sykdom, og hvem som ikke er det. Det er stor overvekt av menn blant dem som får yrkesskadeerstatning. I følge *NOU: 2008:11. Yrkessykdommer. Yrkessykdomsutvalgets utredning av hvilke sykdommer som bør kunne godkjennes som yrkessykdom* er 88 % av de som får innvilget yrkesskadeerstatning, menn.

En yrkesskadet person kan ha rett til yrkesskadeytelser/erstatning etter både folketrygdloven som administreres av Arbeids- og velferdsetaten, og i henhold til en lov-pålagt yrkesskedeforsikring som administreres av arbeidsgivers forsikringsselskap. Både etter folketrygdloven og yrkesskedeforsikringsloven er det et vilkår at skaden/sykdommen må ha oppstått i en arbeidsrelatert situasjon.

Som yrkesskade, regnes skader/sykdommer som skyldes en arbeidsulykke. (Etter dagens regelverk foreligger det en arbeidsulykke når det enten inntreffer en plutselig eller uventet ytre hendelse, eller at arbeidssituasjonen medfører en påkjenning eller en belastning som er usedvanlig i forhold til det som er normalt i yrket.) I tillegg er en rekke sykdommer likestilt med yrkesskade gjennom en særskilt forskrift (yrkessykdomslisten) som er gitt med hjemmel i folketrygdloven § 13-4. Denne forskriften gjelder også etter yrkesskedeforsikringsloven (jamfør § 11 første ledd b). Som nevnt over, er et av de arbeidsmedisinske avdelingers arbeidsområde å utrede sykdomstilfelle hvor man mistenker at det foreligger en yrkesmessig årsak, og eventuelt utarbeide spesialisterklæring som grunnlag for Arbeids- og velferdsetatens/forsikringsselskapets vurdering av krav om ytelse/erstatning. En viktig referan-

¹⁵ Med prototypisk menes her den språklige hovedreferansen som andre referenter ses i forhold til.

se er yrkessykdomslisten som nylig er vurdert av et ekspertutvalg. NOU 2008:11 Yrkessykdommer, som er resultatet av utvalgets arbeid, inneholder en vurdering av gjeldende yrkesskade regelverk, og er et svært omfattende dokument (i 2 deler). Utredningen er foretatt av et ekspertutvalg bestående av seks spesialister i arbeidsmedisin, en spesialist i psykiatri og en spesialist i fysikalsk medisin og muskel- og skjelettsykdommer. Utvalgets mandat var som følger:

Utvalget skal foreta en nærmere utredning og vurdering av om dagens yrkesskaderregelverk i tilstrekkelig grad fanger opp sykdommer som klart skyldes forhold på arbeidsplassen, og foreslå eventuelle endringer med hensyn til hvilke sykdommer som kan sidestilles med yrkesskade (NOU 2008:11:11).

Utvalget ble spesielt bedt om å vurdere om visse yrkesbetingede lidelser som har utviklet seg over tid i muskel- og skjelettsystemet og om visse yrkesbetingede lidelser som har utviklet seg som følge av psykiske påkjenninger eller belastninger over tid, bør kunne godkjennes som yrkessykdom. Utvalget skulle også vurdere de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene. Det ble vurdert flere modeller for yrkesskadeerstatning, og modellen som ble valgt, innebærer en yrkessykdomsliste med spesifiserte sykdommer i kombinasjon med et åpent system som innebærer mulighet for godkjenning av sykdommer som ikke står på lista – kalt ”sikkerhetsnett”.

I forslaget til den reviderte yrkessykdomslista (NOU 2008: 11) er enkelte muskel-skjelettlidelser inkludert. Det gjelder enkelte sykdommer i skulder, albu, håndledd og kne. Nakke- og ryggskader og hoftelddsartrose er vurdert, men ikke inkludert i det endelige lista. Psykiske lidelser som følge av belastninger over tid – som utvalget ble bedt om å vurdere – er ikke dokumentert å gi skadeeffekt, og ble derfor ikke inkludert i den nye lista. Derimot ble posttraumatisk stresslidelse som følge av dramatiske hendelser av relativ kort varighet, inkludert; fosterskader som følge av morens eksponering under svangerskapet, likeså. Utvalget foreslår en kontinuerlig vurdering av nye sykdommer i takt med ny kunnskap om sammenhenger mellom arbeid og sykdom.

