RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

TEMA

Forskning og undervisning i arbeidsmedisin

ÅRGANG 27 - 2019 / NR.3

I dette nummeret:

«Forskning og undervisning i arbeids- og miljømedisin»

Ole Jacob T. Møllerløkken, vikarierende redaktør

Kjære alle sammen. Først og fremst gratulerer til Anniken som nyter barseltid og permisjon! Vi i redaksjonen håper vi klarer å holde skuta flytende til du er tilbake.

Sommeren er overstått og vi håper dette nummeret kan gi inspirasjon til høsten. Temaet er forskning og undervisning i arbeids- og miljømedisin og motivasjonen er å vise litt av hva som skjer rundt i vårt fagmiljø, og ikke minst bygge opp under stoltheten av faget vårt. Vi er et fagfelt der det for tiden gror godt med forskning, bare siste året har det vært flere disputaser innenfor vårt fagfelt i Norge og det er spennende lesing for de som liker å følge med på doktorgrader. I tillegg har vi nylig fått publisert emneknaggen Arbeidsmedisin på Helsebiblioteket.no. Takk til Tor Erik Danielsen som har jobbet mye for dette. Knaggen linker videre til viktige sider innenfor vårt fagfelt.

Mitt inntrykk er at fagfeltet vårt blir mer og mer faglig orientert, og det er godt støttet oppunder av de anbefalinger som ble gitt i fjor i både ekspertrapporten og i flere høringsinnspill til denne.

Likevel er det viktig som Ørn Terje skriver at vi har til gode å få vite hva alle de gode betraktninger og innspill fører til hos departement og regjering, og det er kanskje viktigere enn før at vi ikke stilner av, men er tydelige i våre stemmer og i det vi gjør. Et punkt vi kan være mer bråkete på er jo yrkessykdomslista, som ikke har vært revidert siden 1957! Det er på høy tid at det blir gjort et arbeid med denne og veldig kjekt at styret vårt engasjerer seg i det! Fra miljøet i Bergen er det denne gang tre artikler; den første artikkelen er signert undertegnede og omtaler hvordan undervisningen av vårt fag er i grunnstudiene i Norge. Deretter har Helsedirektoratet skrevet en informativ artikkel om vår nye LiS-utdanning, før vi går over i forskningsverdenen og har artikler som omhandler utfordringer rundt substitusjon og håndtering av dette i forhold til eksponering, samt hvordan hudutredning gjøres ved Yrkesmedisinsk avdeling i Helse Vest RHF. Til slutt har vi også viktige betraktninger fra Ebba Wergeland i hennes kommentar om manganpneumoni.

Avslutningsvis kommer viktige betraktninger fra Ørn Terje og et kort referat fra vårkonferansen i Kirkenes, før styrets spalte avslutter nummeret.

God lesing

Kommende nummer av Ramazzini:

Nr 3 2019 «Klimaendringer og helse»

Nr 4 2019 «Arbeidstid»

Husk ta kontakt med redaksjonen om du har mulige bidrag.

RAMAZZINI
Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

ÅRGANG 27 - 2019 / NR. 2

Utgitt av Norsk arbeidsmedisinsk forening

Legenes Hus, Akersgaten 2

Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Tlf. 23 10 90 00 / Faks 23 10 91 00

Innhold

Vikarierende redaktør i dette nummeret. *Av Ole Jacob T. Møllerløkken.* 2

Utdanning i arbeidsmedisin. *Av Ole Jacob T. Møllerløkken.* 4

LiS-utdanning i arbeidsmedisin. *Av Line Vraalsen Hauger.* 8

Substitusjon og konserveringsmidler. *Av Kaja Irgens-Hansen, Bjørg Eli Hollund og Hilde Kristin Vindenes.* 12

Hudutredning. *Av Kaja Irgens-Hansen, Bjørg Eli Hollund og Hilde Kristin Vindenes.* 15

Manganpneumoni - kommentar. *Av Ebba Wergeland.* 16

Ørneblikk. *Av Ørn Terje Foss.* 17

Vårkonferansen. *Av Inger Marie Daffinrud.* 20

Styrets spalte. 21

Redaksjonskomiteen

Anniken Sandvik (redaktør)
Seksjon for Miljø- og
Arbeidsmedisin, OUS
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo
Tel: 22 11 79 35
E-post: anniks@ous-hf.no

Petter Kristensen
Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep
0033 Oslo
Tel: 23 19 51 00
E-post: petter.kristensen@stami.no

Ole Jacob Møllerløkken
Arbeids- og miljømedisin, UIB
Postboks 7800
5020 Bergen
Tel: 55 58 60 01
E-post: ole.mollerlokken@uib.no

Kristin Planting Mølmann
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Bedriftshelsetjenesten
Postboks 100, 9038 Tromsø
Tlf: 77627720
E-post: Kristin.Planting.Molmann@unn.no

Foreningsadresse
Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Foreningssekretariat
Espen Slettmyr
E-post: espen.slettmyr@
legeforeningen.no Tlf: 23109000

Inger Marie Daffinrud
E-post: inger.marie.daffinrud@
legeforeningen.no Tlf 23109000

Tlf. 23 10 90 00 / Faks 23 10 91 00

Forsidebilde:
Medisinerstudenter på undervisning i Bergen
(foto: Møllerløkken)

Utdanningsløpet i arbeids- og miljømedisin går mot nye høyder

Ole Jacob T. Møllerløkken, førsteamanuensis UiB

Undervisningsmengden i arbeids- og miljømedisin ved de ulike medisinutdanningene i Norge er ikke enkelt å få oversikt over, men det har skjedd et formidabelt arbeid de seneste fem årene som denne artikkelen stolt vil vise frem. Faktisk har mengden arbeids- og miljømedisinsk undervisning ved de fire lærestedene i Norge samlet økt med 46 % mellom årene 2014 – 2019.

Grunnutdanningen i medisin i Norge har i mange år hatt til dels ulike innslag av arbeids- og miljømedisin ved de ulike universitetene i Norge, sterkest representert ved NTNU i Trondheim og ved Universitetet i Bergen. Grunnen til dette har vært at det ved disse to universitetene også har vært stillinger øremerket for arbeidsmedisin og yrkeshygiene. Stillinger ved universitet innebærer undervisningsplikt og påvirkningskraft inn i de organer som styrer og steller programmene på medisinstudiet og slik har fagene fått sitt innpass på de ulike studieprogrammene. Uten en slik tilknytning er veien inn til studieplanen som regel langt lengre og å sikre universitetsansatte arbeidsmedisinere og yrkeshygienikere er svært viktig for faget vårt! I denne artikkelen beskrives status for undervisningen i Norge, hvordan fremtiden ser ut og hvordan vi som fagpersoner må jobbe for utdanning i våre fag uavhengig om vi er ansatt på universitetene eller ikke. For et fag som ikke frontes av de som utøver faget er et dødt fag.

RETHOS (Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene).

RETHOS er et program som har pågått i mange år i andre fagområder for å sikre at de ulike utdanningsstedene gir studentene et minste felles multiplum. Det skal ikke være forskjell i kunnskap om du er utdannet til lærer i Bergen eller i Tromsø, f.eks. En lærer er en lærer. Det samme gjelder helsepersonell og turen er nå kommet til disse fagområdene. RETHOS er et arbeid som vil beskrive et minstepensum som alle medisinstudium i Norge må sørge for at studentene innehar. Det skal altså i grunnpensum ikke være forskjell på om du har studert i Tromsø, Trondheim, Bergen eller Oslo. Dette er viktig fordi det som beskrives i RETHOS blir førende for programmene i medisin og i neste omgang hvilke fag som skal undervises. Nå er det ikke slik at RETHOS på detalj styrer akkurat hvilke fag som undervises, men de store linjene vil være beskrevet der og man kan således argumentere for ulike fagbiter på studieplanene ut fra dette. Det har i så anledning vært gledelig at de ulike miljøene ved både sykehusavdelinger og universitet og andre har vært aktive og spilt inn høringsforslag i den prosessen som har pågått hittil for å sikre at også vårt fag blir representert i dette dokumentet.

Nasjonale læringsutbyttebeskrivelser for arbeids- og miljømedisin og for samfunnsmedisin.

I vårt fagmiljø har vi arbeidet med dette allerede i fem år, vårt fagmiljø være altså de som er interessert i, og som underviser i våre fag ved de fire studiestedene for medisin i Norge. Vi har møttes årlig for først å få oversikt over undervisningen ved de ulike universitetene, deretter for å enes om noen nasjonale læringsutbytter og sist for å begynne utviklingen av et felles digitalt læringsverktøy i arbeids- og miljømedisin. Denne prosessen er også gjort i samfunnsmedisin hvor

tilsvarende fagpersoner har både definert nasjonale læringsmål i samfunnsmedisin, og nå er på god vei til å skrive en ny lærebok i samfunnsmedisin, med M. Nylenna som forfatter. Alt dette er spennende arbeid på tvers av universiteter og viser en vilje til samarbeid og felles utnyttelse av ressurser som ikke har vært like godt utnyttet tidligere.

