

[SS005-2]

근로자의 건강과 일차의료 II

주제: 산업보건에 대한 교육 및 훈련

날짜: 6월 1일 (월)

시간: 16:00-17:30

장소: 318A

좌장: Orrapan Untimanon (태국), Peter Buijs (네덜란드)

책임자: Frank van Dijk (네덜란드)

국가 근로 정책에서 브라질인의 건강과 안전을 위한 일차의료의 도전과 기회

Elizabeth Costa Dias, Thais Lacerda e Silva, Jorge Huet Machado, Jandira Maciel
Silva

예방사회의학, 미나스제라이스연방대학교, 벨루오리존치, 미나스제라이스 주, 브라질

브라질은 급속한 경제, 사회, 환경적 변화를 겪고 있고, 광범위한 지역적, 사회적 불평등이 있는 대륙적인 차원의 복잡한 국가이다. 따라서 1억 100만 명의 근로자에게 산업보건 관리를 개선해야 하는 엄청난 도전이 있다. 이 중 절반은 비공식 부문에서 일하고 사회적인 보호가 미흡하거나 전혀 없다. 이러한 상황에서 통합보건체제(Unified Health System, SUS) 창설이 눈에 띈다. SUS의 출현은 비록 이 제도가 점점 더 민영화되어 가고 아직 해야 할 일이 많기는 하지만, 상당한 브라질 인구에게 건강관리에 대한 접근을 증가시켰다. 지난 25년 동안 일차의료에 대한 투자, 광범위한 사회적 참여, 그리고 의료권에 대한 대중의 의식 향상을 비롯하여 많은 진보가 있었다. 근로자의 안전과 보건을 위한 국가정책(PNSST)에 의해 확립된 근로자의 의료에 대한 포괄적 접근방식에 대한 SUS의 기여는 의료 네트워크의 현재 조직 모델뿐 아니라 일차의료(PHC)가 하는 중심적인 조정 역할을 고려해야 한다. 문헌 검색과 문서에 대한 신중한 분석을 사용해, 본 연구에서는 PHC 팀이 근로자의 건강에 대해 가지는 잠재성을 찾으면서 PHC 팀에 의해 구현되고 구현될 수 있는 행동들을 연구했다. 이 연구는 근로자들의 역학적 특성의 규명, 가장 빈번하고 심각한 문제를 다루는 개입의 우선순위 설정, 업무 관련 상해나 질병으로 인해 피해를 입은 근로자들에 대한 의료의 제공, 교육 및 건강 증진 활동, 근로자들의 건강 감시 활동 등과 같은 생산적 활동을 보여 준다. 본 연구에서는 PHC의 주요 잠재성과 한계를 다룬다. 그리고 영속교육과 SUS 내 근로자들의 건강종합센터(CEREST)의 적절한

기술적 지원에 대해 약간의 권고를 덧붙인다. 현재의 난관을 극복하기 위해, 자금 조달을 구조화하고 공공 부문과 민간 부문의 역할을 재정의하는 강화된 정치적 지원이 필요하다. 브라질은 현재 1988년 헌법에 명문화되어 있는 것처럼 보편적이고 평등하며 지속 가능한 의료라는 궁극적인 목표를 향해 더 가까이 다가갈 기회를 가지고 있다.

인도네시아에서 근로자의 건강을 위한 일차의료 활동의 현황 및 향후 계획

Hanifa Denny

산업안전보건학과, 공중보건학부, 디포네고로대학교, 세마랑, 인도네시아

소개: 인도네시아의 인구는 2억 3,764만 1,326명으로 인도네시아는 세계에서 4위로 인구가 많은 국가이다. 2014년 인도네시아 통계에 따르면 현재의 노동인구는 1억 2,532만 명이며, 그 중 약 1억 1,817만 명이 고용되어 있다.

목적: 본고는 인도네시아에서 근로자의 일차의료의 현황 및 향후 계획, 활동을 제시하고자 한다.

방법: 본고는 2차 자료 검토, 여러 논문 검토, 그리고 산업보건 분야 국제 컨설턴트인 저자들의 풍부한 경험을 통한 추가적인 의견을 활용했다.