Flere har hevdet, både innenfor og utenfor det arbeidsmedisinske miljøet, at det nye forslaget ikke innebærer noe stort skritt mot å inkludere flere plager som preger

dagens arbeidsliv. Spesielt gjelder dette muskel- og skjelettlidelser og psykososiale lidelser. Dette reiser således spørsmål om de arbeidsmedisinske avdelingene har innrettet sin forskning, undervisning og øvrige aktiviteter på det som er mest relevant i dagens arbeidsliv. I evalueringen er det flere ting som tyder på at avdelingene gjør sine ting riktig, dvs. at kvaliteten er god på det de gjør. Et annet spørsmål er imidlertid om de gjør de rette tingene. Vridning av innsatsen mot de helsemessige utfordringen som preger dagens arbeidsliv, vil naturligvis kunne ha store økonomiske implikasjoner, noe som også kan forklare reservasjonen mot å bevege seg inn i dette feltet. Et annet forhold kan være at man ved å bevege seg inn på nye områder, samtidig kommer i berøring med andre fagområder og fagmiljø.

De arbeidsmedisinske avdelingens faglige fokus kan også betraktes i lys av et kjønnsperspektiv. Professor Bente Moen, som var med i ekspertutvalget, har offentlig uttrykt skuffelse over at ikke brystkreft i tilknytning til nattarbeid ble inkludert, selv om det i følge henne foreligger tilstrekkelig forskningmessig belegg for å hevde at det er en sammenheng mellom disse to faktorene. Heller ikke inkluderingen av enkelte muskel/ skjelettlidelser dekker den type belastning – spesielt nakke- og ryggskader – som er særlig aktuell i typiske kvinneyrker.

Det er interessant å merke seg likheten til Norsk Sykepleierforbunds kamp for å sidestille turnusarbeid (kvinner/helsesektoren) med skiftarbeid (menn/industrien). Skiftarbeid innebærer færre timer i årsverk enn turnusarbeid, og tidsskillet mellom det som regnes som natt arbeid og dagarbeid er definert ut fra skiftarbeidets betingelser, noe som betyr at kvinnelige omsorgsarbeidere ikke får natt-tillegg for alle timene de jobber nattevakt.

Fra denne debatten ser vi at den mannlige skiftarbeideren står som den typiske representanten for ”arbeid”, og at en mer utvidet forståelse av hva som forstås som ”egentlig” arbeid og arbeidsbelastning synes å utvikle seg svært langsomt. Det kan tenkes flere grunner til dette. Den viktigste årsaken er trolig en frykt for at kostnadene ville overskredet alle rimelige budsjetttrammer dersom også sykdommer og belastninger som knyttes til typiske kvinneyrker ble inkludert i yrkessykdomslista.

I Norge er yrkesaktiviteten blant kvinner eksepsjonelt høy. Samtidig kjennetegnes Norge av et svært kjønnssegregert arbeidsmarked (Esping-Andersen 1990, 2002). En svært stor andel av yrkesaktive kvinner er sysselsatt i helse-, pleie- og omsorgs-

yrker; yrker som framstår som ”typisk kvinnelige” og som videre kjennetegnes av relativt høyt sykefravær og et omfattende sett av helseutfordringer som er knyttet til arbeidsmiljø og jobbutførelse (men ikke nødvendigvis forårsaket av dette). Dette er den viktigste illustrasjonen på at den arbeidsmedisinske kompetansen ikke nødvendigvis avspeiler behovene i arbeidslivet på en spesielt god måte. Det kan tyde på at fagfeltet i for liten grad er i stand til å tilpasse seg endringer og behov som i samfunnet for øvrig oppfattes som relevante. Når kvinner i store deler av arbeidslivet ikke har tilgang til de samme rettighetene som menn, har vi med et rettferdighets-spørsmål å gjøre. Til tross for at skjevheten altså er knyttet til at menn og kvinner har forskjellige typer jobber, og at de er utsatt for ulike belastninger, kan den ikke uten videre forklares eller legitimeres av at kvinner er utsatt for mindre helserisiko (i arbeidslivet) enn menn. Problemstillingen er diskutert (om enn svært knapt) i NOU 2008: 11, der ekspertutvalget stiller spørsmålet: *Yrkessykdomslista – en kvinneskredderliste?* (s.141). Utvalget erkjenner den sterke skjevheten (menn står for 88 % av de godkjente yrkessykdommene i Norge), og foreslår i tråd med dette at yrkessykdomslista utvides noe.

