

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 20 • 2013 • Nr. 3

Tema:

MIASMER



Tårnutsikt

Anniken Sandvik, LIS, Seksjon for Miljø- og Yrkesmedisin, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Årsaksforklaringer i medisinen står sentralt når vi skal velge strategier for forebygging og behandling av sykdom. I tilfeller der vi kommer til for sent i forløpet, kan årsaksforklaringen i det minste ha en avklarende effekt, gi et svar på spørsmålet "hvorfor meg, nå?" I arbeidsmedisinen preger årsaksvurderinger det daglige arbeidet mer enn i mange av de øvrige medisinske spesialitetene, og jeg vil tro de i særlig uttalt grad preger hverdagen for oss som jobber ved sykehusavdelingene. Fra kontoret mitt her på Ullevål har jeg utsikt til to tårn, såkalte miasmetårn. Mens jeg sitter her og gjør vurderinger av sykdomsårsaker, vitner disse tårnene om en helt annen årsaksforståelse. Det er ikke en gang så fryktelig lenge siden.

Det var infeksjonssykdommene som var den store medisinske utfordringen for samfunnet da Ullevål sykehus ble bygget i 1887. Den arkitektoniske utformingen av sykehuset ble basert på rådende teorier om hvordan smitte ble overført (1). Riktignok var tuberkelbasillen blitt oppdaget av Robert Koch i 1882 og snart skulle bakteriologicalen bli den anerkjente og enerådende teorien om infeksjonssykdommers årsak. Det tok likevel tid før denne oppdagelsen ble fullt anerkjent og før man tok konsekvensen av den i det praktiske arbeidet. Sykehuset ble bygget som et epidemisykehus, det vil si som lave paviljonger som lå i god avstand fra hverandre og med busker og trær mellom. Bygningene ble også utrustet med omfattende ventilasjon, synlig for oss i dag særlig ved de såkalte miasmetårnene (2). Datidens medisinske årsaksforklaringer var teoriene om *miasma* og om *contagion*. Miasmeteoriene gikk ut på at eventuelle smittestoffer i luften ble omdannet til en miasme, et sykdomsfremkallende stoff. Denne omdanningen kunne bare skje ved uheldige klimatiske forhold, ved dårlige planetkonstellasjoner og i en atmosfære av ekskrementer, uorden og animalske utdunstninger. Contagionsteoriene gikk derimot ut på at det fantes et smittestoff, et contagion, som spredte seg ved berøring mellom personer. I praksis var hovedforskjellen mellom de to skoleretningene at miasmatikerne mente karanteneiltak var lite hensiktsmessige – men skillelinjene var ikke helt klare (3,4). I ettertid ser man at bakteriologicalen forerente aspekter ved begge de tidligere teoriene. Contagionistene hadde forstått at det fantes et smittestoff som ble overført mellom mennesker, selv om de ennå ikke visste at det dreide seg om bakterier og virus. Samtidig hadde miasmatikerne tatt inn

over seg andre forhold som gjør seg gjeldende ved utvikling av infeksjonssykdommer, som at levestandard og mottakelighet har betydning for hvem som utvikler sykdom blant dem som utsettes for smitte. Det er tankevekkende at jeg sitter og uttaler meg om årsaker til sykdom i en bygning der arkitekten så tydelig er uttrykk for en annen og nå utdatert årsaksforståelse. Det illustrerer med stor tydelighet hvordan hver tid har sin sannhet og hvordan våre årsaksforklaringer er i stadig forandring. Datidens eksperter var skråsikre i sine råd til myndighetene om hvordan man skulle forebygge sykdom og hindre smittespredning (4). Utsikten til miasmetårnene maner til ydmykhet.

Referanser

1. Larsen, Øyvind. Hva forteller et sykehusbygg? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:3753-8
2. Kåresen, Rolf. Ullevål sykehus gjennom 125 år. Artikkel på Ullevål universitetssykehus' nettsider i forbindelse med 125-års-jubileet. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/aktiviteter/Sider/ullevaal-sykehus-fyller-125-ar.aspx>
3. Moseng, Ole Georg. Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850. Bind 1 av Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Universitetsforlaget 2003.
4. Schiøtz, Aina. Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Bind 2 av Det offentlige helsevesen i Norge. Universitetsforlaget 2003.

Nytt medlem i redaksjonskomitéen

Redaksjonskomitéen har fått et nytt medlem: Anniken Sandvik. Hun har bakgrunn som lege i spesialisering i nevrologi og har mastergrad i historie. Hun jobber som lege i spesialisering ved Seksjon for Miljø- og Yrkesmedisin på OUS Ullevål. Resten av redaksjonskomitéen ønsker henne hjertelig velkommen, og håper hun vil trives med redaksjonsjobben!



Anniken Sandvik.

Nytteverdi av målinger utført i forbindelse med inneklimasaker

Oppgave i forbindelse med Veiledningsgruppe i arbeidsmedisin 2011-2013

Trude Duelien Skorge, Lege i spesialisering/ PhD, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukland universitetssykehus

Veiledere: Rønnaug Omdal, overlege og Randi Hag, yrkeshygieniker



Trude Duelien Skorge.

Bakgrunn

Fuktighet og muggvekst i innemiljøet, enten på jobb eller i hjemmene våre, har blitt assosiert med mellom 30-50 % økning i forekomsten av luftveissymptomer og astmarelaterede plager i en stor meta-analyse fra 2007 (1). En amerikansk studie fra 2009 har beregnet at sykefravær grunnet luftveisplager relatert til eksponering for fuktighet i inneklimate på jobb gir en ekstra årlig kostand på 1.4 billioner dollar (2). Epidemiologiske data støtter at eksponering for fukt og mugg øker sannsynligheten for luftveissymptomer og astma (3-7), samt at flyktige organiske komponenter (VOC's) virker luftveisirriterende (8). Dette tyder på en sammenheng mellom luftveissymptomer og astma og eksponering for fukt og mugg. En review fra 2012 mener også å slå fast at vi har nok studier til å kunne si at eksponering for fukt og mugg i innemiljøet kan føre til utvikling av nye tilfeller av astma (9). Imidlertid er ikke den patofysiologiske mekanismen for denne sammenhengen enda sikkert fastslått.

Fuktighet i bygninger er blitt relatert til "Sick building syndrome" (SBS) (10-11). SBS er et begrep som kom på slutten av 70-tallet, og som ble definert av WHO i 1983 (WHO, 1983). SBS består i hovedsak av irritasjon av slimhinner, hudsymptomer og cerebrale symptomer, men har ingen kjent etiologi eller patofysiologisk forklaring (12). Imidlertid er SBS en lidelse som rapporteres å være hyppig relatert til eksponering for fukt og mugg i inneklimate (13-14). Videre er også faktorer slik som bestemte personlighetstrekk, jobbstress, kvinnelig kjønn og dårlig ventilasjon vist å ha innvirkning på forekomsten av SBS (13-14). SBS kommer inn i kategorien av lidelser som ofte kaller for medisinsk uforklarte tilstander (MUS= medically unexplained syndromes), og tilstanden godkjennes ikke som en yrkessykdom.

Ved Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus, har vi de siste par år merket en økning i antall henvisninger med problemstillingen om eksponering for fukt og mugg i inneklimate på jobb kan ha medført astma og luftveissymptomer. I slike saker har det ofte, før pasienten kommer til oss, blitt foretatt målinger i innemiljøet på arbeidsplassen. Målingene er gjort på blant annet fukt, mugg, CO₂,

temperatur, luftfuktighet og støv. Slike målinger koster relativt mye, tar ofte mye tid og skaper store forventninger, og ofte også unødvendig frykt, blant de ansatte i bedriften.

I forbindelse med mange av våre utredninger ser vi at slike målinger mange ganger ikke har så stor nytteverdi for selve utredningen. I denne oppgaven har jeg gått nærmere inn i seks utredninger vi har hatt ved Yrkesmedisinsk avdeling i Bergen 2011/2012.