Ved kartleggingen av undervisningen i Norge ble det raskt klart for vårt fagmiljø at Trondheim og Bergen var i en særstilling. Her har det over lang tid vært arbeidet grundig og metodisk for å utvikle god undervisning som har etablert seg på studiene, og ved starten på vårt arbeid (i 2014) var undervisningen i Trondheim omtrent tilsvarende 96 timer arbeid i arbeids- og miljømedisin (red.anm. 1 studiepoeng i universitetssammenheng tilsvarer 25 – 30 timers arbeid for studententen. Dette inkluderer både egen tid til lesing, forelesninger, oppgaver osv osv). I tillegg var fagpersonene involvert i flere andre fag, særlig innenfor samfunnsmedisin. I Bergen fulgte man tett bak med en omtrentlig samlet undervisning på 45 timer i arbeidsmedisin, men man hadde lite miljømedisin på dette tidspunktet. I Oslo hadde man på dette tidspunktet kun de trygdemedisinske aspektene og dette tilsvarte en arbeidsmengde for studentene på omtrent 10 timer. I Tromsø var man i ferd med å utvikle en undervisningsrekke med omtrent 20 – 30 timer. Denne store forskjellen i undervisning ble dokumentert og de ulike lærestedene har brukt dette inn mot sine fakultet for å påvirke studieplanene som har vært under revisjon både ved universitetene i Tromsø, Oslo, Bergen og Trondheim de senere årene. Det har vært varierende hell i forhold til dette, da endringer på studieplan ikke er enkelt. Men særlig i Bergen og for en del i Tromsø har fagmiljøene fått gehør for å øke undervisningsmengden sin når det gjelder å matche grunnlaget som ligger i Trondheim da det begge disse steder pågikk revisjon av studieplaner på dette tidspunkt. I Tromsø var de svært aktive fra sykehusavdelingen i arbeids- og miljømedisin og har sørget for å betydelig oppgradere mengden undervisning som gis i fagene i den nyreviderte studieplanen som er vedtatt av UiT (før denne var det kun 9 timer totalt i arbeids- og miljømedisin). Det har vært masse arbeid og utrolig godt gjort når man vet at de har svært liten stillingsandel på universitetet og derfor har i hovedsak gjort dette som sykehusansatte. I Bergen har også studieplanen blitt revidert og man har samlokalisert universitetsmiljøet og sykehusavdelingen som har gitt betydelig løft til fagmiljøet. Man har fått på plass egen undervisning i miljømedisin der sykehusavdelingen og særlig RAAO er sterkt representert. Dette har vært viktig da man i Bergen ikke tidligere har hatt noen undervisning i dette. I tillegg har det vært et stort arbeid fra sykehusavdelingen med å lage elektive kurs i utvalgte emner som tilbydes til medisinstudentene årlig. I Oslo har de fortsatt utfordringen med at de ikke har så godt innpass på universitetet og det har dessverre vist seg vanskelig å påvirke, men det arbeides iherdig med dette og man har klart å få noe mer innpass på enkelte læringsaktivteter på studiet.

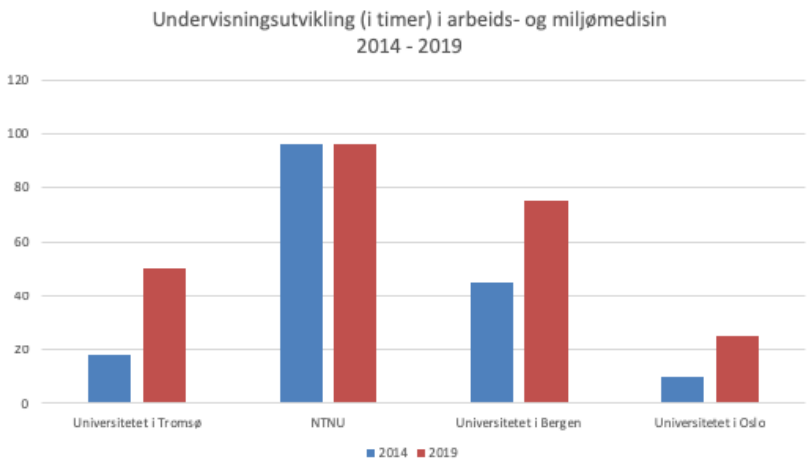
Dagens situasjon

I skrivende stund i 2019 kan følgende undervisningsmengde rapporteres ved de ulike universitetene i Norge.

I Trondheim har de fortsatt sine 96 timer, faget ivaretas i stor grad av arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital som har enkelte bistillinger knyttet til NTNU. Det utøves både forelesninger, praktiske kurs og bedriftsbesøk med studentene.

I Tromsø har de arbeidet hardt i mange år for å løfte faget, her også er det den arbeids- og miljømedisinske avdelingen til UNN som i hovedsak har undervisningen gjennom sin syvdelte 90 % stilling (midlertidig tildelt ut 2021). Denne ressurs var beregnet ut fra undervisningen til og med 2018, med 15 timer på 2. – 4. året og 28 timer på 6. året, avholdt på hvert av de tre lærestedene. I ettertid har undervisningen på 6. året blitt kuttet ned, i 2019 er den 17 timer. Det pågår arbeid for å øke undervisningen til ca. 50 timer totalt, der undervisningen der under-

visningen innehar både forelesninger og aktive læringsformer som case-basert undervisning.
I Oslo har de i lengre tid jobbet for å få på plass noe mer stilling ved UiO i tillegg til den 20 % professor II stillingen som per i dag er knyttet til Flymedisinsk institutt. Det vites at det i disse dager er utlyst en 20 % bistilling med tilknytning til STAMI og at det jobbes for å få til en 20 % bistilling til. På undervisningssiden er det gjort en god del arbeid med å forbedre undervisningen. De har per i dag fem timer forelesning og gruppearbeid/seminar, samt to timer klinisk undervisning i samarbeid med avdelingen på OUS og en times seminar om arbeidsmedisinske lungesykdommer sammen med lungeavdelingen på OUS. I tillegg undervises miljømedisin separat i epidemiologi undervisning og som case-undervisning med totalt 7 timer.



I Bergen har det vært en større utvikling der man har fått på plass en totalmengde undervisning for alle studentene på 75 timer i arbeids- og miljømedisin. Miljømedisin undervises på 4. semester, mens hovedvekten av arbeidsmedisin er på 10. semester, selv om mange aspekter også tas inn i undervisningen til ØNH, øye, hud, lungemedisin og ulike andre indremedisinske og kirurgiske fag. Undervisningen består i forelesninger, hospitering i avdelingen, øving i å skrive meldeskjema, demonstrasjon av verneutstyr og måleutstyr, vurdering av arbeidsplasser og team-baserte diskusjonstimer. I tillegg har UiB begynt med elektive kurs der vårt fagmiljø, som består av forskningsgruppe for arbeids- og miljømedisin på UiB og Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Vest RHF har utviklet fire elektive kurs, hvert på 3 studiepoeng. Dette er kurs som er frivillige å ta, men der vi har 110 studenter totalt hvert år, kursene er i «Maritim medisin», «Høyde og dykkemedisin», «Allergologi» og «Arbeidsmedisin i utviklingsland».

Som utviklingen tilsier foregår det en god del undervisning i våre fag, til sammenligning så er et fag som psykiatri like stort med 3 studiepoeng på studieplanen i Bergen, og jeg synes vi som fagpersoner skal være stolte av at vi har fått faget såpass høyt på de medisinske utdanningsplanene. Tar vi med samfunnsmedisinundervisningen i tillegg vil vi se at totalen på studiestedene ofte er i størrelsesorden 13-14 studiepoeng og er altså tilsvarende de andre store fagbolkene slik som allmennmedisin blant annet.

Hva bringer så fremtiden?

De ulike miljøene i Norge arbeider hardt på sine områder for å gjøre undervisningen sin både relevant og viktig på medisinstudiene og vi har et felles mål om å gi alle medisinstudentene i Norge et felles minimum av kunnskap i arbeids- og miljømedisin. Den største utfordringen er ved Universitetet i Oslo hvor man fortsatt må jobbe hardt for å få på plass en stilling som kan gi posisjon til å påvirke studieplanene og undervisningen særlig innenfor samfunnsmedisin. Men uavhengig av stillinger gir RETHOS og arbeidet som er gjort innenfor nasjonale læringsmål i samfunnsmedisin og i arbeids- og miljømedisin

store muligheter for å påvirke undervisningen og peke på de regionale forskjellene som eksisterer. Å utvikle et tettere samarbeid med det samfunnsmedisinske miljøet på UiO er svært viktig for å få dette på plass.