Som ekspertutvalg har vi søkt å basere våre forslag på den foreliggende vitenskapelige dokumentasjon innen hvert område. Dette kan slå noe forskjellig ut for kvinners og menns yrkessykdommer, og har etter vår oppfatning ikke noe med kjønnsdiskriminering å gjøre, men er blant annet et uttrykk for manglende dokumentasjon av årsakssammenheng i en del typiske kvinneyrker (s.141).

Dette temaet berører det arbeidsmedisinske ekspertisens relevans og legitimitet. Nå er det selvsagt ikke slik at det er ekspertisen alene som definerer yrkessykdomslista i Norge, og det er heller ikke slik at den arbeidsmedisinske virksomheten er begrenset til den delen av virkeligheten som dekkes av yrkessykdomslista. Men yrkessykdomslista er en uhyre viktig premisse og drivkraft i arbeidsmedisinen, og den utgjør et sentralt symbol på arbeidsmedisinens betydning for helse og rettferdighet i arbeidslivet. Derfor er måten den faglige ekspertisen begrunner sine egne innfallsvinkler og prioriteringer på, selvsagt både interessant og viktig. Bakgrunnen for det foreliggende evalueringsarbeidet er nettopp et resultat av at fagfeltet har blitt svekket, samtidig med at helseutfordringene i arbeidslivet samlet sett neppe er redusert, men de kan ha blitt annerledes. Når ekspertutvalget uttaler at den påfallende skjevheten

”ikke har noe med kjønnsdiskriminering å gjøre”, er det rimelig å kommentere at selv om utvalget sikkert ikke har hatt til hensikt å diskriminere, kan yrkessykdomslista likevel ha sterke diskriminerende effekter. Det er nå ti år siden NOU'en om Kvinnerens helse i Norge (NOU 1999: 13) ble lagt fram, der erkjennelsen av hvor kjønnnet medisinsk forskning og forestillinger om helse/sykdom har vært, fikk et gjennombrudd. Vi siterer:

Et trekk som gjenfinnes innen mange av utredningens deltemaer, er hvordan kunnskapsgrunnlag, regelverk og praksis ofte bygger på en uuttalt mannlig norm. Medisinsk forskning utelukker ofte kvinner i datainnsamlingen, velferdsstatens ytelser tar ofte utgangspunkt i en stabil heltidsarbeider og arbeidshelsetiltak fokuserer ofte på farlige stoffer og kraftig støy enn på tunge løft og følelsesmessige belastninger i omsorgssektoren. Slik avdekker utredningen en gjennomgående mangel på kjønns spesifikk kunnskap og kjønns perspektiv (s.13).

Som det går fram av NOU'en om yrkesskade fra 2008, er Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet blant de som har kritisert avgrensningen som gjøres i forslaget til ny yrkessykdomsliste. Vår vurdering er at argumentasjonen er relevant nok til at ekspertutvalgets knappe henvisning til vitenskapelig dokumentasjon framstår som for svakt fundert. Vi skal selvsagt ikke så tvil om den medisinskfaglige vurderingen av spørsmålet, men peke på fire forhold som vi anser som sentrale.

For det første er kravene til hva som skal gjelde som holdbar vitenskapelig dokumentasjon i seg selv, ikke utelukkende vitenskapelige. Hva kategorien ”yrkessykdom/skade” skal inneholde, er i høy grad et politisk spørsmål, og hvilke sammenhenger som skal kunne betraktes som utvetydige er en kombinasjon av flere hensyn, for eksempel metodiske og normative.