결과: 실제로, 보건부가 정책과 규정, 그리고 “산업보건 노력의 선도 도시”라는 제목의 전국적인 파일럿 프로젝트를 개발했다. 그리고 지역사회 보건 근로자와 시의 보건 공무원, 그리고 주의 보건 공무원을 포함하는 산업보건체육국에 의한 산업보건 훈련을 확대했다. 앞서 말한 것을 촉진시키기 위한 모든 활동이 산업보건체육국의 비전과 지도 아래 일차의료 시스템을 통해 제공된다. 예를 들어, PHC는 산업안전보건 담당자와 태스크포스를 지정하고, 그들의 분야에 산업보건직(POS UKK)을 개발하고, OH 서비스에 대한 참여를 개선시킨다. 또 OH 프로그램을 제공하는 훈련된 PHC 공무원의 비율을 개선시켰다.

토의/결론: 근로자의 건강 프로그램의 효과는 산업보건직과 같은 풀뿌리 차원의 지역사회의 참여와 중앙정부의 훈련 제공 및 재정 지원을 통해 얻어졌다. 현재, 근로자의 건강 프로그램은 일차 의료 시스템 내에 의무 서비스가 아니다. 이러한 현실은 근로자의 건강 서비스를 제공하는 것, 특히 예방 및 홍보용 프로그램에서 그렇게 하는 것을 인도네시아의

일차의료 시스템의 약점으로 만든다. 자금 지원이 여러 원천, 즉 공공-민간 참여 및 중앙 정부로부터 가능하다. 따라서 이러한 긍정적인 측면을 더 나은 성과를 달성할 수 있고 미래에 의미 있는 영향을 줄 수 있는 기회로 간주해야 한다. 그러나 지방정부가 근로자의 건강 서비스의 중요성을 이해하는 데 한계가 있을 때, 심각한 부족함이 있고 교육이 없으면 이러한 부족함이 만연할 수 있다. 근로자의 건강을 지속시키기 위한 일부 진취적인 프로그램은 근로자의 건강 프로그램의 장기적인 비용 효과에 대한 더 실제적인 증거를 수집하기 위해 중개연구에 중점을 두어야 한다. 특히 성공적인 프로그램 구현의 결과로 경제적 및 보건적 가치가 측정 가능하고 인정될 때 그러하다.

농촌 근로자들의 보편적 의료보장을 향해 : 21세기의 도전

Claudio Colosio, Jose Lopez Abuin (유럽 농촌 및 고립된 의사들 협회, EURIPA).

John Wynn Johnes (WONCA 농촌의료실무팀)

밀라노대학 보건학과, 상파울루대학병원 국제농촌보건센터, 밀라노, 이탈리아

세계 인구의 거의 절반이 땅을 이용해 농산물과 사료를 생산하면서 농촌 지역에서 살고 일한다. 따라서 농업은 수백만 명의 근로자들의 건강과 그들의 생활환경의 질과 직접적으로 연결되어 있다. 농업은 또한 매우 위험한 활동이다(ILO는 사고로 인한 사망 건수가 연간 약 17만 건이고, 비치명적인 재해는 1억 3000만 건이라고 추정한다). 상당한 과소보고율에도 불구하고 질병의 부담이 높다. 가장 일반적인 업무상 질병은 소음성 난청과 근골격계 장애이고, 이어 호흡기, 피부, 알레르기 질환이다. 또한, 피부암, 입술암, 전립선암의 발생률이 높고 새로운 위협이다. 특히 새로운 인수공통 감염병이 출현하고 있다. 명확하고 중대한 위험에도 불구하고, 농업 근로자들은 사업장에서 적절한 산업보건 감시를 제공받지 못하고 있다. 통계 추정치는 산업보건 감시를 받는 범위가 기껏해야 0%에서 4-5%라는 것을 시사한다. 멀리 떨어져 있음, 고립, 보건 서비스로부터의 거리, 소규모 가족영농의 일반화, 아동 착취, 자영업적 상태, 계절적 이주 및 비공식적 근로 관행 등과 같은 여러 이유가 이러한 격차를 설명한다. 농촌 인구의 기본적인 보건 서비스에 대한 접근이 크게 제한되어 있기 때문에 확실한 우선순위는 농촌에 효율적이고 효과적이고 접근 가능한 의료와 사회보장을 제공하는 것이다. 의료 제공 모델은 다를 수 있지만 지역적 상황과 요구, 그리고 기회를 바탕으로 해야 한다. 예로, 이란과 태국 같은 국가들에서 유익하게 채택된 기초(농촌)산업보건서비스(BOHS) 창설을 위한 산업보건과 일차의료 서비스 간의 협력이 있다. 지역에서 접근할 수 있어야 하며, 생물학적 검체 수집을 위한 심전도,