Målet må være at vi ved alle studiestedene kan gi studentene totalt omkring 10-15 studiepoeng i samfunnsmedisin, hvorav 3 studiepoeng bør være arbeids- og miljømedisin. Et annet viktig siktemål for undervisningen er å inkludere avdelingene og ideelt sett også bedriftslegene. Studentene trenger å se den praktiske utøvelsen av faget, enklest er det å gjøre dette i avdelingene, men å få til et samarbeid med bedriftsleger når studentene er utplassert i kommunehelsetjenestene er en viktig målsetting for fremtiden. Tenk om vi kunne tilby alle studentene en hospiteringsdag hos bedriftsleger? Og tenk om alle avdelingene kunne arrangere klinikker for studentene? Det er dette som etterspørres. Vi har gjort det litt i Bergen, og det har gitt masse positive tilbakemeldinger fra både studenter og fra miljøet på sykehusavdelingen. Et annet viktig moment som kommer i økende grad er å utvikle elektive kurs som utfyller hverandre. Et mål for medisinstudiene i Norge er at januar måned skal brukes til elektive kurs og at studentene «i teorien» kan velge kurs uavhengig av studiested. Dermed bør man ikke nødvendigvis lage de samme kursene, men tilby gjensidig utfyllende kurs ved de ulike studiestedene.

Den siste store utviklingen innenfor vår undervisning er et felles prosjekt der de fire lærestedene sammen arbeider for å utvikle en ny digital læringsplattform i arbeids- og miljømedisin, dette med støtte fra stimuleringsmidler gitt av de fire lærestedene. Denne vil erstatte den nåværende e-boken i arbeidsmedisin (arbeidsmedisin.net), det vil bli en digital versjon, med langt flere muligheter og moderne utrykk i forhold til den nåværende e-boken. Vi jobber for at den fortsatt skal være fritt tilgjengelig, men det vil også bli ulike lag slik at for eksempel studenter ved de ulike lærestedene kan diskutere problemstillinger på et området som ikke er fritt tilgjengelig og dermed kan gi en åpnere diskusjon mellom studentene. Dette er et stort arbeid og det er svært gledelig at alle lærestedene er med på dette og sammen jobber for å utvikle denne plattformen. Læringsplattformen skal ikke konkurrere med de arbeidsmedisinske veilederne eller store norske leksikon, men være et supplement til disse flotte kildene som også har gjennomgått revisjon i de senere år.

Jeg håper jeg gjennom denne artikkelen har vist at vårt fag aldri har stått sterkere på medisinutdanningen i Norge, vi er betydningsfulle og vi gir studentene innblikk i en viktig del av medisinen som de har behov for uavhengig av senere yrkesvalg. Vi har på universitetene et godt og tett samarbeid med det samfunnsmedisinske miljøet og jeg håper fortsatt at vi i fremtiden også kan dra nytte av dette samarbeidet og fortsette samarbeidet også inn i spesialitetsutdanningene. Med god undervisning og tydelighet på hvem vi er gjør vi faget vårt viktig i alle deler av medisinen og kan være vil det også øke rekrutteringen mot vårt fag.

Som min kjære veileder Bente E. Moen bruker å si: La nettverket blomstre videre!

Til slutt vil jeg takke fagmiljøet ved Jan Vilis Haanes (UiT), Sindre R. Svedahl (NTNU), Anthony Wagstaff (UiO) for gjennomlesing av artikkelen og viktige innspill.

Ny spesialistutdanning for leger

Line Vraalsen Hauger, Helsedirektoratet

1. mars 2019 startet del 2 og 3 av ny spesialistutdanning for leger. Da hadde de første leger i spesialisering (LIS) gjennomført utdanningens del 1, som er en erstatning for den tidligere turnustjenesten for leger. Del 2 er felles læringsmål for de tidligere grenspesialitetene innen henholdsvis kirurgi og indremedisin, mens del 3 omfatter spesialitetsspesifikke læringsmål for hver enkelt spesialitet. I arbeidsmedisin går LIS direkte fra del 1 til del 3.

Nytt med ny spesialistutdanning

Internasjonalt blir medisinsk utdanning stadig mer styrt mot kompetansemål og vurdering av læringsutbytte. Også i Norge følger vi denne utviklingen. Vi er på vei bort fra den tidligere spesialistgodkjenningen basert på tjenestetid og et forhåndsbestemt antall prosedyrer, hvor lenge man har jobbet på bestemte typer avdelinger eller hvilke kurs man har tatt. Den nye spesialistutdanningsmodellen for leger i Norge bygger på oppnådde læringsmål og legger vekt på hva en ferdig spesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre. Læringsmålene er forskriftsfestet i spesialistforskriften (lovdata.no).
En annen viktig endring med innføringen av ny spesialistutdanning er at arbeidsgiveren har fått et mye tydeligere ansvar for å legge til rette for og følge opp utdanningen av LIS. Det innebærer bl.a. å vurdere og dokumentere at læringsmål er oppnådd, sørge for at det utarbeides en individuell plan for den enkelte LIS samt systematisk veiledning og supervisjon.

Felles kompetansemål (FKM) innføres som læringsmål på tvers av alle spesialiteter. Dette er læringsmål for utøvelse av selve legerollen, og de omhandler temaer innen etikk, kommunikasjon, brukermedvirkning, opplæring av pasienter og pårørende, helsesystemkunnskap, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, kvalitet og pasientsikkerhet, lover, samhandling, ledelse og organisering.

Utdanningsvirksomheter i arbeidsmedisin

Alle virksomheter som skal utdanne LIS må være enten godkjent eller registrert som utdanningsvirksomhet. Innen arbeidsmedisin vil det være både registrerte og godkjente utdanningsvirksomheter. En godkjenning krever mer av virksomheten og egner seg i arbeidsmedisin best for større enheter som for eksempel helseforetak og STAMI. For å få en midlertidig godkjenning fra 1. mars var fristen for å søke 1. mars 2019. Tilsvarende vil søknader om registrering som sendes Helsedirektoratet innen 1. juni 2019 få registreringsdato fra 1. mars 2019. Registreringsordningen gjelder bedriftshelsetjenesten og andre institusjoner med arbeidsmedisinsk virksomhet for eksempel NAV, Arbeidstilsynet og Flymedisinsk institutt. Godkjente og registrerte virksomheter har i utgangspunktet selv ansvar finansiering av utdanningen og eventuell koordinering med andre virksomheter.

Utdanningsvirksomhetene tillagt større ansvar
Spesialistutdanningen av LIS skjer i første rekke i praksisfeltet – i daglig arbeid i spesialisthelsetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Derfor legges et større ansvar for utdanningen til tjenesten.

LIS skal vurderes ut fra kunnskaper og ferdigheter de har tilegnet seg og det er utdanningsvirksomheten som er ansvarlig for å vurdere om læringsmålene er oppnådd. Det er et lederansvar å godkjenne læringsmålene. Godkjenningen skal gjøres i samråd med veileder som følger LIS i utdanningsløpet og med supervisør som

har observert LIS i konkrete arbeidssituasjoner. Oppgaven med godkjenning kan delegeres, men ansvaret vil fortsatt ligge hos lederen. Utdanningsvirksomheten må sørge for at oppnådde læringsmål og gjennomførte læringsaktiviteter som kurs og veiledning registreres i et nytt digitalt verktøy – kompetanseportalen. Det som registreres der blir grunnlaget for senere søknad om spesialistgodkjenning.

Helsedirektoratet vil utgi en veileder om vurdering som gir noen gode råd om organisering og gjennomføring av vurderingsarbeidet, og som vil kunne danne grunnlaget for videre utvikling av vurderingskompetanse og vurderingsmetoder i årene som kommer. Denne veilederen skal være klar innen høsten 2019.

Systematisk veiledning

Spesialistforskriften stiller tydelige krav til utdanningsvirksomhetene om systematisk veiledning og supervisjon. Det skal oppnevnes en individuell veileder for hver LIS som skal følge LIS gjennom utdanningsløpet. Dette er nytt i arbeidsmedisin, som i dag ikke har noen formaliserte krav til individuell veiledning og må anses som en viktig utvikling for denne spesialiteten. Veiledning er planlagte regelmessige møter, skjermet fra det daglige arbeidet, slik at kandidaten kan reflektere over og drøfte spørsmål og erfaringer samt at den faglige progresjonen følges opp. For arbeidsmedisin anbefaler Helsedirektoratet at individuell veiledning i snitt gjennomføres 2,5 timer pr måned. Dette tilsvarer forskriftsfestet krav til veiledning i allmennmedisin. I tillegg til individuell veiledning opprettholdes gruppebasert veiledning med tilsvarende omfang som i det gamle systemet. Legeforeningen har påtatt seg ansvaret for å organisere gruppeveiledningen.

Individuell veileder må selv være spesialist i faget, men må ikke være ansatt ved samme virksomhet som LIS. Arbeidsgiver har ansvar for å skaffe til veie veileder. Det kan være nyttig med samarbeid mellom virksomheter for å skaffe veiledere eller man kan ta kontakt med Legeforeningen om ev. å bruke gruppeveiledere til individuell veiledning. Dersom veilederen ikke har kompetanse i veiledningsmetodikk fra før, finnes det komme på plass kurs i regi av RHF-ene og Legeforeningen som man vil kunne inngå samarbeid med.

Supervisjon

For å få godt læringsutbytte av sitt daglige arbeid, vil LIS trenge supervisjon. Supervisjon i spesialistutdanningen forstås som å bistå, rådgi og vurdere LIS i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten. Målet med supervisjonen er å oppnå læring hos LIS, det er derfor viktig at supervisøren ikke bare gir råd, men utfordrer LIS til å resonnere i situasjonen.