For det andre er, det arbeidsmedisinske fagfeltets posisjon med hensyn til kravene til vitenskapelig dokumentasjon, neppe uten vesentlige implikasjoner for ekspertens og fagfeltets legitimitet. Arbeidsmedisineres innsats for et arbeidsmiljø med minst mulig helserisiko er en forebyggende orientert aktivitet kjennetegnet av et særegent engasjement for både et fagfelt og for arbeidstakere. Dersom man ser kritisk på hva arbeidsmedisinere ved de fem avdelingene vi har undersøkt retter sin interesse og oppmerksomhet mot, er mønsteret relativt klart: interessen er i over-

veiene grad knyttet til problemstillinger som ekspertutvalget identifiserer som vitenskapelig relevante, men som ikke nødvendigvis gjenspeiler utfordringene blant majoriteten av norske arbeidstakere.

For det tredje er det selvsagt en viss sammenheng mellom hva man prioriterer å søke mer kunnskap om, og hva man har mulighet for å finne. Når ekspertutvalget foreslår å vente med å inkludere visse yrkessykdommer som rammer kvinner, er det ikke irrelevant å peke på at det er svært få norske arbeidsmedisinere som forsker på dette temaet. En slik erkjennelse løser i seg selv ikke noe problem, men den ydmykhet på vegne av eget fag og egen funksjon den kan oppmuntre til, kan tenkes å være produktiv – og et redskap til å unngå å skape uønskede, selvoppfyllende profetier av typen: man lærer ikke mye nytt om det man antar ikke er veldig interessant og som man ikke utforsker, eller omvendt: man forsker mest på de sammenhengene som er sanksjonert av den faglige eliten og myndighetene fordi det gir størst finansiering og prestisje.

For det fjerde er ufleksible og lite politisk/etisk sensitive definisjoner av vitenskapelig objektivitet ikke uavhengig av evnen til å arbeide forebyggende, noe som forstås som arbeidsmedisinens adelsmerke. Arbeidsmedisin har et stykke på vei vært systemorientert og forbyggende, og i den forstand har fagfeltet vært inspirert av innfallsvinkler og perspektiver som på ingen måte har hvilt eksklusivt på evnen til å demonstrere entydig kausalitet. I miljøet har vi hørt bekymrede uttrykk for at forebygging skal bli for sterkt prioritert, i og med at forebyggende arbeid er spesielt utsatt for å bli ”synsete”. Det er ikke usannsynlig at dette er riktig, men det berører arbeidsmedisinsk paradoks som etter vår vurdering bør vies større interesse: arbeidsmedisinens interne mekanismer for gyldighet og relevans går på enkelte områder i økende grad på tvers av arbeidslivets viktigste behov. Å vokte strenge definisjoner av sammenhengen mellom eksponering og yrkessykdom står potensielt i direkte motsetning til evnen til å oppdage sammenhenger tidsnok til å hindre at arbeidstakere blir rammet.

10. Oppsummering

Det arbeidsmedisinske fagfeltet på andrelinjenivå i Norge består av i alt fem avdelinger ved ulike helseforetak i tillegg til STAMI. Det arbeidsmedisinske tilbudet de representerer er relativt homogent, og er tett knyttet til utredninger i forbindelse med yrkesskadeerstatningssaker. Yrkessykdomslista utgjør arbeidsmedisinens fundament, og bidrar sterkt til å prege ressursfordeling, kompetanse, prestisje og faglige perspektiver – til tross for at det store flertallet av fagfolkene som er involvert i arbeidsmedisinsk arbeid jobber med andre ting og bidrar til å skape et svært heterogent felt. Men til tross for at yrkessykdomslista og arbeidet knyttet til den bidrar til å skape et relativt konservativt fokus, med den konsekvens at den prototypiske arbeidsmedisinen i Norge har fått en hovedforankring i definisjoner av sykdom, arbeid, objektivitet og juridisk rett til kompensasjon som framstår som lite dekkende for situasjonen i dagens arbeidsliv (men som samtidig gjør at svært viktige oppgaver og grupper av arbeidstakere blir godt ivaretatt), framstår fagfeltet til dels som offensivt, utforskende og kreativt. Forskningsorienteringen er sterk og solid, spesielt ved STAMI, men også ved flere av avdelingene. Denne orienteringen bidrar til fornyelse og ekspansjon, og dermed til langsiktig fornyelse av fagfeltet – potensielt på en måte som er i takt med arbeidslivets behov. Samtidig skaper denne ekspansjonen nye utfordringer på flere områder, ikke minst når det gjelder spørsmålet om hva ”arbeidsmedisin” er. Mye av den forskningsmessige ekspansjonen skjer i regi av andre profesjoner enn medisinere, og temaene som vies oppmerksomhet berører (eller overskrider) grenseflatene mot beslektede felt som miljømedisin, folkehelse og andre aspekter ved samfunnsmedisin. For så vidt som dette gjenspeiler ambisjonene i de dynamiske og høykompetente forskningsmiljøene er dette sannsynligvis uhyre positivt, men det ser ut til å aktualisere spørsmålet om fagfeltets uklare identitet. Det arbeidsmedisinske fagfeltet ivaretar mange ulike funksjoner, rommer mange faggrupper, er til dels forebyggende og orientert mot regionale variasjoner i norsk arbeidsliv. Dersom vi ser bort fra den relativt entydige forankringen yrkessykdomslista gir, har heller ikke fagfeltet en form for entydig faglig monopol av den typen organspesialitetene har. Dette skaper noen særegne utfordringer, spesielt når det gjelder organisatorisk tilknytning og departemental ryggdekning. En del av virksomheten sorterer under AID (STAMI og bedriftshelsetjenesten), mens sykehusav-