청력 및 호흡기능 검사 장비와 키트 같은 최소한의 장비와 도구로 필요에 따라 환자에게 접근할 수 있어야 한다. 사업주와 직원의 전적인 지지와 함께 의료인의 교육 및 훈련이 이러한 활동의 전제조건이다. 새로운 ICT 기술(스마트폰/인터넷)의 구현이 의료의 보장 범위와 질을 높일 수 있다.

핵심어: 농업, 산업보건 보장 범위, 일차의료.

통합교육의 구축 - 산업보건 전담 일반의에 대한 연구 모델

Raymond M Agius, L Hussey, J Dodman, C Rayner, A Hirst, H Davies, N Zarin
산업환경건강센터, 맨체스터대학, 맨체스터, 영국

일반의(GP), 즉 일차 의료에서 일반의의 교육과 산업의학(OM)에 대한 그들의 연구 참여면 모두에서 부족함이 있는 것이 인정된다. 본 연구 교육 프로그램의 목적은 전문성지속개발(CPD)뿐만 아니라 OH의 연구에 참여하는 일반의의 증가하는 커뮤니티를 구축하는 것이다. 지난 20년 동안 우리는 혼합형 학습을 통해 (비전문기술자) 자격증을 받을 수 있는 OM의 CPD 대학원(PG) 과정을 개발하고 제공해 오고 있다. 2004년에 이러한 대학원생/자격증취득자들로부터 추출한 일반의 샘플에서 우리는 일반의의 보건 및 직업연구 네트워크(THOR-GP)를 발족했다. 이 네트워크는 업무 관련 불건강(WRI)과 관련 병가에 대해 재해 데이터를 수집한다. 이러한 일반의들에게 보답하고, 더 교육시키고 향후 연구를 위한 플랫폼을 제공하기 위해, 우리는 2011년에 전자 경험학습과 감사, 벤치마킹(EELAB) 웹사이트를 시작했다. 이러한 전자 자원(THOR-GP은 무료)은 자신의 사례를 사용해 OM을 배우게 하고 외부 기준 및 동료들과 비교해 일반의 관리 계획을 감사하는 것을 지원한다. EELAB은 일반의들이 보는 WRI 증례의 약 80%를 다루는 로그인하는 질 환별 온라인 학습(www.coeh.man.ac.uk/eelab)을 제공한다. 본 연구에서는 연간 70-100명의 일반의에게 자격증을 주기 위해 일반의를 모집하고 CPD를 제공한다. 약 250명의 일반의가 THOR-GP에 참여하고, 향후 연구를 위한 >6000건의 증례를 산출했다(Hussey L et al. British Journal of General Practice (2008) 58: 637-640). 질문지에 의한 EELAB 피드백 또는 초점 그룹의 피드백은 일반적으로 매우 도움이 되었다. 외부 평가를 통해 EELAB은 2012년에 왕립일반의협회(Royal College of General Practitioners)의 인가를 받았다. 결론적으로, 이 일반의의 교육-연구-교육 모델은 OM에 대한 훈련으로, CPD를 지속적으로 증대시키고 OM에 대한 교육적, 역학적 연구에 기여하는 일반의 커뮤니티

니티를 구축하는 것이다.

Workers' Health and Primary Health Care II

Topic: Education and Training in Occupational Health Date : June 1 (Mon.)