En supervisør kan være en mer erfaren lege eller annen relevant fagperson LIS samarbeider med. Det er ikke satt noen krav til hvordan eller hvor ofte supervisjon skal finne sted eller hvem som kan gi supervisjon. I noen tilfeller vil det være nødvendig at supervisør er til stede, andre ganger kan det kan være tilstrekkelig at supervisør er tilgjengelig per telefon eller digitale medier. Veileder vil sammen med supervisører få en sentral rolle i vurderingen av LIS sin kompetanse. Disse skal fortløpende vurdere LIS sin kompetanse underveis i utdanningsløpet, og ut i fra dette rettlede den som godkjenner læringsmålene for LIS.

Utdanningsplan for spesialiteten

En utdanningsvirksomhet skal videre ha en plan for hvordan utdanningen i en gitt spesialitet skal

gjennomføres i virksomheten, en utdanningsplan. For å bidra til en helhetlig utdanning innen henholdsvis allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin har Helsedirektoratet laget anbefalte utdanningsplaner for disse spesialitetene. Disse planene knytter læringsaktiviteter til hvert av læringsmålene, angir hvordan og av hvem læringsaktiviteten skal dokumenteres og hvor læringsaktiviteten kan oppnås. Direktoratet har utarbeidet planene i samråd med representanter fra de tre spesialitetene.

Utdanningsvirksomheten må i tillegg til en generell utdanningsplan for spesialiteten lage individuell plan for utdanningsløpet til den enkelte LIS samt sørge for at denne følges opp og oppdateres. Denne utformer LIS i samråd med veilederen og den skal vise det spesifikke utdanningsløpet tilrettelagt for den enkelte LIS.

Aktiviteter som skal bidra til å oppnå læringsmålene

Til de aller fleste læringsmål er det knyttet en eller flere læringsaktiviteter. Læringsaktivitetene er rettet direkte mot den kompetansen som er beskrevet i læringsmålene, og er aktiviteter som skal kunne føre til at læringsmålene nås. Helsedirektoratet anbefaler normerende, nasjonale læringsaktiviteter som alle LIS bør gjennomføre og bidrar dermed til at utdanningen blir nasjonalt enhetlig. Regionalt utdanningssenter i Nord (RegUt Nord) har fått nasjonalt ansvar for å arrangere kurs i arbeidsmedisin.

Det er ikke obligatorisk å gjennomføre anbefalte læringsaktiviteter, men det skal være tungtveiende grunner for at en LIS ikke skal gjennomføre læringsaktivitetene som er anbefalt av Helsedirektoratet. Slike grunner kan for eksempel være at LIS allerede har kompetansen, eller at det tilbys andre aktiviteter med minst like godt læringsutbytte. De anbefalte aktivitetene er et antatt minimum, virksomhetene må gjerne utvikle andre læringsaktiviteter i tillegg.

Læringsmål og læringsaktiviteter i utdanningsplanen i arbeidsmedisin krever minimum et år i sykehus og et år i bedriftshelsetjeneste. Helseforetak med arbeidsmedisinske avdelinger og bedriftshelsetjenestene må samarbeide om å få til dette.

Det er to forskjellige utdanningsløp i arbeidsmedisin, et med hoveddelen av utdanningen på sykehus, og et med hoveddelen av utdanningen ved bedriftshelsetjeneste. Helseforetak må legge til rette for gjennomføring av nødvendig tjeneste i bedriftshelsetjenesten for LIS med fast utdanningsstilling i arbeidsmedisin på sykehuset. Helseforetak med arbeidsmedisinsk avdeling har også gjennomstrømmingsstillinger, vanligvis ett- eller to-årsstillinger for bedriftsleger som ønsker å bli spesialister i arbeidsmedisin. Ved Oslo universitetssykehus er det opprettet liste over LIS i arbeidsmedisin (i praksis bedriftsleger) som ønsker gjennomstrømmingsstillinger. Ved de øvrige godkjente utdanningsinstitusjonene i arbeidsmedisin, utlyses ledige stillinger for LIS i arbeidsmedisin som før. En bedriftshelsetjeneste med ansvar for LIS bør sørge for at disse er tilmeldt listen og at LIS er kjent med godkjente utdanningsinstitusjoner med tanke på å gjennomføre nødvendig tjeneste der.

Kompetanseportal

I den nye spesialistutdanningen for leger er det tatt i bruk en kompetanseportal for digital attestering av læringsaktiviteter og godkjenning av læringsmål. Kompetanseportalen skal benyttes til å til å følge opp den enkelte LIS underveis i spesialistløpet og vil være dokumentasjonen i søknaden om spesialistgodkjenning.

Leverandøren av kompetanseportalen, Dossier Solutions, tilbyr en basisløsning til bruk for private og ideelle utdanningsvirksomheter. Funksjonsområdene er tilpasset særskilte behov i nye spesialistutdanningen. Løsningen er nettbasert og forutsetter ingen installasjoner for brukerne. Brev med informasjon om denne løsningen ble sendt til alle private og ideelle utdanningsvirksomheter i april 2019.

Overgangsordninger for LIS i gammel spesialistordning

De som allerede er i gang med spesialistutdanning i arbeidsmedisin 1. mars 2019 og som søker om spesialistgodkjenning innen 1. mars 2025, kan fullføre etter gammel ordning. De kan også konvertere til ny spesialistutdanning. Leger som begynner spesialiseringen etter 1. mars 2019 må følge ny spesialistutdanning.

Ytterligere informasjon og support

Helsedirektoratet står gjerne til disposisjon for råd og veiledning, og vi legger fortløpende ut ny informasjon nettsidene våre. Hjelp til kompetanseportalen er det leverandøren av verktøyet som er ansvarlig for.

Referanser

Informasjon om spesialistutdanningen ligger på Helsedirektoratets hjemmesider: https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning/lege/ny-spesialistutdanning

Lenke til Helsedirektoratets anbefalte utdanningsplaner i arbeidsmedisin inkludert anbefalte læringsaktiviteter og vurderingsformer:

https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/arbeidsmedisin/anbefalt-utdanningsplan

Lenke til rundskriv til spesialistforskriften med utdyping av regelverk:

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22019-spesialistforskriften-med-kommentarer/id2631041/

Lenke til søknad om registrering som utdanningsvirksomhet samt brukerveiledning:

https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/Utdanningsvirksomheter-for-leger-i-spesialisering#godkjenning-og-registrering-av-utdanningsvirksomheter

Hva kan substitusjon føre til?

Kaja Irgens-Hansen, Phd, konstituert overlege i arbeidsmedisin, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus, Bjørg Eli Hollund, Phd, yrkeshygieniker, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus, Hilde Kristin Vindenes, Phd-kandidat, overlege, spesialist i hud og veneriske sykdommer, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Konserveringsmidler

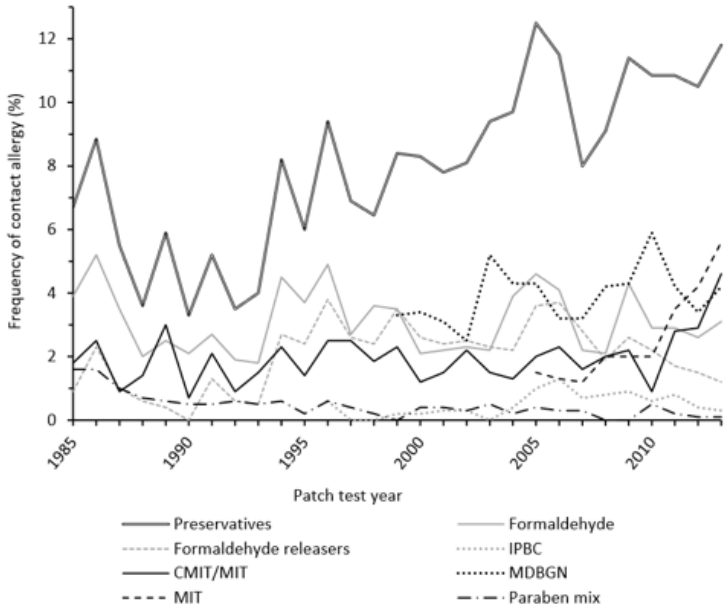
Eksponering for kjemikalier forekommer de fleste steder i arbeidslivet, men omfang og type av eksponering varierer mellom ulike næringer og yrkesgrupper [1]. Mange kjemikalier vil kunne virke irriterende, men kan også forårsake sensibilisering og gi opphav til f.eks. allergisk kontakteksem.

Dersom en vurderer det slik at eksponering for et spesifikt kjemikalie innebærer en uforholdsmessig stor helse- og/eller miljørisiko vil en forsøke å erstatte det med et annet (substitusjon). Et eksempel på substitusjon er overgangen fra oljebaserte til vannbaserte malingssystemer. Denne endringen har ført til at eksponering for løsemidler blant malere har blitt kraftig redusert. Overgangen til vannbaserte systemer har gitt redusert risiko for løsemiddelskader (toksisk encefalopati), men samtidig økt risiko for bl.a. utvikling av allergisk kontakteksem som følge av eksponering for konserveringsmidler som kan være tilsatt malingen.