Metode

Seks pasienter som har vært utredet ved Yrkesmedisinsk avdeling (YMA) i 2011/2012 er plukket ut tilfeldig. Alle pasientene er henvist til avdelingen med problemstillingen om inneklimate på jobb kan ha forårsaket luftveisplager slik som hoste, tung pust, piping i pusten, anfall av tung pust, tett nese, tørre øyne og cerebrale symptomer slik som trøtthet, svimmelhet, uvelhet og hodepine. Alle sakene er anonymisert slik at det ikke skal kunne være mulig å kjenne igjen noen av personene.

I alle seks sakene forelå det målinger på inneklimate på arbeidsplassen i forkant av konsultasjonen på YMA. Målinger er gjort på oppvekst av ulike sopparter, konsentrasjon av flyktige organiske komponenter (VOC's), temperatur, CO₂ og luftfuktighet. Målingene er utført av ulike aktører, og er utført på forskjellige måter.

Det vil bli gitt en oversikt over de forskjellige pasientenes symptomer sammen med resultat av tester som er gjort i utredningen på YMA. Målinger som er utført i sakene vil bli gjengitt i en egen tabell med en oversikt over hovedfunn.

Resultat

De seks pasientene som er med i denne oppgaven er fra fire ulike arbeidsplasser, hvor av to av arbeidsplassene er skoler og de to andre er kontorbygg. Alle de seks pasientene var plaget med unormal tretthet. Fem av seks hadde plager fra øyne i form av tørre øyne. Fem av seks hadde også symptomer fra luftveiene enten i form av tung pust, piping i pusten eller hoste. To av pasientene opplevde hyppig hodepine i forbindelse med opphold på arbeidsplassen. De aller fleste opplevde bedring av plagene i helger og/

eller ferier. De tre pasientene som jobbet ved samme arbeidsplass hadde mange av de samme symptomene, men det var også mellom disse forskjeller i de opplevde plagene.

Alle unntatt en pasient ble undersøkt med spirometri. Alle fem som ble undersøkt med spirometri hadde normale funn. Metacholintest ble utført av fire pasienter, og alle disse hadde negativ test. To av pasientene gjennomførte PEF-registrering i og ute av eksponering, og disse registreringene var negative med hensyn til yrkesrelasjon. To av seks hadde positiv prikktest på luftveispanel, og en av disse igjen hadde også en positiv Phadiatop. Alle unntatt en hadde normal total IgE.

Ulike innklimamålinger hadde blitt utført på pasientenes arbeidsplasser, slik som vist i tabell 1. Tabell 2 viser en oversikt over de ulike sopper og bakterier som er påvist i rapportene. Her ser vi at det kun er påvist en type bakterie, mens det er påvist mange ulike typer sopper.

Pasientutredningene

Pasient 1:

Denne pasienten hadde plager med tung pust, lyd fra pusten, tretthet, kløe og rødhet øyne, kløe nese og tørrhet i hud. Ved undersøkelse hos oss hadde pasienten normal spirometri, negativ metacholintest og ingen påvisbar allergi.

I målerapporten på arbeidsplassen er det påvist mange ulike typer av sopper og bakterier. I tillegg er det målt støvmengde, CO₂-nivå, temperatur, luftfuktighet og fukt. CO₂-nivåene er i hovedsak funnet å ligge innenfor akseptable verdier. Temperaturen er i noen rom funnet å ligge i overkant av anbefalte verdi, samt at luftfuktigheten i måleperioden har ligget noe lavt. Den lave luftfuktigheten har man i stor grad sett i sammenheng med at målingene ble utført om vinteren og at innetemperaturen har ligget noe høyt. Videre har rapporten påvist fuktighet i bygningsmaterialer på flere kontor og møtelokaler på arbeidsplassen, samt at det er påvist betydelige mengder støv på toppen av skap, hyller og himlinger.

Det er ikke påvist astma eller allergi hos denne pasienten. Han har mest sannsynlig plager som omfattes av Sick building syndrome (SBS), og han har hatt bedring av sine plager etter at han kom ut av eksponering. Han ble av oss anbefalt ikke å jobbe i lokalene der det er påvist fuktskade før fuktskaden var utbedret.

Pasient 2:

Denne pasienten opplevde irritasjon og sårhet i øyne, hovne øyne, tretthet, økt spyttproduksjon, nummenhet rundt munnen samt svie/brenning i nesen. Ved undersøkelsen på YMA hadde hun ingen påvisbar allergi. Hun er ikke utredet for astma med spirometri på grunn av at hun ikke hadde noen symptomer fra nedre luftveier, og at det dermed ikke var mistanke om dette. Målingene som var utført på denne arbeidsplassen hadde påvist forhøyede ver-

dier av ulike typer av sopper, bakterier og VOC, samt at det også var utført målinger på støvmengde, CO₂-nivå, temperatur og luftfuktighet (tabell 1).

Nivåene av VOC ble vist å ligge for høyt i luft på flere kontor og i noen korridorer på denne arbeidsplassen. Det er vurdert at en utbedring og evt rengjøring av ventilasjonssystemet vil kunne avhjelpe dette. Det mikrobielle miljøet er vurdert å være innenfor det som er normalt. Når det gjelder nivå av CO₂, temperatur og luftfuktighet er det vist å ligge innenfor akseptable verdier.

Denne pasienten hadde ikke astma eller luftveissymptomer fra nedre luftveier. Denne plager ble vurdert å kunne omfattes av SBS. Det ble gitt råd om mulige tiltak med bedret ventilasjon på kontoret hun jobbet på for å se om dette kunne bedre hennes plager. Det ble også foreslått at pasienten kunne forsøke en kognitiv tilnærmet terapiform for sine plager, da man har sett at dette kan være til hjelp for pasienter med denne type plager. Hun var imidlertid ikke interessert i dette.

Målingene på sopp og bakterier på denne arbeidsplassen var unyttige i forhold til vår utredning av denne pasienten. Hun hadde ingen påvisbare allergier mot de typer av sopp som er påvist på målingene. Videre så viste også målingene at nivåene av soppsporer ikke var spesielt høye, og innenfor det som er normalt å finne naturlig i våre omgivelser. Nivåene av VOC ble på noen av målingene funnet å ligge noe høyt. VOC er i studier vist å være luftveisirriterende (8), og det kan dermed ikke utelukkes at dette kan ha medvirket til pasientens plager. Imidlertid var de høye forekomstene av VOC et annet sted i bygget enn der denne pasienten jobbet, så man fant derfor dette lite sannsynlig.

Det ble vurdert at pasientens plager mest sannsynlig ikke hadde noe med jobben å gjøre, og man ga dermed ingen råd om at hun burde ut av jobb..

Pasient 3, 4 og 5:

Disse pasientene jobbet ved samme arbeidsplass, en skole i bergensområdet. Alle tre opplevde unormal tretthet, samt at to også hadde plager med hodepine. Videre hadde alle luftveissymptomer med tung pust og hoste. To opplevde også piping i pusten. Ved utredningen her hadde pasient 4 og 5 positiv prikktest på luftveispanel, og pasient 5 hadde også en positiv phadiatop. Spirometri var normal på alle, pasient 3 og 4 hadde negativ metacholintest. Dette kunne ikke utføres på pasient 5 på grunn av graviditet. PEF-registrering ble utført på pasient 3 og 4 og viste ingen yrkesrelasjon.

Målingene utført på arbeidsplassen viste oppvekst av mange ulike sopper og bakterier, samt VOC og økt støvmengde. Det var også påvist fukt i bygningsmaterialer.

Pasient 3 og 4 sine symptomer ble vurdert kunne omfattes av SBS. Det var ingen holdepunkter for astma hos disse. De fikk råd om å forsøke å unngå å oppholde seg i de rom og lokaler på arbeidsplassen som utløste plagene inntil påviste fuktskader hadde

blitt utbedret. Videre ble de rådet til at de selv måtte avgjøre om de kunne fortsette å jobbe ved arbeidsplassen etter dette dersom plagene vedvarte. SBS er ikke en sykdom som omfattes av yrkessykdomslisten, og de vil ikke kunne få det godkjent som en yrkessykdom. Imidlertid var det mange ting som kunne tyde på at plagene de opplevde kunne være relatert til forhold på arbeidsplassen.