Time : 16:00-17:30

Location : 318A

Chair : Orrapan Untimanon (Thailand) , Peter Buijs (Netherlands)

Responsible Person : Frank van Dijk (Netherlands)

Challenges and Opportunities of Primary Health Care for the Brazilian Health and Safety at Work National Policy

Elizabeth Costa Dias, Thais Lacerda e Silva, Jorge Huet Machado, Jandira Maciel Silva
Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE
Minas Gerais, Brazil

Brazil is a complex country of continental dimensions with widespread regional and social inequalities, undergoing rapid economic, social, and environmental change. So, there is a huge challenge to improve occupational health care to 101 million workers, half of them working in the informal sector and having poor or no social protection. In this context, stick out the creation of the Unified Health System (SUS). The advent of the SUS increased access to health care for a substantial proportion of the Brazilian population, despite becoming increasingly privatized and much is still to be done. Over the past 25 years, there have been other advances, including investments in primary care, widespread social participation, and growing public awareness of a right to health care. The contributions of the SUS for a comprehensive approach of workers' health care, as established by the National Policy for Workers' Safety and Health (PNSST), must take into account the current organizational model of the Health Care Network, as well as the central coordinative role played by the Primary Health Care (PHC). Using bibliographic search and careful analysis of documents, we studied actions that are or could be implemented by the PHC teams, looking for their potentialities for

Workers' Health. The studies show productive activities such as the characterization of workers' epidemiological profiles; prioritization of interventions addressing the most frequent and severe problems; provision of health care to workers harmed by work-related injuries or diseases; educational and health promotion activities; workers' health surveillance actions. We address principal potentialities and limitations of the PHC, adding some recommendations on permanent education and appropriate technical support by the Reference Centers of Workers' Health (CEREST) within SUS. To overcome the present challenges strengthened political support is needed structuring financing and redefining the roles of the public and private sector. Brazil now has the opportunity to move closer towards its ultimate goal of universal, equitable, and sustainable health care as enshrined in the 1988 Constitution.

Current Situation and Future Plans in Primary Health Care Activities for Workers Health in Indonesia

Hanifa Denny

Department of Occupational Safety and Health, Faculty of Public Health, Diponegoro University, Semarang, Indonesia

Introduction: Indonesia's population accounts for 237,641,326 people and is the fourth most populous country in the world. Indonesian statistics from 2014 reported that the current workforce consists of 125,320,000 people, of which an estimated 118,170,000 are actively employed.

Objectives: This paper aims to present the current situation, future plans and activities for worker's primary health care in Indonesia.

Methods: This paper utilized secondary data review; multiple article reviews and some additional input through the author's extensive experience as an international consultant in Occupational Health.

Results: In effect Ministry of Health developed policies, regulations and a nationwide pilot project named "Leading City on Occupational Health Effort", as well as the expansion of Occupational Health Training by the Directorate of Occupational Health and Sports covering

community health workers, city health officers and provincial health officers. All efforts to promote the aforementioned are delivered through the primary health care system under the vision and guidance of the Directorate of Occupational Health and Sports, e.g. the PHCs had assigned person in charge and task force of occupational health and safety, PHCs had developed an Occupational Health Post (POS UKK) in their area, PHC improved their engagements on OH services, and improved the proportion of trained PHC officers who deliver the OH program.

Discussion/Conclusions: The workers' health program strength was sourced through the community participation at the grassroots level, such as local Occupational Health Posts and through the central government with its training provisions and financial support. Currently, the workers' health program is not a mandated service within the primary care system. This reality makes it a weakness of Indonesia's primary health care system to deliver Workers' Health Services, especially in preventive and promotional programs. The funding is available from multiple sources, i.e. public – private engagement as well as the central government thus, this positive aspect should be considered as an opportunity to achieve better performance and a meaningful impact in the future. However, when local governments have a limitation on their understanding of the importance of Workers' Health Services, then serious deficiencies exist and these potentially prevail without education. Some initiated programs to sustain the workers' health should emphasize on the translational research in order to gather more practical evidence on long-term cost benefits of workers' health programs, especially when economic and health values as a result of successful program implementation are measurable and appreciated.