Konserveringsmidler benyttes i ulike produkter for å hindre oppvekst av sopp, bakterier og alger og er viktige for produktets holdbarhet. Hyppig forekommende konserveringsmiddel er isotiazolinoner, metyldibromoglutaronitril (MDBGN), parabener, formaldehyd/formaldehydfrigjørere og iodopropynyl butylkarbamat (IPBC) [2]. Bruken av konserveringsmidler er økende med stadig nye typer og anvendelsesområder. Konserveringsmidler kan finnes i forbrukerprodukter, bl.a. kosmetikk, såper, rengjøringsmidler, shampoo, deodoranter, hudkremer og våtservietter, men kan også benyttes i yrkessammenheng som tilsetning til maling, lakk, kjølevæsker, tetningsmidler, lim, treverk etc. Bruk av konserveringsmidler er spesielt viktig når emballasjen til produktet er designet for å brukes flere ganger, noe som er vanlig for kosmetiske produkter som jevnlig er i kontakt med luft og hud. Det er ikke uvanlig at pasienter sensibiliseres i forbindelse med anvendelse av forbrukerprodukter og deretter utvikler kontaktallergisk eksem ved senere yrkeseksponering, men det motsatte kan også være tilfelle. Det er av den grunn viktig å foreta en grundig miljøanamnese ved utredning av yrkesrelatert kontakteksem. Ettersom det er en utstrakt bruk av konserveringsmidler både i yrkessammenheng og i miljøet kan det være en utfordring for pasientene å unngå disse.
Det finnes flere ulike grupper konserveringsmidler; vi vil gi en beskrivelse av parabener og isotiazolinoner og ulike utfordringer knyttet til bruk av disse.

Parabener er en gruppe av konserveringsmidler som har vært på markedet i over 70 år. Det finnes ulike typer parabener der metyl-, etyl-, propyl-, og butylparabener er de som er mest benyttet. Parabenene har fått stor oppmerksomhet ettersom forskning har vist at de kan virke som hormonhermere ved å binde seg til cellenes østrogenreseptorer. Det har bl.a. vært stilt spørsmål om det kan være en sammenheng mellom bruk av deodoranter som inneholder parabener

og utvikling av brystkreft [3]. Forekomsten av kontaktallergi som skyldes parabener har imidlertid vært lav og synkende de senere årene og variert mellom 0,5 og 1 % i Europa (Figur 1) [2-5]. Grunnet frykt for at parabener kan gi skadelige helseutfall har de i løpet av få år i stor grad blitt erstattet av andre konserveringsmidler. Det viser seg at flere av konserveringsmidlene som har erstattet parabenene gir større risiko for hudsensibilisering og utvikling av kontakteksem. Et av disse konserveringsmidlene er isotiazolinonene som de senere årene har fått mye fokus i mediene [6, 7].



Figur 1. Forekomst av kontaktallergi som skyldes konserveringsmidler. 151. Occupational skin exposures to chemicals 2018 [4]

Tabell 1. Innhold av isotiazolinoner i ulike produkter

Produkt	Type isotiazolinoner
Maling/lim	BIT, MI, MCI/MI
Skjærevæsker	MCI/MI, MI, BIT, OIT
Tekstiler/lær	MCI/MI, BIT, OIT
Plastikk	BIT, MI, MCI/MI, OIT
Kosmetikk	MCI/MI, MI
Husholdningsprodukter	MCI/MI, MI, OIT, BIT

BIT: Benzisotiazolinon, MI: Metylisotiazolinon,
MCI/MI: Metylkloroisotiazolinon/metylisotiazolinon,
OIT: Octylisotiazolinon

Isotiazolinonene inkluderer bl.a. metylkloroisotiazolinon/metylisotiazolinon (MCI/MI), metylisotiazolinon (MI), benzisotiazolinon (BIT) og octylisotiazolinon (OIT). Isotiazolinoner er heterosykliske komponenter karakterisert med nitrogen og svovelaromatiske ringer (1,2-tiazol-3-on). Bindingen mellom N-S til proteiner er et resultat av antibakteriell aktivitet, men dette er også en av årsakene til sensibiliseringspotensialet. MCI/MI ble introdusert på 1980-tallet, men grunnet økende forekomst av kontaktallergi mot konserveringsmiddelet ble det i 2015 ulovlig som tilsetning til «leave-on» produkter som f.eks. desinfeksjonsmidler og kremer i Europa [8]. MI ble innført som en erstatning for MCI/MI i industriprodukter fra omkring 2000 og i kosmetikk fra omkring 2005 [2]. Tabell 1 viser at isotiazolinoner kan benyttes i produkter som en har kontakt med i arbeidet, men også på fritiden [9]. Som vist i figur 1 har forekomsten av kontaktallergi som skyldes MCI/MI og MI økt kraftig de senere årene og er nå den vanligste årsaken til kontaktallergi forårsaket av konserveringsmidler. Blant pasienter i Europa er forekomsten av kontaktallergi som skyldes MI 4,5 %, mens den for MCI/MI er 4,1 % [2, 10]. MCI/MI og MI er vurdert til å være mer allergifremkallende enn BIT og OIT [9]. I tillegg til å kunne forårsake kontaktallergi har enkelte studier også vist en sammenheng

mellom eksponering for isotiazolinoner og utvikling av luftveisallergi [11, 12].

Konklusjon

Flere konserveringsmidler har fått stor oppmerksomhet i media ettersom forskning har vist at de kan representere risiko for helsen. Som en følge av dette vil forbrukerne unngå produkter som inneholder disse konserveringsmidlene og produsentene vil tvinges til å erstatte dem. Substitusjonsprosessene vil kunne tilføre nye konserveringsmidler som ikke er tilstrekkelig risikovurdert. Konserveringsmidler er nødvendige for å sikre et produkts levetid. Det ideelle konserveringsmiddelet har ingen toksiske, irritative eller allergene egenskaper, er fargeløst, luktfritt, vannløselig og har et bredt antimikrobielt spekter. Det finnes imidlertid ikke et konserveringsmiddel som oppfyller alle disse kravene [2], og en ofte er en dessverre nødt til å velge mellom flere onder. For å kunne finne de beste løsningene for valg av konserveringsmidler til ulike type produkter er det viktig å følge forekomst av kontaktallergi og å sikre at denne informasjonen blir gjort tilgjengelig gjennom forskning.

Ønsker du tilbud på annonsering i Ramazzini?

Kontakt
ole@cox.no

Referanser

1. Statens arbeidsmiljøinstitutt, Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018 Status og utviklingstrekk. 2018. STAMI-rapport, årgang 19, nr. 3.

2. Deza, G. and A.M. Gimenez-Arnau, Allergic contact dermatitis in preservatives: current standing and future options. Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2017. 17(4): p. 263-268.

3. Fransway, A.F., et al., Parabens: Contact (Non)Allergen of the Year. Dermatitis, 2018.

4. Julander, A., Boman, A, Johanon G, Lidèn C, 151. Occupational skin exposure to chemicals. With focus on skin exposure assessment, skin sensitisation and prevention by exposure reduction. 2018.

5. Schwensen, J.F., et al., Failures in risk assessment and risk management for cosmetic preservatives in Europe and the impact on public health. Contact Dermatitis, 2015. 73(3): p. 133-41.

6. Kingsrød, M., Myndighetene advarer: Nytt farlig stoff funnet i norske butikkhyller, in VG. 2015.

7. Ferguson, K., Hudlege: – Får du nytt utslett, oppsøk lege BA, 2015.

8. European commision, Consumers: Commission improves safety of cosmetics 2014. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-1051_en.htm.

9. Herman, A., et al., Isothiazolinone derivatives and allergic contact dermatitis: a review and update. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2019. 33(2): p. 267-276.

10. Gimenez-Arnau, A.M., et al., Contact allergy to preservatives: ESSCA* results with the baseline series, 2009-2012. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2017. 31(4): p. 664-671.

11. Bohn, S., et al., Airborne contact dermatitis from methylchloroisothiazolinone in wall paint. Abolition of symptoms by chemical allergen inactivation. Contact Dermatitis, 2000. 42(4): p. 196-201.

12. Herry, J., Y. Esquirol, and F. Giordano-Labadie, An intriguing occupational atypical dermatitis with respiratory symptoms. Contact Dermatitis, 2016. 75(5): p. 322-323.

Hudutredning ved Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Kaja Irgens-Hansen, Phd, konstituert overlege i arbeidsmedisin,
Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus,
Bjørg Eli Hollund, Phd, yrkeshygieniker, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus,
Hilde Kristin Vindenes, Phd-kandidat, overlege, spesialist i hud og veneriske sykdommer,
Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Årlig blir et sted mellom 150 og 200 pasienter henvist til Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus med spørsmål om yrkesrelatert hudsykdom. De fleste pasientene henvises fra Helse Vest RHF (Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland). Vi mottar også henvisninger fra andre helseforetak i de tilfellene der eksponeringsbildet er spesielt komplekst eller dersom en ikke har kommet til målet gjennom tidligere utredning. Når en pasient henvises til avdelingen vil spesialist i hud og veneriske sykdommer vurdere om pasienten kan settes opp til utredning direkte eller om en er avhengig av ytterligere opplysninger før utredningen kan starte. Før utredning får alle pasienter tilsendt et eget skjema der de skal fylle inn opplysninger om arbeidshistorikk og aktuelle eksponeringer. Ved spesielt komplekse problemstillinger eller dersom henvisningen er mangelfull kalles pasienten inn til en første konsultasjon for nærmere kartlegging. Pasientene oppfordres til å medbringe informasjon om aktuelle yrkeseksponeringer (f.eks. sikkerhetsdatablader og verneutstyr) og aktuelle eksponeringer i fritiden (f.eks. kosmetikk, husholdningsprodukter etc.).