Pasient 5 var gravid og utredningen ble derfor ikke helt fullstendig. Hun hadde plager som kunne tyde på en astmautvikling, og man mente derfor at det var viktig at hun kom helt ut av denne type eksponering slik at en evt astma ikke skulle utvikle seg videre. Det er vist at en yrkesrelatert astma kan utvikle seg og bli persisterende dersom personen fortsetter å være i eksponering etter at plagene debuterte (15).

Målinger på sopp og bakterier ved denne arbeidsplassen var lite nyttige for vår utredning av disse pasientene da det ikke ble påvist allergi mot sopp hos noen av pasientene. Vurdering av fuktskade visuelt var nyttig siden vi da, basert på det vi vet fra litteraturen, kunne relatere mange av plagene hos disse pasientene til dette. Fukt skal, som tidligere nevnt, ikke forekomme i bygninger der mennesker bor eller jobber, og må dermed utbedres. Pasient 3 og 4 ble rådet til å, så langt det lot seg gjøre, unngå å jobbe i lokaler der det var påvist fuktskade, mens pasient 5 fikk råd om umiddelbart å gå helt ut av eksponering og ikke jobbe i lokalene før all fukt ved skolen var utbedret og sanert.

Pasient 6:

Pasient 6 hadde plager med sliming i hals, tetthet i brystet, tung pust ved anstrengelse, pipelyder i brystet og tretthet. Ved utredningen på YMA var spirometri normal og metakolintest var negativ. Hun hadde en forhøyet total IgE, ellers var annen allergiutredning negativ.

Måling på arbeidsplassen viste lave verdier av muggsopper bortsett fra i et rom hvor det var påvist en fuktskade.

Ved utredningen av denne pasienten ble det ikke gjort funn som tydet på astma. Det er imidlertid funnet at hun kan ha en kronisk irritasjonstilstand i halsen hos ØNH-lege. Halsirritasjonen kan man ikke sikkert si om kan være relatert til inneklimate på arbeidsplassen. Det ble gjort utbedringer ved denne arbeidsplassen, og det ble i denne saken ikke gitt råd om at pasienten ikke kunne fortsette ved arbeidsplassen.

Målingen her var ugyldig med hensyn til vår utredning. Fuktskade var allerede påvist visuelt i forkant av målingen og skulle utbedres, slik at denne målingen mener vi ikke nødvendig verken for pasienten eller arbeidsplassen.

Diskusjon

Oppsummert ser vi at det i målingene som er gjort ved de ulike arbeidsplassene har blitt påvist mange ulike sopper og bakterier, samt at det også var gjort måling av CO₂ innhold, temperatur, luft-

fuktighet, støvmengde og fukt i materialer. Flere av målingene viste høyere forekomster av noen sopper og bakterier enn normalt, og dette var alltid relatert til en kjent fuktskade eller at det ble avdekket fukt i bygningsmaterialer i sammenheng med at målingen ble utført. Mange av soppene vil forekomme naturlig i våre omgivelser, og det man må se er om nivåene er høyere enn det man ville kunne forvente og evt om det er høyere forekomst innendørs sammenliknet med utendørs. Det vil derfor være viktig og alltid ta en utendørs prøve til sammenlikning.

For våre utredninger hadde ikke målingene av sopp og bakterier noen stor nytteverdi annet enn at de var med på å dokumentere en allerede kjent fuktskade i bygningene. I disse seks sakene hadde det derfor vært nok å vite om fuktskaden. En visuell befarings hadde muligens vært nok. Oppvekst av sopper og bakterier kunne ikke relateres til allergi hos pasientene, og siden de patofysiologiske mekanismer for astma og SBS ikke er kjent, kunne vi ikke bruke denne informasjonen i våre utredninger.

Ingen av de seks pasientene hadde astma. En var muligens i ferd med å utvikle astma uten at vi kan si dette sikkert siden utredningen ikke var fullstendig på grunn av graviditet. Alle hadde symptomer som kunne passe inn under det som man kaller SBS, med irritasjon av slimhinner, hudsymptomer og cerebrale symptomer. Fra litteraturen er slike symptomer hyppig relatert til fukt i bygninger (10-14), og dette passer således bra med det man vet om dette i dag.

For høy temperatur vil kunne medføre at mange vil føle at luften er tørr. Når det gjelder luftfuktighet er det vist at et for lavt luftfuktighetsnivå generelt vil medføre uttørring av slimhinner, samt medføre fare for økt støvmengde i inneluften. En slik kombinasjon medfører ofte typiske symptomer som kløe i øyne, følelse av «tørr hals», tørr hud, uttørring av slimhinner i luftveier mm.

I våre utredninger var målingene på disse parametrene utført hos pasient 1 og 2, og viste noe avvikende verdier. Dette var informasjon som til dels var nyttig siden dette kunne relateres til de plagene pasientene opplevde fra øyne og hud. Imidlertid vil slike målinger ofte kunne være vanskelig å bruke siden disse parameterne vil variere mye i forhold til årstid, utetemperaturen, antall mennesker som oppholder seg i rommet osv.

Konklusjon

Denne oppgaven har vist at nytteverdien av inneklimatemålinger ved mistanke om fukt og mugg på en arbeidsplass, har begrenset verdi i forhold til utredningen av våre pasienter. Målingene var i alle disse sakene kun en bekreftelse på en allerede påvist fuktskade, informasjon som hadde vært nok for oss i våre saker. Vi mener derfor slike målinger kan og bør begrenses.

Tabell 1. Inneklimamålinger utført på arbeidsplassen til seks pasienter utredet for inneklimaplager på en Yrkesmedisinsk avdeling.

	Rapport	Sopp	Bakterier	VOC	Støv	C02	Luftfuktighet	Temperatur	Fukt i vegg
Pasient 1	a b c	x x x	x		x	x	x	x	x
Pasient 2	a b	x	x		x	x	x	x	
Pasient 3, 4 og 5	a*	x	x	x	x				x
Pasient 6	a	x	x						x

*forelå som tre forskjellige rapporter.

Referanser

- Fisk WJ, Lei-Gomez Q, Mendell MJ. Meta-analyses of the association of respiratory health effects with dampness and mould in homes. *Indoor Air*. 2007.
- Sahakian N, Park JH, Cox-Ganser J. Respiratory morbidity and medical visits associated with dampness and air-conditioning in offices and homes. *Indoor Air*. 2009.
- Zock JP, Jarvis D, Luczynska C, Sunyer J, Burney P. Housing characteristics, reported mold exposure, and asthma in the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol*. 2002.
- Gunnbjørnsdóttir MI, Franklin KA, Norback D, Björnsson E, Gislason D, Lindberg E et al. Prevalence and incidence of respiratory symptoms in relation to indoor dampness: the RHINE study. *Thorax*. 2006.
- Salo PM, Arbes SJ, Jr., Crockett Pw, Thornes PS, Cohn, Zeldin DC. Exposure to multiple indoor allergens in US homes and its relationship to asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2008.
- Koskinen OM, Husman TM, Meklin TM, Nevalainen AI. The relationship between moisture or mould observations in houses and the state of health of their occupants. *Eur Respir J*. 1999.
- Gunnbjørnsdóttir MI, Norback D, Plaschke P, Norrman E, Björnsson E, Björnsson E, Janson C. The relationship between indicators of building dampness and respiratory health in young Swedish adults. *Respir Med*. 2003.
- Hope AP, Simon RA. Excess dampness and mould in homes: an evidence-based review of the aeroirritant effect and its potential causes. *Allergy and Asthma Proc*. 2007.
- Quansah T, Jaakkola S, Hugg TT. Residential dampness and mould and the risk of developing asthma: A systematic review and metaanalysis. *PLOS ONE* 2012.
- Zang X, Sahlberg B, Wieslander G. Dampness and mould in workplace buildings: Associations with incidence and remission of sick building syndrome (SBS) and biomarkers of inflammation in a 10 year follow-up study. *Science of the Tot Environ*. 2012.
- Norback D, Zock JP, Plana E. Lung function decline in relation to mould and dampness in the home: the longitudinal European Community Respiratory Health Survey ECRHS II. *Thorax* 2011.
- Redlich CA, Sparer J, Cullen MR. Sick-building syndrome. *Lancet*. 1997.
- Burge PS. Sick building syndrome. *Occup Environ Med* 2004.
- Angvall K, Norrby C, Norback D. Sick building syndrome in relation to building dampness in multi-family residential buildings in Stockholm. *Int Arch Occup Environ Health* 2001.
- Karvala K, Toskala E, Luukkonen R. Prolonged exposure to damp and mouldy workplaces and new-onset asthma. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011.