delingene i Oslo, Skien, Bergen, Trondheim og Tromsø hører til HOD's domene). Den foreliggende evalueringen ble satt i gang som følge av AID's ekstrabevilgning, som ble gitt for å redusere sårbarheten knyttet til rekruttering av nødvendig medisinsk faglig ekspertise i feltet. Dette *kan* betraktes som oppsiktsvekkende og som et alvorlig sykdomstegn ved HOD's og helseforetakenes forhold til arbeidsmedisin. Når de ansvarlige myndigheter ikke tilfører ressurser til elementær fornyelse av kompetansen, men overlater til et "sidedepartement" å ivareta denne grunnleggende oppgaven, avsløres et alvorlig styringsproblem. Selv om det ikke er HOD's oppgave å detaljstyre helseforetakene, er det i norsk politisk-administrativ tradisjon vanlig at politiske myndigheter pålegger avdelinger/fagmiljøer konkrete oppgaver når behovene tilsier det, slik det har skjedd flere ganger i forbindelse med bekymringsfulle eksponeringssaker i norsk arbeidsliv de senere år. Når det gjelder de arbeidsmedisinske avdelingenes mulighet for å overleve, er det tegn som tyder på at helseforetakene ikke aktivt nok forholder seg til den situasjonen som nå foreligger. Dersom nedprioriteringen er ønsket, skjer det uten noen form for faglig begrunnelse. Dersom den er tilfeldig, er styringsproblemene knyttet til helseforetakene utvilsomt alvorlige. Et forbehold kan imidlertid introduseres her. Dersom ansvarsfordelingen mellom HOD og AID er forholdsvis avklart, og dersom det hersker en robust og felles erkjennelse av at AID bør forvalte en del av ansvaret for at det arbeidsmedisinske miljøet kan fornyes og videreføres, er det atskillig mindre grunn til bekymring. Det er mulig at en slik erkjennelse er i ferd med å utvikle seg, selv om vi ikke kan dokumentere dette.

Det arbeidsmedisinske fagfeltet og dets profil i Norge er uløselig knyttet til Arbeidsmiljøloven, framveksten av bedriftshelsetjenesten, trepartssamarbeidet og utviklingen av systemorienterte og forebyggingsorienterte faglige perspektiver og arbeidsmåter. Dette er åpenbart en viktig og verdifull tradisjon som bidrar mye til å opprettholde vesentlige kvaliteter i norsk arbeidsliv, og i dag er de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI hovedansvarlige for å forvalte og fornye den. Den ytterst sårbare situasjonen fagfeltet befinner seg i, skaper imidlertid en fare for at rekrutteringen av medisinsk ekspertise undergraves. Et departementalt skippertak fra AIDs side har imidlertid gjort mye for å avhjelpe problemet på kort sikt. På noe lengre sikt er imidlertid utfordringen fortsatt den samme. Siden det er lite som tyder på at ansvarlige myndigheter ikke lenger ønsker et arbeidsmedisinsk fagmiljø,

er det ikke sannsynlig at situasjonen er et resultat av bevisst, men uuttalt nedprioritering.