For å sikre et godt utredningstilbud kreves tverrfaglig spesialkompetanse. Ved avdelingen arbeider spesialist i hud og veneriske sykdommer, yrkeshygieniker, arbeidsmedisiner, biokjemiker og sykepleier. Vi har bl.a. samarbeid med Hudavdelingen, Haukeland universitetssykehus, de ulike arbeidsmedisinske avdelingene i Norge, samt yrkesdermatologiske avdelinger i Norden (Skånes universitetssykehus i Sverige, Gentofte Hospital i Danmark og Arbeidshelseinstituttet i Helsinki, Finland).

Den vanligste yrkesrelaterte hudsykdommen er kontakteksem som kan inndeles i hovedgruppene irritativ kontakteksem (ICD) og allergisk kontakteksem (ACD). ICD er en ikke-immunologisk reaksjon som utgjør ca. 70 % av tilfellene og kan skyldes kjemiske irritanter, mekaniske stimuli eller klimatiske forhold. Eksempler på vanlige irritanter er såper, vann og matvarer. Det finnes ingen tester som kan benyttes for å stille diagnosen ICD. Diagnosen baseres på klinikk og eksponering og kan først settes når allergiske mekanismer er utelukket. ACD er en celle-mediert hypersensitivitetsreaksjon som følge av kontakt med hudallergen. Diagnosen kan stilles basert på resultat etter lappetest (epikutantest).

Alle pasienter som blir henvist med spørsmål om yrkesrelatert kontakteksem får utført en lappetest. Testen gjøres for å bekrefte eller utelukke allergisk kontakteksem. Aktuelle allergener blir lagt på pasientens rygg, fjernes etter 48 timer og resultatet vurderes gjennom avlesning etter 3 og 7 døgn. Verdens største database for kjemiske forbindelser (CAS registry) inneholder mer enn 146 millioner kjemiske forbindelser og antallet er stadig økende. Det finnes ca. 4900 kjemikalier tilgjengelig for lappetesting (deGroot), hvorav ca. 550 er kommersielt tilgjengelig og kan tilbys ved Yrkesmedisinsk avdeling (Chemotechnique). Ved avdelingens laboratorium kan det i tillegg utarbeides egne tester (f.eks. ekstrakter av hansker som pasienten har medbragt og ulike fortynninger).

Ved Yrkesmedisinsk avdeling ved Haukeland universitetssykehus har vi de senere årene påvist allergisk kontakteksem for isotiazolinoner blant pasienter som har arbeidet som overflatebehandlere, renholdere, operatører innen olje og gassindustri, hjelpepleiere, sykepleiere og frisører. Det finnes standardtester for flere ulike typer isotiazolinoner, men ikke alle. Forskning på området vil kunne bidra til mer kunnskap om isotiazolinoner som benyttes i dag og om isotiazolinoner som kan være aktuelle for bruk i fremtiden.

Manganpneumoni - kommentar

Ebba Wergeland

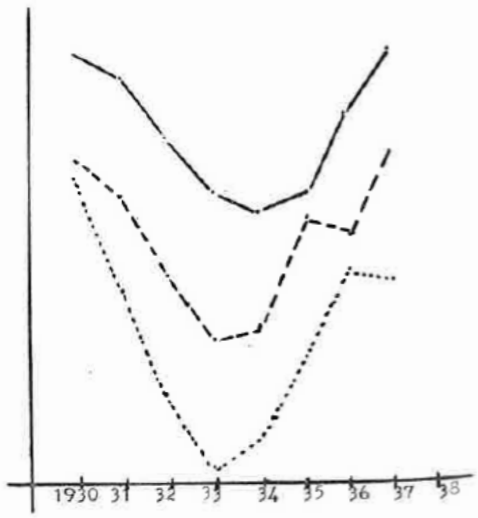
Takk for interessante artikler om metaller i siste Ramazzini (nr.1, 2019). Jeg har en liten tilføyelse til artikkelen om mangan. Artikkelen vektlegger effekter på nervesystemet, men akutteffekten på lungene er kanskje like viktig.

I 1971 hadde jeg turnustjeneste i Sauda, der ferromangan-verket hadde vært hjørnesteinsbedrift siden produksjonen begynte i 1923. Jeg la merke til at befolkningen var veldig redde for lungebetennelse. Sauda apotek hadde penicillin nok, så jeg forsto ikke riktig dette - før jeg kom over en artikkel av legen Dagfinn Elstad (1908-1995) om epidemisk kruppøs lungebetennelse.

Elstad var assistentlege på Sauda sykehus 1934-1937 . I årene 1924-1937[1] var dødeligheten av kruppøs lungebetennelse åtte ganger så høy i Sauda som i resten av landet. Antall sykdomstilfeller og dødsfall på grunn av denne sykdommen fulgte år for år nøye produksjonsvolumet av manganlegeringer (og dermed røykutslippet). Bedriften og dens medisinske eksperter kom med standardargumenter om at sammenhengen ikke var «bevist», og brukte grov skyts mot Dagfinn Elstad.

Mangan er også en mulig medvirkende årsak til den såkalte sveiserpneumonien som typisk rammer tidligere friske, unge sveisere[2]. Det er nylig registrert et utbrudd av 15 tilfeller av pneumokokksykdom hos arbeidere i verftsindustrien i Møre og Romsdal[3].

Aar	Produksjon av manganlegeringer tonn	Syke kr.pn.pr. 10,000 levende	Døde kr.pn.pr. 10,000 levende
1930	67,000	157	43,0
1931	61,500	100	35,1
1932	48,700	57	18,3
1933	37,400	27	2,4
1934	32,300	45	4,8
1935	35,600	51	30,3
1933	54,100	123	25,2
1937	69,000	112	45,0



Produksjon av manganlegeringer.
Mortalitet av kr.pneum.
Morbiditet av pr.pneum.

Referanser

1. D. Elstad, Manganholdig fabrikkrøk som medvirkende årsak ved pneumoni-epidemier i en industribygd. Norsk Magasin for Lægevidenskapen s.2527 (1939)

2. E. Wergeland, B. Iversen, Deaths from pneumonia after welding
Scand J Work Environ Health 2001;27(5):353

3. T. Sønstabø. 15 VARD-tilsette fekk alvorleg lungebetennelse - innfører strakstiltak. Vestnesavisa, 2.april 2019.

@rneblikk 2/2019
– betraktninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja

Villedning

Neida, det er ikke en skrivefeil for veiledning i overskriften, tittelen er ment å være en beskrivelse av situasjonen for de som kunne tenke seg å begynne i spesialisering til arbeidsmedisin etter 1. mars i år. For de som har begynt på et spesialiseringsløp før dette, gjelder overgangsregler som gjør at de kan forholde seg til de gamle reglene om de ønsker det, eller følge de nye.

Selv om en ny spesialistforskrift og læringsmål er vedtatt, så er min konklusjon etter oppdatering på veiledersamling i slutten av mai at så godt som alle rammebetingelser knytta til de nye spesialistreglene er uavklarte. Men; fortvil ikke, for i tillegg til å slenge ut de vanlige kritiske kommentarene til øvrighet og makthavere, prøver jeg å gi noen @rneråd for å bøte på manglene seinere i artikkelen.

Når dette leses, er det gått et år siden den såkalte Ekspertgruppa avleverte sin rapport «Hva bør skje med BHT?» [1]. Flere av oss har uttrykt vår bekymring over alle aktørenes hyldest til rapportens konklusjoner og anbefalinger, før vi kunne fastslå om noe av det virkelig ble gjennomført. Som jeg skrev i @rneblikk-spalten i Ramazzini nr. 3/2018; «– den sier ikke noe om hvordan vi skal sørge for at de legene som etter mars 2019 skal utdanne seg til spesialist i arbeidsmedisin skal få veiledning under tellende arbeidsmedisinsk tjeneste i BHT (som må være en «registrert utdanningsvirksomhet»).» [2]
Hva er det å klage på?