Tabell 2. Oversikt over sopper og bakterier funnet i målinger på arbeidsplassen til seks pasienter utredet for inneklimaplager på en Yrkesmedisinsk avdeling.

<p>Sopp</p> <p>Caldisporium sp. Gjørsopp Aspergillus sp. Penicillium sp. Aspergillus versicolor Trichoderma sp. Strachybotrys chartarum Monilia sitophilia Råtesopp Paecilomyces variotii Chaetomium globosum Acremonium sp. Dermatiaceous hypomyces Rhizopus Phoma Eurotium rubrum Mucor sp. Wallemia sebi</p> <p>Bakterier</p> <p>Streptomyces</p>
--

Juridiske utfordringer knyttet til godkjenningsordningen av røyk- og kjemikaliedykkere

Bedriftslege Liv Heiberg Okkenhaug, Arbeidsmiljøavdelingen, Bergen Kommune

Problemstilling

Som bedriftslege i Bergen kommune har jeg de siste 3 årene hatt ansvaret for sertifisering av røykdykkerne i kommunen – 190 personer. 187 av disse er menn, 3 kvinner. 85 røykdykkere er over 50 år. Øvre pensjonsalder for en røykdykker er 57 år.

Når en røykdykker ikke lenger kan jobbe som røykdykker av helsemessige årsaker, vil han måtte forflyttes til annen avdeling i brannvesenet, til annet arbeid innad i kommunen eller til en stilling utenfor kommunen. I tillegg til å miste sin opprinnelige stilling, vil han også miste retten til en gunstig arbeids- tidsordning med mange fridager. Mange røykdykkere har jobber ved siden av i sine friperioder, og må mange ganger si opp disse stillingene ved overgang til annen avdeling. Er han under 50 år når det skjer, vil han også miste retten til tidlig pensjonsalder.

Hos mange av røykdykkerne blir det gjort funn som enten er for høye eller for lave i forhold til føringene den medisinske veiledningen til Arbeidstilsynet gir. Dette er spesielt tydelig i gruppen over 50 år. Et eksempel på det kan være en person med redusert lungefunksjon til en slik grad at det kan diagnostiseres som KOLS grad I, men som enda ikke gir symptomer. I følge veiledningen vil han da ikke være helsemessig godkjent, mens han selv ikke føler helsen er redusert.

Med dette som utgangspunkt er sannsynligheten til stede for at jeg vil komme i en situasjon der en røykdykker er uenig med min avgjørelse om: «ikke helsemessig godkjent» Det kan enten være han er uenig i min vurdering, eller han mener Arbeidstilsynets føringene er for strenge.

Roller som bedriftslege i en slik situasjon er ikke tydelig. Hva er dagens retningslinjer? Er dagens retningslinjer tilstrekkelige for god juridisk praksis? Bruker vi retningslinjene slik de er ment å bli brukt?

Refleksjoner

Bestemmelser som gjelder helseundersøkelse av røyk- og kjemikaliedykkere finner man direkte og indirekte omtalt i *Arbeidsmiljøloven*(1), i *Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav*(2) hjemlet i arbeidsmiljøloven og i *Veiledningen om helseundersøkelse og fysiske tester for røyk- og kjemikaliedykkere*(3), utarbeidet med bakgrunn i denne forskriften.

Overordnet står helse, miljø og sikkerhetsarbeidet

generelt beskrevet i arbeidsmiljøloven. Her er helsekontrollene indirekte nevnt ved at arbeidsgiver er pålagt å drive systematisk HMS arbeid i bedriften(1). Underlagt denne loven har vi seksulike arbeidsmiljøforskrifter. *Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav* (2) er én av disse seks. Der står helseundersøkelse av røyk- og kjemikaliedykkere beskrevet:

§ 3-23. *Helseundersøkelse ved arbeid som røyk- eller kjemikaliedykkere.*

Personer som skal utføre røyk- eller kjemikaliedykking skal gjennomgå en helseundersøkelse som skal omfatte klinisk undersøkelse av alle relevante forhold, inkludert tester for fysisk kapasitet.

Arbeidsgiver skal sørge for at helseundersøkelsen foretas regelmessig.

Arbeidsgiver kan kreve at røyk- eller kjemikaliedykkere skal gjennomgå ny helseundersøkelse hvis arbeidsgiveren eller røyk- eller kjemikaliedykkeren erfarer helsesvikt som kan ha betydning for funksjonsevnen som røyk- eller kjemikaliedykkere(2).

I neste kapittel står det:

§ 3-24. *Arbeidsgivers oppfølging av helseundersøkelse av røyk- og kjemikaliedykkere.*

En arbeidstaker som ved helseundersøkelse viser seg å ha sykdom, skade eller nedsatt fysisk kapasitet som øker risikoen for ulykke eller nedsatt helse ved røyk- eller kjemikaliedykkerarbeid, skal ikke nyttes i slikt arbeid, men settes til annet arbeid(2).

Videre står det i samme forskrift:

§ 3-27. *Særlige krav om helsemessig skikkethet for røyk- eller kjemikaliedykkere.*

Arbeidsgiver skal bare nytte personer til røyk- eller kjemikaliedykking som ved helseundersøkelse er funnet helsemessig skikket til arbeidet(2).

I forskriften står det også:

§ 1-5 *Dispensasjon*

Arbeidstilsynet og Petroleumsstilsynet kan på sine områder gi dispensasjon fra forskriften dersom det foreligger særlige grunner, det er sikkerhets- og helsemessig forsvarlig, og det ikke strider mot EØS-avtalen(2).

Bestemmelsene nedtegnet i lover og forskrifter er ufravikelige regler. Vi kan ikke velge å se bort fra

dem. I så måte kan vi f. eks ikke velge bort en klinisk undersøkelse eller fysiske tester. Hva den kliniske undersøkelsen skal inneholde og hva som til en hver tid er relevant, er derimot ikke nærmere beskrevet i forskriften.

Veiledning om helseundersøkelse og fysiske tester for røyk- og kjemikaliedykkere (4) er utarbeidet av arbeidstilsynet på 90 tallet som et hjelpemiddel for arbeidsgivere og helsepersonell som jobber med sertifisering av røyk- og kjemikaliedykkere. Dette for å lette arbeidet med å finne hva som er relevant, både i forhold til kliniske undersøkelser og fysiske tester.

I veiledningen står det:

Forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen (kjemikalieforskriften, bestillingsnummer 566) stiller i § 30 og § 33 krav til arbeidsgiveren om at bare arbeidstakere som er funnet helsemessig skikket til arbeidet, kan utføre røyk- og kjemikaliedykkerarbeid.

Disse kravene er satt for å:

- beskytte røyk- og kjemikaliedykkerens helse og sikkerhet.
- sikre at helse- eller fysiske forhold hos røyk- og kjemikaliedykkerne ikke setter andre arbeidstakeres helse og sikkerhet i fare.