Norsk arbeidsmedisin ser ut til å befinne seg i et vakuum. AID's ekstrabevilgning inneholder imidlertid en føring som i denne sammenhengen er interessant. STAMI bes om å påta seg en samordnende rolle overfor avdelingene. Vårt inntrykk er at denne oppgaven har blitt mottatt av en blanding av ambivalens og entusiasme, noe som etter vår vurdering er forståelig nok. Ambivalensen er knyttet til det faktum at STAMI ikke har noen formell myndighet overfor de arbeidsmedisinske avdelingene, og selv om STAMI har betydelig faglige autoritet, må den anvendes med stor omhu. Entusiasmen skyldes at det arbeidsmedisinske fagfeltet består av mange fagfolk som ønsker mer samarbeid og flere felles arenaer. Vi betrakter dette som en viktig ressurs. Som vi har påpekt flere ganger tidligere i denne rapporten, er det betydelige koordineringsutfordringer på feltet, og felles arenaer som inspirerer til faglig dialoger på tvers av organisatoriske grenser, er åpenbart den rette veien å gå. Selv om det er urealistisk å tro at dette kan skape en autoritativ norm for felles praksis, kan det bidra til at ulike faglige praksiser og vurderinger gjøres til gjenstand for kritikk og dermed krav om mer eksplisitte begrunnelser. Det arbeidsmedisinske fagfeltet ser ikke ut til å være kjennetegnet av en levende, omfattende og felles diskusjon. Dernest kan koordineringsfunksjonen og sterkere felles arenaer kanskje bidra til at fagmiljøene sammen etablerer en mer fornuftig dialog med myndighetene om fagfeltets framtid.

I denne rapporten har vi, som det går fram av innledningen, forsøkt å belyse følgende spørsmål:

- Hvilke oppgaver er tillagt de arbeidsmedisinske tilbudet, hvilke oppgaver utføres i praksis?
- Har avdelingene (inkludert STAMI) tilstrekkelig kapasitet i forhold til pålagte oppgaver. Hvilke utslag gjør dette eventuelt i forhold til ventetid på yrkesmedisinske utredninger?
- Har avdelingene tilstrekkelig kompetanse og kvalitet til å utføre de pålagte oppgavene?
- Er det arbeidsmedisinske tilbudet hensiktsmessig organisert?
- Har avdelingene tilstrekkelige rammebetingelser til å kunne utføre sine kjerneoppgaver?

- Har avdelingene et felles/enhetlig system for vekting/prioritering av oppgavene?
- Har avdelingene et felles/enhetlig system for oppfølging av enkeltpasienter, prioritering mellom grupper mv?
- Gjennomføres arbeidet på en slik måte at enkeltmenneskers rettigheter ivaretas?
- Hvordan fungerer det faglige samarbeidet mellom avdelingene?
- Hvordan fungerer det faglige samarbeidet mellom avdelingene og STAMI?
- STAMI er i noen saker pålagt et koordineringsansvar i forhold til de øvrige avdelingene. Er dette en hensiktsmessig organisering, bør denne rollen presiseres/formaliseres ytterligere?

For å presisere vår oppsummerende diskusjon ovenfor i mer direkte relasjon til disse punktene, vil vi slå fast følgende: Utgangspunktet er at den arbeidsmedisinske kompetansen er svært sårbar, men er midlertidig sikret en viss fornyelse takket være en ekstrabevilgning fra AID. Så vidt vi kan se, foreligger det i dag ikke utkast til en politikk for dette fagfeltet på litt lengre sikt. Senker vi fokus noe, er bildet dog ikke negativt. De arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI ivaretar sine tillagte oppgaver på en tilfredsstillende måte, og orienterer seg i tillegg i andre retninger som er relevant for å imøtekomme arbeidslivets behov. Deres samlede utredningskapasitet synes tilstrekkelig, men er svært ujevnt fordelt. Av denne grunn kan det slås fast at den samlede kapasiteten neppe er utnyttet så godt som den kunne og burde være. Kvaliteten på arbeidet og tilbudet er svært godt, og er forankret i solid kompetanse – ofte av flerfaglig og sterkt forskningsorientert karakter. Pasienter som blir prioritert og får sine saker utredet, får sin sak systematisk og grundig belyst, mens pasienter som står i kø må ofte vente svært lenge. Måten kjerneoppgavene ivaretas på ved avdelingene er imidlertid relativt forskjellig, både med hensyn til tidsbruk pr. pasient og *i noen grad* kriterier for dokumentert sammenheng mellom eksponering og helseeffekt. De arbeidsmedisinske avdelingene har ikke et sterkt faglig fellesskap og systematiske faglige utvekslinger, men fagfeltets representanter har i all hovedsak positive erfaringer knyttet til det samarbeidet som eksisterer. På dette området er det sannsynligvis et stort forbedringspotensial.