- Arbeids- og sosialdepartementet har ikke fått ut noe matnyttig fra Ekspertgruppas anbefalinger eller høringsuttalelsene som ble avgitt på ett år!
- Knapt noen av over 200 godkjente bedriftshelsetjenester har søkt om å bli registrert utdanningsvirksomhet (5 stk pr 23. mai 2019)
- Helsedirektoratet skriver og skriver om de nye spesialistreglene, men uten å svare på det vi trenger å vite for å komme ordentlig i gang, og de økonomiske konsekvenser for BHT for å oppfylle alle krav til en registrert utdanningsvirksomhet er høyst usikre
- Datoen 1. mars 2019 har stått i kalenderen lenge, men Helsedirektoratet er hele tiden på etterskudd med skjemaer og veiledninger og maler som skulle vært klare i god tid

Så vidt jeg forstår, har Helsedirektoratet sendt en artikkel til dette nummeret av Ramazzini [finn referansen i bladets innholdsfortegnelse], og der finner du sikkert linker til det meste av informasjonen som Helsedirektoratet har lagt ut på sine sider. Men for ordens skyld, selve spesialistforskriften med kommentarer legger jeg ved referanse til her [3].

Hovedproblemet er at det meste av det som ligger der og som en vanlig BHT vil trenge noen måneder

på å gjøre seg kjent med før de vet hvilke forpliktelser de påtar seg ved å søke om å bli en registrert utdanningsvirksomhet, er ferdigstilt i april og mai og i noen tilfeller ikke ferdig ennå. For eksempel skriver Helsedirektoratet på sin side oppdatert 26.04.2019 om den nye funksjonen supervisører:

«Supervisøren skal observere og vurdere LIS i konkrete arbeidssituasjoner, gi tilbakemelding til LIS på gjennomførte oppgaver og gi råd til veileder og leder om læringsmål er oppnådd. Vurdering av oppnådd kompetanse kan både skje ved løpende observasjon og dialog og med mer strukturerte metoder som sjekklister og observasjonsverktøy. Supervisørens rolle i vurdering og relevant metodikk vil bli nærmere beskrevet i en egen veileder som er under utarbeidelse.»[4]

Som du kanskje har skjønt, må en LIS3 i arbeidsmedisin tilegne seg og få dokumentert at hen behersker 120 læringsmål, bl.a. gjennom å utføre læringsaktiviteter som minst 20 bedriftsbesøk innenfor minst 8 bransjer, deltagelse i minst 4 vernerunder og 3 møter i arbeidsmiljøutvalg, arbeidsmiljøkartleggninger i samarbeid med andre profesjonsgrupper, deltagelse i kartlegging/risikovurdering av kjemikalier og individuell sykefraværsoppfølging. Noe må gjennomføres ved de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI, som er godkjente utdanningsvirksomheter, men det er åpenbart behov for tjeneste ved en BHT som er registrert utdanningsvirksomhet, for å komme i mål. Eller som det står på Helsedirektoratets sider:

«En vesentlig del av utdanningen i den enkelte spesialiteten skal kunne oppnås i den godkjente utdanningsvirksomheten. Dersom det er læringsmål som virksomheten selv ikke kan tilby, må det inngås avtaler med annen virksomhet som kan tilby disse læringsmålene. Kopi av avtalen må vedlegges når virksomheten sender søknad om godkjenning/registering. De regionale utdanningssentrene (RegUt) har utarbeidet maler for disse avtalene. Ta kontakt med ditt RegUt for å få tilsendt malene.»

Jeg sendte en e-post til RegUt 30.04.2019 for å få tilsendt malene for spesialiteten arbeidsmedisin, og fikk følgende korte svar fra leder i RegUt i Helse Sør-Øst:

«Hei. De regionale Utdanningssentrene har kun ansvar for administrering av kursene for arbeidsmedisin. ASA spesialitetene ligger for øvrig under Helsedirektoratet. Det vil si at vi ikke har avtalemaler beregnet på arbeidsmedisin.»
Situasjonen er altså sånn at pr i dag er det nesten ikke mulig å få godkjent tellende tjeneste i BHT for LIS3 fordi nesten ingen har blitt registrert utdanningsvirksomhet. Fristen for å søke slik at tjeneste fra 1. mars skal kunne godkjennes, er satt til 1. juni selv om skjemaet og brukerveiledningen [5] for å søke ikke var ferdige i tide. Og de som leser veiledningen, får bakoversveis av alt det man forventes å ha i orden før en søknad kan sendes; en masteroppgave er blåbær i forhold!

Ikke bare må en stakkars BHT som vil søke om å bli registrert, ha en leder som skal lese gjennom og gjøre seg kjent med hele utdanningsopplegget og sette av administrative og økonomiske ressurser på å lage en læringsplan og en heftig individuell utdanningsplan for sin LIS i samarbeid med en veileder, og garantere for at LIS får den tjenesten og kursene og gruppeveiledningen hen trenger. BHT må også lage databehandleravtale med Kompetanseportalen og leder er ansvarlig for å dokumentere alle læringsaktiviteter LIS gjennomfører der, fylle ut søknadsskjemaet i Altinn, skaffe til veie og honorere individuelle veiledere og supervisører, lage samarbeidsavtaler med andre utdanningsvirksomheter som kan dekke læringsmål utover de som den registrette utdanningsvirksomheten selv kan tilby.

Det følger ingen offentlig finansiering med dette, men en BHT som kan tilby en spesialist i arbeidsmedisin som veileder eller supervisør, og har aktivitet som gir oppfyllelse av læringsmål for LIS som andre BHTer ikke kan dekke sjøl, kan eventuelt selge noen av disse tjenestene. Spør du meg, vil jeg si at det burde være en selvfølge at en BHT som skal være «Godkjent BHT» fra Arbeidstilsynet, også må søke og oppfylle kravene til å være en registrert utdanningsvirksomhet for den nye spesialiteten i arbeidsmedisin. En offentlig finansiering av spesialistutdanningen ute i BHT må også på plass for å sikre at en slipper å sende regningen for spesialistutdanningen til BHTs kunder, eller at vi får en «Svarte-Per»-situasjon hvor alle BHTene regner med at andre BHTer tar kostnaden ved å utdanne nye spesialister, og bare tilbyr litt høyere lønn når de er ferdig utdannet for å ansette dem hos seg.

Og jeg har sendt en e-post til Helsedirektoratet 24.05 hvor jeg påpeker at det minste de kan bidra med for å få utdanningen på skinner igjen, er å:

- å revidere skjemaet og brukerveiledningen for å registrere en vanlig BHT som utdanningsvirksomhet i tråd med det jeg anfører nedenfor.
- utsette fristen til 1. september for å søke om å bli registrert utdanningsvirksomhet for at arbeidsmedisinsk tjeneste der skal være tellende fra 1. mars 2019

I mellomtiden oppfordrer jeg flest mulig godkjente BHTer om å sende inn en søknad om å bli registrert utdanningsvirksomhet selv om ikke alle avtaler og formalia er oppfylt helt i tråd med dagens brukerveiledning. De som har en oppegående leder og tilgang på en spesialist i arbeidsmedisin som kan se gjennom oppsettet for en læringsplan og hake av for det de mener BHTen selv kan tilby. De kan i stedet for å legge ved samarbeidsavtaler med alle andre aktører som LIS må innom for å dekke alle læringsmål, sende inn søknaden og skrive at de forplikter seg til å sørge for at slike avtaler blir ordnet når det blir aktuelt. Det er jo ikke gitt at en vet hvilke andre utdanningsvirksomheter som kan tilby de andre læringsaktivitetene og f.eks. tjeneste ved arbeidsmedisinsk sykehusavdeling før en LIS har blitt ansatt i BHT.

Registrert BHT må enten ha en egen kollega som bør være spesialist i arbeidsmedisin og i tillegg ha veilederkompetanse, eller ha avtale med en ekstern ressurs for å tilby individuell veiledning for LIS. Anbefalt omfang i snitt 2,5 timer pr måned, og noe tid i tillegg går nok med til for/etterarbeid og å drøfte med leder (som skal bekrefte om de enkelte læringsmål er nådd) og eventuelt supervisør. Hvis din BHT har alt som trengs bortsett fra en individuell veileder, er det ikke umulig at pensjonisten som skriver her kan la seg friste til å ta noen sånne oppdrag, og jeg har også tilbudt meg å bidra til å lage en revidert veiledningshåndbok tilpasset den nye utdanningen for å hjelpe ledere, LISer, veiledere og supervisører med å gjennomføre opplegget på en hensiktsmessig måte. Jeg legger ut info om utdanningen til spesialist i arbeidsmedisin etter hvert som det blir ferdig på min bloggside. [6]

Jeg blir innmari irritert over manglende offentlig engasjement og eierskap til å få noe så viktig som arbeidsmedisinsk utdanning til å fungere etter hensikten, og irritasjonen/vreden stopper ikke ved Helsedirektoratet: Hvor ble det av Fagsekretariatet for BHT ved STAMI, hva gjør Arbeidstilsynet, LO, NHO, arbeids- og sosialministeren, de arbeidsmedisinske avdelingene, Legeforeningen eller Namf for å hindre at hele det arbeidsmedisinske fagområdet i Norge dør ut! Det er vel ikke meningen at pensjonister skal ta ansvaret for alt dette aleine?