Denne publikasjonen skal først og fremst gi veiledning til arbeidsgivere om hvilke krav som settes til røyk- og kjemikaliedykkere for at de skal anses å være helsemessig skikket til å bli utsatt for de utfordringer og farer som dette arbeidet kan medføre. Den vil dermed også gi arbeidstakere nødvendige opplysninger om kravene som stilles til dem. Publikasjonen skal i tillegg gi veiledning til helsepersonalet, slik at de kan bedømme om røyk- og kjemikaliedykkerne er helsemessig skikket til arbeidet.

Kjemikalieforskriften (5) som nevnes her som egen forskrift, eksisterer ikke i den formen det her refereres til. Vi finner den igjen i *Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav*.

Hvis man tar kontakt med Arbeidstilsynet og spør hvilke klagemuligheter en røykdykker har hvis han ikke blir helsemessig godkjent, får man følgende muntlige svar.

"Helseattesten kan ikke påklages fordi det ikke fører til et enkeltvedtak i følge forvaltningsloven, men kun er en vurdering. Grunnen til at det ikke skal føre til et enkeltvedtak, er fordi det ikke er bestemmende for arbeidstakers rettigheter. Det er ingen rettighet å være røykdykker. Hvis arbeidstaker ikke er helsemessig godkjent og ikke er enig denne avgjørelsen, kan arbeidsgiver velge ut én annen kompetent lege til å gi en uavhengig attest – for en "second opinion". Den sist daterte attesten fra en kompetent lege er den som til en hver tid er gjeldende. Attesten er gjeldende frem til neste helsekontroll".

Disse retningslinjene har jeg per i dag ikke klart å finne nedskrevet noe sted. Det er heller ikke klar

enighet innad i Arbeidstilsynet hvordan dette forholdet seg – mange sier at det kun er én annen lege man kan engasjere. Noen sier det ikke er noen begrensninger i antall leger en arbeidsgiver kan sende arbeidstaker til.

Hva sier så forvaltningsloven om slike avgjørelser som fører til forflytning av arbeidstaker?

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Kap 1 § 2. Definisjoner

- a) vedtak, en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter).*
- b) enkeltvedtak, et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer.*
- d) offentlig tjenestemann, en embetsmann eller annen som er ansatt i statens eller en kommunes tjeneste.*
Avgjørelse som gjelder ansettelse, oppsigelse, suspensjon, avskjed eller forflytting av offentlig tjenestemann, regnes som enkeltvedtak (7).

Det er flere yrkesgrupper og fagfelt hvor arbeidsgiver krever helsesertifisering av sine ansatte for å bedømme om de er helsemessig skikket til å utføre arbeidet sitt eller ikke. Derfor kan det være interessant å se hvordan det håndteres der. Nedenfor følger noen eksempler på hvordan rutinene arter seg for andre yrkesgrupper:

For off-shore arbeidere er det en petroleumslege som utsteder en helseattest. Dersom arbeidstaker er uenig i legens vurdering «ikke helsemessig godkjent», kan arbeidstaker få prøvd saken sin hos Fylkesmannen i Rogaland som fatter et enkeltvedtak som kan påklages til en klagemnd bestående av: En lege, en person foreslått av petroleumstilsynet, en lege foreslått av arbeidsgiverorganisasjonen og en tillitsvalgt. Avgjørelsen fattet av denne klagemnden kan ikke påklages (3).

For sjømenn er det sjømannslegen som utsteder en attest som i seg selv regnes som et enkeltvedtak. Dersom arbeidstaker er uenig i legens vurdering «ikke helsemessig godkjent» kan arbeidstaker klage på vedtaket til sjømannslegen, som må ta en ny vurdering. Hvis fortsatt ikke godkjent og ikke enighet, går saken inn til en fagnemnd. Fagnemnden består av: En lege, en representant fra fagforbundet og en representant fra sjøfartsdirektoratet. Vedtak fattet av fagnemnda kan ikke påklages.

For lokførere i NSB er det jernbaneleger som utsteder en helseattest. Attesten regnes ikke som et enkeltvedtak, men som en vurdering. Reglene er underlagt jernbanetilsynet og står i fører-forskriften. I NSB har de valgt å danne en gruppe av jernbaneleger som tar opp vanskelige saker.

En røykdykker som av helsemessige årsaker ikke lenger kan jobbe som røykdykker vil måtte forflyttes til

annen enhet innen brannvesenet, til annen stilling innad i kommunen eller til en annen jobb. Det er selvfølgelig vesentlig om helseendringen er av midlertidig eller permanent karakter, men er den av permanent karakter, må han forflyttes til annet arbeid. Det er arbeidsgiver som tar avgjørelsen om hvor vedkommende skal og kan flyttes til, men brannvesenet har etter forskrift ikke mulighet til å velge bort denne avgjørelsen. På den måten er helseattesten fra legen premissleverandør - altså bestemmende, for avgjørelsen om forflytningen. Spørsmålene er derfor: Burde helseattesten ført til et enkeltvedtak i følge forvaltningsloven eller ikke?

Avgjørelse som gjelder ansettelse, oppsigelse, suspensjon, avskjed eller forflytting av offentlig tjenestemann, regnes som enkeltvedtak(7).

Etter forvaltningsloven kan det virke juridisk tydelig at alle avgjørelser som fører til forflytning av offentlig tjenestemann skal føre til et enkeltvedtak som kan påklages(7).

En brannmann ansatt i kommunen er ikke en offentlig tjenestemann i det at han ikke er ansatt i staten (7). I forvaltningsloven er kommunalt ansatte likevel nevnt.

I forvaltningsloven står det:

Med denne loven menes §2

d) offentlig tjenestemann, en embetsmann eller annen som er ansatt i statens eller en kommunes tjeneste(6)

Om en brannmann eller røykdykker omfattes av denne loven eller ikke, er et juridisk spørsmål og må vurderes av jurister. Jeg nøyer meg her med å trekke frem noen punkter jeg mener er av betydning.

Er avgjørelsen bestemmende for den ansatte?

Et annet vesentlig punkt ved forvaltningsloven er om avgjørelsen er bestemmende for den ansattes rettigheter eller ikke? Det synes klart at når avgjørelsen først er tatt av arbeidsgiver, så er den bestemmende i det at den er endelig og vil føre til forflytning av arbeidstakeren.

Spørsmålet blir da om muligheten til å få prøvd saken sin hos en annen kompetent lege, er så vesentlig at den første helseattesten ikke kan sies å være bestemmende i seg selv.

I veiledningen til Arbeidstilsynet er ikke denne problemstillingen nærmere beskrevet, heller ikke i forskriften. Ved spørsmål til Arbeidstilsynet får man to forskjellige svar:

1. Det er anledning til å innhente attest fra én annen kompetent lege som en slags "second opinion". Den sist daterte helseattesten er den som er gjeldende. Den siste helseattesten gjelder frem til neste helsekontroll.

2. Det foreligger ingen begrensninger i antall leger man kan få sin helse vurdert hos.

Her er det etter min mening helt klart behov for en felles konsensus innad i Arbeidstilsynet om hvor mange ganger arbeidsgiver kan innhente helseattest fra ulike leger for å kunne avgjøre om helseattesten

kan sies å være bestemmende eller ikke.

Hvilke rettigheter er det så forvaltningsloven refererer til?

Arbeidstilsynet hevder at: *"Enkeltvedtak omfatter rettigheter og plikter, og det er ingen rettighet å være røykdykker"*

Mitt spørsmål til dem da har vært: «Er det da en større rettighet å være off-shore arbeider eller sjømann?»

La oss se nærmere på denne betraktningen: Det som virker selvfølgelig er at man ikke har en generell rett til å være hverken røykdykker, off-shore arbeider eller sjømann.

Spørsmålet er om det er rettigheter tolket så vidt forvaltningsloven henspiller på? Eller menes det rettighetene og pliktene som følger med f.eks et ansettelsesforhold?