Toward Universal Health Coverage for Rural Workers: the Challenge of the Third Millennium

Claudio Colosio, Jose Lopez Abuin (European Rural and Isolated Practitioners Association, EURIPA). John Wynn Johnes (Wonca Working Party Rural Practice)
Department of Health Sciences of the University of Milan, International Centre for Rural
Health of the University Hospital San Paolo, Milano, Italy

Almost half of the world's population live and work in rural areas, producing foods and feed

through land use. Agriculture is therefore directly linked with the health of millions of working people and the quality of their living environment. It is also a very dangerous activity (ILO estimates a yearly number of deaths by accidents of about 170,000, and 130 million non-fatal accidents). The burden of disease is high, despite a significant underreporting rate. The most common occupational diseases are noise-induced hearing loss and musculoskeletal disorders, followed by respiratory, skin and allergic diseases. In addition, the incidence of skin, lip, and prostate cancers is high and new risks, in particular new zoonotic diseases are emerging. Despite obvious and significant risks, agricultural workers are not provided with adequate occupational health surveillance at the workplace. Statistical estimates suggest that the coverage ranges from 0% to 4-5% at best. Several reasons can explain this gap which include remoteness, isolation, distance from health services, prevalence of small sized family based enterprises, child exploitation, self-employed status and seasonal migrational & informal work practices. Since access to basic health services for rural populations is significantly limited, outstanding priority is to provide these communities with efficient, effective and accessible health care and social security coverage. Health care provision models can vary but they must be based on the local context, needs & opportunities. Examples include collaboration between Occupational Health and Primary Health Care services to the creation of Basic (rural) Occupational Health Services (BOHS), fruitfully adopted in countries such as Iran and Thailand. Access must be local and based on need with a minimum set of instruments and tools available such as electrocardiography, hearing and respiratory function testing equipment and kits for biological specimens collection. Education and training of health care personnel, with the full support of employers and employees, is the prerequisite for these activities. The Implementation of new ICT technologies (smart phones/ internet) may increase coverage and quality of care. Key words: agriculture; occupational health coverage; primary health care.

Building an Integrated Education - Research Model for General Practitioners committed to Occupational Health

Raymond M Agius, L Hussey, J Dodman, C Rayner, A Hirst, H Davies, N Zarin
Centre for Occupational and Environmental Health, The University of Manchester, Manchester,
United Kingdom

It is recognised that in General Practitioners (GPs), i.e. in primary medical care, there are

shortages both in education of GPs and in their research participation in occupational medicine (OM). An aim of our research and teaching programmes is to build a growing community of GPs engaged in their Continuing Professional Development (CPD) as well as in research in OH. Over 20 years we have developed and been offering through blended learning a CPD postgraduate (PG) course in OM leading to a (non-specialist) Diploma. In 2004, in a sample of GPs, drawn from such PG students / Diplomates, we launched The Health and Occupation Research Network in General Practice (THOR-GP). This network collects incident data on work-related ill health (WRI) and associated sickness absence. In order to reward, further educate and retain these GPs as well as to provide a platform for further research we launched Electronic Experiential Learning, Audit and Benchmarking EELAB in 2011. This electronic resource (free for THOR-GP) assists GPs to learn OM using their own cases and to audit GPs' management plan in comparison with external standards and their peers. EELAB offers logged disease-specific online learning covering about 80% of cases of WRI seen by the GPs: www.coeh.man.ac.uk/eelab We recruit and provide the CPD for the Diploma to between 70-100 GPs per year. About 250 GPs participate in THOR-GP and have yielded >6000 cases for further research. (Hussey L et al. British Journal of General Practice (2008) 58: 637-640) EELAB feedback by questionnaire or in focus groups was generally very favourable. External evaluation resulted in its accreditation by the Royal College of General Practitioners from 2012. In conclusion, this model of education-research-education for GPs is building a community of GPs with training in OM who continually both augment their CPD and contribute to pedagogic and epidemiologic research in OM.