Signert: Ørn

Referanser

1. Rapport fra ekspertutvalget: Hva bør skje med BHT?

https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b365d15ae344b2b0f86848d99ba65b/a-0047_b_bedriftshelsetjenesten_ny_versjon_19062018.pdf

2. Ramazzini 3 2018, s. 19

https://beta.legeforeningen.no/contentassets/c47f3af8736b4188b978e839e9093944/ramazzini-3.2018.pdf

3. Rundskriv I-2/2019 Spesialistforskriften med kommentarer:

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22019-spesialistforskriften-med-kommentarer/id2631041/

4. Helsedirektoratet om Veiledning og supervisjon:

https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/arbeidsmedisin/veiledning-og-supervisjon

5. Helsedirektoratet: Brukerveiledning for registrering som utdanningsvirksomhet:

https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/Utdanningsvirksomheter-for-leger-i-spesialisering/_/attachment/download/348f131a-69c1-4106-83c4-d9b38b3babd0:6cbabe897e69e3e4607fd-f1b8a3d2e7dd04174f5/Brukerveiledning%20for%20registrering%20som%20utdanningsvirksomhet.pdf

6. Ørneblikk-bloggen, om spesialiteten i arbeidsmedisin

https://www.oerneblikk.com/442585976

Vårkonferansen og årsmøtet vel overstått!

Inger Marie Daffinrud

Det var noen flotte dager i Kirkenes, med en god blanding av sosiale aktiviteter og tett faglig program.

Vi hoppet rett i det ved ankomst og kurskomiteen ved Kjersti Oddvarsdatter Sæther presenterte oss for joikeren Berit Alette Mienna fra Karasjok. En flott opplevelse!

Med Helsekontroll i BHT som hovedtema på første dag, gikk det slag i slag med foredrag og diskusjoner før vi i samlet flokk dro på kongekrabbesafari. Det var annerledes, kaldt, og en veldig spennende tur ut fjorden mot den russiske grensen. Det var tre rib-båter og flinke guider som tok godt vare på oss. Kongekrabbene var i teinene og vi dro opp til Snøhotellet for tilberedning og spising. Nydelig!

Dagen etter fortsatte konferansen med temaer som Arbeidsmedisinske problemstillinger i Forsvaret, Arbeid i kaldt klima, E-verdi-verktøyet ble vi kjente med, og vi fikk presenterte foreløpige resultater fra et prosjekt i Østfold om Skiftarbeid, helse og livsstil. Etter lunsj hørte vi om ny kunnskap om generering av symptomer og opplevelser – betydning for arbeids og miljømedisin, diskusjon rundt «Er Faktaundersøkelse en oppgave for BHT?», og til slutt fikk vi høre fra Europa og arbeidsmedisinens plass i de forskjellige landene.

Ramazzini-prisen 2019 ble tildelt Anne Kristine Jordal for artikkelen «Kjølevæske - Blandingseksponering med diffus kjemis/biologisk risiko». Anne Kristine holdt sin takketale «In absentia», men det skal bli en ordentlig overrekkelse av prisen senere.

Årsmøtet 2019 ble avholdt på ettermiddagen. Generalsekretær Geir Riise hadde tatt turen oppover og hilste til årsmøtet. Valg ble gjennomført og valgkomiteens innstilling ble tatt til etterretning. Laila Torp ble den nye lederen for Namf, mens Kjersti Skantze ble ny leder for NFAM. Se for øvrig referatet under Årsmøter på hjemmesiden. Funksjonstiden for det nye styret er to år fra 01. september i år.

Siste dag ble det også ganske så hektisk med tre foredrag før avreise, vi ble blant annet utfordret med spørsmålet om «Spiller arbeidsmedisineren egentlig noen rolle» - og vi lærte om Staminas arbeidsmetodikk. Konferansen ble avsluttet med fakta og gode råd fra foredraget «Arbeidstakere på reise i utlandet». Det var mange spørsmål og kommentarer, men med god møteledelse rakk vi flyet!

Takk til alle deltakerne for en flott gjennomført konferanse og et godt årsmøte!

STYRETS SPALTE

Behov for revisjon av yrkessykdomslista

For å få kompensasjon for sykdom som er forårsaket av arbeidet, må sykdommen stå på den såkalte yrkessykdomslista, dvs. i *Forskrifter om yrkessykdommer og infeksjonssykdommer som likestilles med yrkesskade*. Dette gjelder enten man fremmer krav overfor NAV etter Folketrygdloven, eller overfor arbeidsgivers forsikringsselskap etter Yrkesskadeforsikringsloven, selv om den siste har en «sikkerhetsventil», som skal sikre at også andre sykdommer enn listesykdommene skal kunne godkjennes.

Den norske yrkessykdomslista har ikke vært vesentlig revidert siden 1957, til tross for at det har tilkommet mye ny kunnskap om sammenhenger mellom arbeid og helse på de drøyt 60 årene som er gått. I 2007 oppnevnte Regjeringen «et faglig ekspertutvalg som fikk i oppdrag å foreta en bred gjennomgang av hvilke sykdommer som bør kunne godkjennes som yrkessykdom» og vurdere «om dagens yrkesskaderegelverk i tilstrekkelig grad fanger opp sykdommer som klart skyldes forhold på arbeidsplassen, og foreslå eventuelle endringer». Yrkessykdomsutvalget ble ledet av Helge Kjuus, og besto hovedsakelig av erfarne arbeidsmedisinere. Utvalget hadde bare et halvt år til å gjennomføre det omfattende arbeidet med utredningen (NOU 2008:11) og foreslo en revisjon av sykdommer og eksponeringsforhold innenfor de mer tradisjonelle områder knyttet til fysisk og kjemisk arbeidsmiljø samt infeksjonssykdommer. I tillegg ble det foreslått tre nye sykdomsgrupper: muskel- og skjelettsykdommer, psykiske sykdommer og fosterskader, samt regelmessig revisjon av lista.

Det er nå gått 11 år, og fortsatt har ingen endringer skjedd med yrkessykdomslista. Den viktigste grunnen er at endringene ble foreslått samtidig med en sammenslåing av de to yrkesskadeordningene i Folketrygdloven og Yrkesskadeforsikringsloven til en ny arbeidsskadeforsikring (NOU 2004: 3). Lovforslaget var på omfattende høring og fikk til dels sprikende kommentarer fra ulike hold. De to ordningene har forskjellige krav til årsakssammenheng, og det var bl.a. uenighet om hvilken årsaksmodell som skulle legges til grunn. Etter Folketrygdloven må yrkespåvirkningen være hovedårsak (hovedårsakslæren), mens Yrkesskadeforsikringsloven krever at yrkespåvirkningen har vært en nødvendig betingelse for at skaden eller sykdommen oppsto (betingelseslæren). Det siste skulle i utgangspunktet være et mer liberalt krav, og sammen med sikkerhetsventilen ville man forventet at flere fikk godkjent yrkessykdom gjennom yrkesskadeforsikringen, men det har ikke nødvendigvis vært tilfelle. Dét er imidlertid en annen sak.

Ny arbeidsskadelov (Prop. 193 L (2012–2013)) ble vedtatt helt på tampen av Regjeringen Stoltenberg II, den 20. september 2013. Dette var etter valget (09.09), men før regjeringsskiftet (ny regjering oppnevnt 16.10). Etter regjeringsskiftet ble den trukket tilbake av Regjeringen Solberg 29. november 2013 (Meld. St. 6 (2013–2014)), med følgende begrunnelse: «Proposisjonen skulle etter planen følges opp med ytterligere lovforslag om de gjenstående elementene i en reform av dagens regler ved yrkesskader, bl.a. om organiseringen av området. ... Regjeringen vil foreta en samlet vurdering av forslagene i proposisjonen og de gjenstående elementene i en ny reform, og tar deretter sikte på å fremme forslag til reform på yrkesskadeområdet.»

Det ville være mange fordeler med én arbeidsskadeforsikringsordning. Det ville spare mye ressurser til doble utredninger ved de arbeidsmedisinske

avdelingene og parallelle saksbehandlingsløp, av og til med forskjellig resultat. Det hender at man blir tilkjent erstatning fra NAV, men ikke fra forsikringsselskapet, og motsatt. Én ordning ville også gjøre det enklere for personer med mulige yrkesskader, og for bedriftsleger som skal veilede arbeidstakere om rettigheter ved yrkesskade.

Så langt har ingenting skjedd, verken med sammenslåing av ordningene eller yrkessykdomslista, og resultatet er at vi fortsatt har en yrkessykdomsliste som ikke er blitt vesentlig revidert på mer enn 60 år. Danmark har en yrkessykdomsliste som revideres hvert annet år, mens det i enkelte andre land skjer hvert femte år. Sverige har et åpent system, uten liste, der sykdommer blir godkjent hvis det er overveiende sannsynlig at skadelig påvirkning i arbeidet er årsaken.

Yrkessykdomsutvalgets forslag forelå i juni 2008. Behovet for en revisjon av yrkessykdomslista er ikke blitt mindre i de 11 årene som er gått. Yrkessykdomsuvalget var opptatt av å utarbeide en yrkessykdomsliste som kan bidra til en forutsigbar, konsistent og rask saksbehandling som ivaretar personer med mulig yrkessykdom. I dag er dette langt fra tilfelle.

Styret mener at revisjon av yrkessykdomslista ikke bør være avhengig av at vi får ny arbeidsskadeforsikringsordning og ønsker å følge opp saken overfor Arbeids- og sosialdepartementet.