En annen utfordring i forhold til utstedelsen av helseattesten er bruken av "second opinion". Med «second opinion» forstås folk flest enten at både pasient og lege ønsker å få en vurdering av en annen lege fordi tilstanden er vanskelig å diagnostisere eller behandle. Alternativt har pasienten mistet tillit til legen og ønsker å få sin tilstand vurdert av en annen lege av den grunn. Juridisk sett er dette tydeligere knyttet til pasienters rett til å bli henvist til spesialist, vanligvis av sin fastlege. Man har kun rettigheter til å få denne vurderingen én gang for hver tilstand man har. Man har altså ikke en rett til et ubegrenset antall vurderinger. Dette er regulert av pasientrettighetsloven (8). Prinsippet om at en røykdykker skal få mulighet til å få sin helse vurdert av en annen kompetent lege har flere utfordringer ved seg som er verdt å belyse:

For å forenkle diskusjonen velger jeg å kalle den legen som er ansatt av brannvesenet til å gjennomføre helseundersøkelsene til vanlig, som lege nr. 1. Den legen som arbeidsgiver bestemmer skal vurdere helsetilstanden til arbeidstaker på nytt, kalles lege nr. 2.

Flere problemstillinger reiser seg:

For det første - hvem skal informere lege nr. 2? Dette er svært vesentlig for utfallet av helseundersøkelsen foretatt av lege nr. 2. Arbeidsgiver som antakeligvis ikke vet noe eller lite om arbeidstakers helsetilstand? Arbeidstaker som helt klart har et stort ønske om å bli godkjent og i alt det vesentlige er farget av at han først ikke har blitt godkjent, eller lege nr. 1 som vil føle på at dette er en situasjon hvor hans arbeid blir evaluert? Det er innlysende at dette er avgjørende for utfallet av helseundersøkelsen, og jeg mener det er påkrevet å få klarere retningslinjer i forhold til det.

I all hovedsak har brannvesenene rundt omkring i Norge knyttet seg til én bedriftshelsetjeneste, gjerne med én tilhørende bedriftslege til å utføre helsekontrollene av brannmenn. Så lenge vi har ordningen med én bedriftslege, vil aldri ordningen med "second opinion" fungere etter hensikten. Hadde det vært slik at den enkelte arbeidstaker selv hadde ansvaret for å innhente en helseattest hadde det stilt seg annerledes. Da ville han ikke vært bundet av én bedriftshelsetjeneste, og ville kunne fortsette å gå til lege nr. 2 som godkjente ham den gangen han første gang ikke

ble godkjent av lege nr. 1.

Det mangler retningslinjer for hvordan dette skal gjennomføres. Dette resulterer i at en hver gjør det som man finner mest hensiktsmessig i situasjonen. Mitt inntrykk av praksis per i dag er at lege nr. 1 føler seg presset til å bøye seg for lege nr. 2 sin vurdering for å unngå nettopp en slik runddans som beskrevet over. Dette er etter min mening ikke tilfredsstillende med tanke på kvaliteten eller hensikten av systemet. Et annet vesentlig punkt det er viktig å belyse er at vi i vår avgjørelse må ta hensyn til evt. medisinsk eller brannskikkerhetsmessige fremskritt, og kunne foreta en skjønnsmessig vurdering av alle relevante forhold. Forskning innen medisin gir pasientgrupper behandlingsalternativer som gir dem langt bedre helse i dag enn f.eks. for 10 år siden. Utvikling innen brannsløkking fører til forbedret arbeidshverdag for brannmenn og lavere risiko i dag enn tidligere.

I Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav står det i § 3-23:

Personer som skal utføre røyk- eller kjemikaliedykking skal gjennomgå en helseundersøkelse som skal omfatte klinisk undersøkelse av alle relevante forhold, inkludert tester for fysisk kapasitet (2).

Denne forskriften er rundt formulert. Dette virker hensiktsmessig både for å ta høyde for hvordan ting endrer seg over tid, og forskjellene fra arbeidssted til arbeidssted. Det vil f.eks. være vesentlig forskjell på en røykdykker ansatt i Avinor uten mange branntiløp, mot en som f.eks. jobber i Oslo i gruppen som kun tar røykdykkeroppdrag.

Likevel er forskriften så generell at man ikke får noe hjelp i forhold til hva man skal ha fokus på når man som lege skal avgjøre om røykdykkeren er helsemessig skikket eller ikke. Her er det veiledningen til Arbeidstilsynet kommer inn.

I innledningen til denne veiledningen står det:

Forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen (kjemikalieforskriften, bestillingsnummer 566) stiller i § 30 og § 33 krav til arbeidsgiveren om at bare arbeidstakere som er funnet helsemessig skikket til arbeidet, kan utføre røyk- og kjemikaliedykkerarbeid.

Disse **kravene** er satt for å:

- beskytte røyk- og kjemikaliedykkerens helse og sikkerhet.
- sikre at helse- eller fysiske forhold hos røyk- og kjemikaliedykkerne ikke setter andre arbeidstakeres helse og sikkerhet i fare.

Slik ordet brukes her, pekes det på kravet som etter forskrift stilles til arbeidsgiver om bare å bruke arbeidstakere som er funnet helsemessig skikket til å utføre røyk- og kjemikaliedykkerarbeid. Det er for så vidt udiskutabelt. Hadde man skullet fravike denne regelen, måtte man søkt arbeidstilsynet om dispensasjon fra kravet. Dette kunne man se for seg i en ekstrem situasjon, med knapphet på enten tid eller menneskelige ressurser. Naturkatastrofer, krig eller omfattende terror kunne være eksempler på slike situasjoner.

Ordet krav dukker så opp to ganger til, i følgende set-

ninger:

*Denne publikasjonen skal først og fremst gi veiledning til arbeidsgivere om hvilke **krav** som settes til røyk- og kjemikaliedykkere for at de skal anses å være helsemessig skikket til å bli utsatt for de utfordringer og farer som dette arbeidet kan medføre. Den vil dermed også gi arbeidstakere nødvendige opplysninger om **kravene** som stilles til dem (2).*

Her mener jeg at ordet krav er brukt feil i forhold til å utdype forskriftens ord om relevante kliniske undersøkelser og fysiske tester. Ordet krav blir oppfattet slik at de medisinske kriteriene nevnt i veiledningen er **absolutte** og ikke **relevante** slik forskriften sier. Videre i veiledningen fins det også flere eksempler på at den er utformet førende, og ikke veiledende. Ved hele diagnosegrupper står det f.eks. "ikke helsemessig godkjent", som f.eks. ved KOLS og gjennomgått hjerteinfarkt. KOLS er et vidt diagnostisk begrep, helt fra asymptomatiske, relativt stabile tilstander hvor man kun ser redusert lungefunksjon på spirometri, til en invalidiserende, raskt progredierende og dødelig tilstand.

Mitt poeng er at hvis denne veiledningen er ment veiledende, bør den være utformet som det. Ikke som et krav. I tillegg får man i Arbeidstilsynet ulik informasjon om hvordan denne veiledningen skal tolkes - veiledende eller som et krav.

Konklusjon

Det skal foreligge vel gjennomtenkte grunner for å frata noen ens yrkesutøvelse. Avgjørelsen bør være tuftet på den forskning, erfaring og lovgiving vi til en hver tid har til rådighet. Avgjørelsen er ment å komme alle parter til gode – både arbeidstaker og arbeidsgiver. Legen skal kunne stå inne for avgjørelsen tatt, både etisk og medisinsk. Da må retningslinjene være entydige, utdypende og tidsaktuelle.

Jeg mener det er behov for et organ der man kan drøfte "vanskelige saker" på et nasjonalt eller regionalt plan for i større grad å ivareta en rettferdig og mest mulig lik behandling av arbeidstakerne. Blir det slik i fremtiden at helseattesten skal føre til et enkeltvedtak i følge Forvaltningsloven, ser jeg for meg at et slikt organ vil være forankret i denne loven. I motsatt fall bør man likevel se på mulighetene for å danne et organ hvor slike saker kan drøftes.