STAMI nyter stor respekt og tillit ved avdelingene, og i forskningssammenheng framstår STAMI som en naturlig og svært attraktiv partner å søke samarbeid med. Koordineringsansvaret STAMI er pålagt i relasjon til de øvrige avdelingene er dog

lite spesifisert. Vår vurdering er at dette etter all sannsynlighet er en fordel. STAMI selv rapporterer at dette erfares som noe problematisk, men gitt STAMI's svært gode strategiske utgangspunkt – faglig styrke, tilstrekkelig kapasitet og den ydmykhet på egne vegne som skal til for å være troverdig og attraktiv partner for de øvrige avdelingene – er sannsynligheten stor for at det nokså åpne mandatet vil vise seg å være produktivt.

11. Referanser

Bast-Pedersen, R. 2008. Nevropsykologers rolle i arbeidsmedisinske vurderinger i Tidsskrift for norsk psykologforening 2008. 45. 1174-1179.

Esping-Andersen, G. 1990. *The Three worlds of capitalism*. Polity Press 1990

Esping-Andersen, G. med Gallie, D., Hemerijck, A. og John Myles. 2002. *Why we need a new welfare state*. Oxford University Press.

Grut, L., Hoem, M. og Lippestad, J.W. 2008. *Sjeldne funksjonshemninger i Norge. Brukernes erfaringer med tjenesteapparatet*. Sintef helse.

Kalseth B og B. Paulsen 2008: *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008*. Sintef Helse. Rapport A8640.

Lian, O.S. 2007. Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Lipsky, M. 1980. *Street Level Bureaucracy. Dilemmas of Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.

Mandal, R. , Nuland, B.R. og Grønningsæter, A.B. 2008. *Fortsatt farlig å kysse? Kunnskap om og holdninger til hiv*. Fafo-rapport 2008:21. Oslo

Melander, P. 1999. *Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse forbindelser og onde sirkler*, i Zeuthen, E., Borum, F., Erlingsdottir G. & Sahlin-Anderson, K. (red) 1999. *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

NOU 1988:41 *Fagfeltet yrkesmedisin i Norge* .

NOU 2008: 11. *Yrkessykdommer. Yrkessykdomsutvalgets utredning av hvilke sykdommer som bør kunne godkjennes som yrkessykdom (med særskilt vedlegg)*.

NOU 1999:13. *Kvinnens helse i Norge*.

Norges Forskningsråd 2007. *Resultatevaluering av Sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse.*

Oxman A.D., A Bjørndahl, S.A. Flottorp, S. Lewin, A.K. Lindahl 2008: *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions. A Policy Brief.* Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

sak 2007-059. Styremøte 2007-06-07, Ullevål universitetssykehus HF.

St.prp. nr. 1 (1988-89) For budsjetterterminen 1989. Sosialdepartementet.

St.prp. nr. 1 (1989-90) For budsjetterterminen 1990. Sosialdepartementet.

St.prp. nr. 1 (1990-91) For budsjetterterminen 1989. Sosialdepartementet.

St.prp. nr. 1 (1992-93) For budsjetterterminen 1989. Sosialdepartementet.

St.meld.nr.24 (1996-1997) *Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*), St. meld.21 (1998-1999) *Ansvar og meistring.*

Vike, H, Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. og Kroken, R. 2002. *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten.* Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Gyldendal Akademisk.

Væssel Andersen, H. 2006. *Fastlegenses tiltak for barn og unge med psykiske problemer.* Sintef helse.

Zeuthen, E., Borum, F., Erlingsdottir G. & Sahlin-Anderson, K. (red) 1999. *Når styringsambitioner møder praksis.* København: Handelshøjskolens Forlag.