Referanser

1. LOV 2005-06-17 nr. 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.
2. FOR 2011-12-06 nr. 1357: Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav, (2013).
3. Helsedirektoratet. Veileder til Forskrift om helsekrav for personer i arbeid på innretninger i petroleumsvirksomheten til havs. 2011.
4. Arbeidstilsynet. Veiledning om helseundersøkelse og fysiske tester for røyk- og kjemikaliedykkere - fulltekst. 2005.
5. Forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen (kjemikalieforskriften).
6. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker.
7. LOV 1983-03-04 nr. 03: Lov om statens tjenestemenn m.m. [tjenestemannsloven].
8. Lovdata. Pasientrettighetsloven.

Vårkonferanse i Trondheim

Vårkonferansen for arbeidsmedisinere var i Trondheim i år, i mai 2013. Møtet ble holdt på Nidelven hotell, et nydelig sted – og sol var det også innimellom! Det var en faglig god konferanse med mange interessante innlegg, og de sosiale innslag ga gode muligheter for diskusjon og nettverksbygging. Nordsjødykkere, silisiumkarbid, psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, kokker, økonomisk krise, lungesykdommer, løsemidler og sykefravær ble gjennomgått – dvs. noe for enhver smak! Trikketur til Lian og Trønderkost! Disse konferansene er viktige, og flere burde komme på dem!



Koret hadde en gøyol koreografi.



Morten Skandfer fikk Forskningsprisen 2013.09.08.



Glade arbeidsmedisinere i vakre omgivelser på Lian.



Tore Tynes ringte og ringte, da foreleseren ikke dukket opp! Men han kom til slutt!



Tellekors i gang, det var avstemning på årsmøtet.

Redaksjonen samler informasjon fra foreningen under overskriften "Foreningsnytt". Her vil du finne referater fra styremøtene og annen informasjon fra Norsk arbeidsmedisinsk forening. Referatene vil være noe forkortet, av plasshensyn i bladet. For fullstendige referater, henvises til foreningens nettsider (<http://www.legeforeningen.no/>).

Protokoll fra 134. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin torsdag 13. juni 2013

Sak 24/2013 Strategiske saker for styreperioden

For å utarbeide en plan for neste styreperiode besluttet styret å ha et arbeidsmøte 28. – 29.10. på Soria Moria. Sekretariatet avtaler med president om mulig deltakelse fra henne på siste del av møtet tirsdag ettermiddag.

Sak 25/2013 Takst for dialogmøter

Det er avtalt møte med Hanne Riise-Hansen fra JA-avdelingen til møte om takster 29.8. kl 13.00

Sak 26/2013 Hva gjør vi med rapporten fra Bente Moen, kartlegging av bedriftslegers arbeidsoppgaver?

Bente Moen planlegger å publisere en internasjonal artikkel om resultatene av kartleggingen av bedriftslegers oppgaver. Styret vurderer også en omtale av undersøkelsen i Dagens Medisin. Tore Tynes tar kontakt med Dagens Medisin og prøver, i samarbeid med Bente Moen, å finne vinklinger på resultatene av undersøkelsen som kan være av interesse for leserne. Styret ønsker å utarbeide et dokument: *Hvorfor trenger du arbeidsmedisiner i din bedrift*. Tone Eriksen, Helle Laier Johnsen og Hilde Slørdahl Conradi utarbeider et utkast til dokumentet.

Sak 27/2013 Oppsummering Vårkonferansen 2013.

Programmet og gjennomføringen av vårkonferansen ble gjennomgått. Tilbakemeldingene var at programmet var interessant og inspirerende og konferansen ble godt gjennomført.

Sekretærfunksjonen for framtidige vårkonferanser må vurderes.

Sak 28/2013 Orientering om Vårkonferansen 2014.

Vårkonferansen neste år 7. – 9.5.. Kurskomiteen vurderer ulike konferanssteder i Østlandsområdet.

Sak 29/2013 Oppsummering Landsstyremøtet i Alta 2013.

Knut Skyberg orienterte fra landsstyremøtet. Møtet var preget av samhold i foreningen. Spesialitetskomiteen hadde levert inn gode høringsuttalelser både på spesialitetssaken og etterutdanningsaken. En annen sak som ble omfattende debattert var legers rett til å reservere seg mot å henvise pasienter i for-

bindelse med abort og assistert befruktning.

Sak 30/2013 Orientering om innhold i intern høringsuttalelse fra Spesialitetskomiteen - spesialistutdanningen.

Det var innkommet høringsbrev fra Legeforeningen datert 10. mai med svarfrist 27. mai 2013. Styrene hadde på e-post vedtatt å slutte seg til uttalelsen avgitt av spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin og dette var meddelt Legeforeningen. Saken diskuteres videre med spesialitetskomiteen i 29.8..

Sak 31/2013 Stillingsbeskrivelser medisinsk faglig ansvarlig og bedriftslege

Det forelå forslag til stillingsbeskrivelser for hhv medisinsk faglig ansvarlig og bedriftslege utarbeidet av Helle Laier Johnsen. Beskrivelsen er publisert i Ramazzini. Gruppen arbeider videre med beskrivelsen, og den sendes spesialitetskomiteen for diskusjon på møtet i august.

Sak 35/2013 Høring – Kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen.

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 7. juni 2013 vedlagt høring fra Helse Nord og KS Nord-Norge om kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen.

Agneta Iversen og Tore Tynes vurderer om høringen er aktuell for det arbeidsmedisinske fagområdet. Svarfrist 5. august.

Protokoll fra 135. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin torsdag 29. august 2013

Sak 40/2013 Egen facebookside for Namf/Nfam.

Styret besluttet å opprette egen facebookside: Norsk arbeidsmedisin. Jarand Hindenes oppretter siden og kontakter Legeforeningens informasjonsavdeling for tilpasning av logo o.l.

Sak 41/2013 Styrets spalte i Ramazzini nr. 4-2013. Frist 1.11.

Tone Eriksen er ansvarlig for styrets spalte i Ramazzini nr 4.

Sak 42/2013 Fagkonferanse 2014.

Fagkonferansen ble fastsatt til 13. og 14.2. 2014. Mulig tema er bedriftslegens møte med media.

Sak 44/2013 Bedriftslegetakster.

Hanne Riise-Hansen fra avdeling for jus og arbeidsliv var invitert for å redegjøre for takster i forbindelse med dialogmøter i NAV. Takstene for fastlegene fastsettes av NAV. Bedrifter i IA-avtalen har krav på et tilskudd for BHT-deltakelse i dialogmøtene. Dette tilskuddet er lavere enn det fastlegene får, noe som gjør at BHTer ofte velger å sende ikke-leger på dialogmøtene. Takstene for fastlegene og tilskuddet for BHT-deltakelse fastsettes ulikt. Styrene vil arbeide for å øke tilskuddet til BHT slik at det kan bli mer attraktivt for BHTer å sende leger, men argumentasjonen for dette må være faglig: hvorfor det er viktig at det er personer med arbeidsmedisinsk kompetanse som deltar på dialogmøtene. Tone Eriksen utarbeider et notat sammen Helle L. Johnsen og Jarand Hindenes som kan oversendes til Legeforeningen i forbindelse med reforhandlingene av IA-avtalen.

Sak 46/2013 Stillingsbeskrivelser medisinsk faglig ansvarlig og bedriftslege.

Det forelå et utkast til stillingsbeskrivelse for medisinsk-faglig ansvarlig utarbeidet av Helle L. Johnsen. Utkastet ble diskutert i møtet med spesialitetskomiteen. Utkastet revideres etter forslagene som kom fram i møtet og sendes styret for godkjenning før det legges ut på arbeidsmedisin.no.

Sak 47/2013 Høring – forslag til endringer i arbeidsmiljøforskriftene. Frist 1.9.

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 28.6.2013 vedlagt høring fra Arbeidstilsynet med forslag til endringer i de nye arbeidsmiljøforskriftene som trådte i kraft 1.1.2013.

Det forelå utkast til svar på høringen utarbeidet av Tone Eriksen. Utkastet ble vedtatt med mindre endringer og oversendes sekretariatet som legger det inn som høringssvar på Dnlfs nettsider.

Sak 50/2013 Høring – Forslag til ny pasientjournallov og ny helseregisterlov. Frist 16.9.

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 5.7.2013 vedlagt høring fra Helse- og omsorgsdepartementet med forslag til pasientjournallov og en ny helseregisterlov. Lovene skal erstatt dagens helseregisterlov. Tor Erik Danielsen og Lise Sørbø utarbeider forslag til høringssuttalelse som sendes styrene for kommentarer. Høringsfristen er 16.9.

Sak 51/2013 Intern høring – utkast til policynotat om ledelse i sykehus. Frist 3.9.

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 14.6.2013 samt forslag til høringssuttalelse.

Tone Eriksen og Tor Erik Danielsen hadde utarbeidet en høringssuttalelse til policynotat om ledelse i sykehus som ble godkjent av styrene. Sekretariatet legger det inn som høringssvar på Dnlfs nettsider.

Sak 52/2013 Ny redaktør for Ramazzini.

Bente E. Moen hadde meddelt at hun ønsket å fratse sitt verv som redaktør for Ramazzini. Saken utsettes til arbeidsmøtet i oktober.

Sak 57/2013 Vårkonferansen 2014

Vår konferanse blir neste år 7. til 9.5. 2014.

Arbeidsmedisinsk høstmøte i Bergen

Det ble avholdt et fagmøte for de arbeidsmedisinske avdelinger og -institusjoner i Bergen 2.-3. september 2013. Møtet samlet ca. 50 deltagere. Temaene var forskjellige, med vekt på tradisjonelle tema som hvordan løsemiddelpasienter skal håndteres, hudplager, allergi og astma. Det var også noen nye innspill, som f.eks. helseeffekter av radarstråling. Yrkeshygieniker Bjørg Eli Hollund var den som skal ha ros for at arrangementet ble avholdt, med stor innsats og energi!



Bjørg Eli Hollund.

Høring – Forslag om endringer i arbeidsmiljøforskriftene

Det vises brev fra Legeforeningen datert 28. juni 2012.

Med enkelte unntak støtter Namf/Nfam forslag til endringer i arbeidsmiljøforskriftene.

Unntakene er imidlertid av en så prinsipielt viktig art at vi ber om at vårt svar tillegges stor vekt i Legeforeningens videre arbeid med høringssvaret.

Det viktigste momentet for Namf/Nfam er punkt nr. 3 i høringen:

Forslaget om endring av forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 3-7 femte ledd ved å erstatte begrepene «verneleder» og «bedriftslege» med «bedriftshelsetjenesten».

Forslaget til ny § 3-7 er følgende:

«Personale i bedriftshelsetjenesten, jf. Arbeidsmiljøloven § 3-3, kan ikke velges som representanter for arbeidsgiveren eller arbeidstakerne. Minst to representanter fra bedriftshelsetjenesten skal være faste medlemmer av utvalget.»

Verneledere er ansatt i bedriften og har ikke vært en representant for bedriftshelsetjenesten tidligere. Imidlertid støtter vi at minst to representanter fra bedriftshelsetjenesten skal være faste representanter.

Vi mener allikevel at det må presiseres at en av disse representantene må være bedriftslegen. Dette er viktig fordi vi ser at bedriftslegen i mange tilfeller kun blir satt til å utføre helsekontroller. Ved å fjerne bedriftslegen som representant vil den viktige rådgivende rollen en bedriftslege har i AMU lett kunne bortprioriteres til fordel for helsekontroller.

Det er bedriftslegene som skal ha den bredeste arbeidshelsefaglige bakgrunn i bedriftshelsetjenesten og som derfor bør ha den fulle oversikt over helseforholdene i kundebedriftene. Namf/Nfam mener derfor at bedriftslegen er den mest hensiktsmessige deltageren fra bedriftshelsetjenesten i AMU.

Et annet viktig aspekt er at det i spesialiseringen arbeidsmedisin er et krav om deltagelse i AMU for å kunne få en bred nok erfaringsbakgrunn for å bli spesialist. Ved å fjerne bedriftslegen fra § 3-7, undergraver man en spesialisering, som er ønsket på Departementsnivå.

Namf/Nfam ber på bakgrunn av overforstående om at ny tekst i § 3-7 blir:

«Personale i bedriftshelsetjenesten, jf. Arbeidsmiljøloven § 3-3, kan ikke velges som representanter for arbeidsgiveren eller arbeidstakerne. Minst to representanter fra bedriftshelsetjenesten skal være faste medlemmer av utvalget, hvorav den ene er bedriftslegen.»

Den andre forskriftsendringen Namf/Nfam ikke kan stille seg bak er punkt nr. 7 i høringen, spesielt § 6-11 tredje ledd i forskrift om utførelse av arbeid.

I forslaget til § 6-11 står det:

«Egnet helseundersøkelse skal utføres av kompetent helsepersonell for arbeidstakeren kan bli eksponert for biologiske faktorer, og deretter med regelmessige mellomrom. Lege avgjør hyppigheten av og innholdet i undersøkelsen på bakgrunn av eksponeringens art, nivå og varighet, og på bakgrunn av arbeidstakerens helsetilstand.»

Namf/Nfam kan ikke se hva slags annet helsepersonell enn lege som kan gjøre helseundersøkelser i forhold til eksponering for biologiske faktorer. Derfor mener vi at det også her bør stå kompetent lege.

Det er ikke annet helsepersonell enn leger som kan sette diagnoser og gjøre medisinske vurderinger av arbeidstakerens helsetilstand.

Namf/Nfam ber på bakgrunn av overforstående at tekst i § 6-11 blir:

«Egnet helseundersøkelse skal utføres av kompetent lege for arbeidstakeren kan bli eksponert for biologiske faktorer, og deretter med regelmessige mellomrom. Lege avgjør hyppigheten av og innholdet i undersøkelsen på bakgrunn av eksponeringens art, nivå og varighet, og på bakgrunn av arbeidstakerens helsetilstand.»

Namf/Nfam vil understreke viktigheten av at Legeforeningen tar med de to unntakspunktene i det endelige høringssvaret. Vi mener at disse punktene er av stor betydning for å styrke bedriftslegens rolle i bedriftshelsetjenesten.

*Norsk arbeidsmedisinsk forening
Knut Skyberg (s)
Leder*

*Norsk forening for arbeidsmedisin
Tore Tynes (s)
leder*

Utkast til policynotat om ledelse i sykehus

Det vises brev fra Legeforeningen datert 14. juni 2013. Saken er behandlet av styrene i Namf og Nfam. Vi støtter et policynotat som ønsker å satse på pasientnære ledere i sykehus. God ledelse er et svært viktig premiss for blant annet et godt arbeidsmiljø. Ved overgang fra fagledelse til målstyrt ledelse, ved innføring av New Public Management, har man dreid fokuset fra kvalitetsbasert pasientbehandling til ren måloppnåelse i form av antall behandlede pasienter. Dette har skapt kulturkollisjoner mellom behandlere og administrasjon, som nå ofte viser seg som økende frustrasjon på bakkeplan i sykehusene. For å endre kursen må man dreie ledelsen tilbake til fagstyring. Forskning viser at målstyring i tjenestebaserte bedrifter sjelden er vellykket. Man driver ikke produksjon av varer på et sykehus, man behandler enkeltmennesker som er i behov av en fagbasert tjeneste.

Det at man kan se ut til å ha forskjellige mål på behandler- og ledelsesnivå krever tiltak. En økende byråkratisering med flere styringsnivåer kan i ytterste fall føles som et tegn på mistillit. Økende rapportering, uten at man ser resultater i form av bedre pasientkontakt og mer strømlinjeformet behand-

ling, gir inntrykk av at man rapporterer for rapporteringens skyld. For å få til en god dialog mellom ledelse og behandlerlinjer må man delegere både ansvar og myndighet til pasientnære ledere. Ansvar uten myndighet gir usikkerhet og uklare kommunikasjoner.

Ved å gi pasientnære ledere både ansvar og myndighet vil man kunne imøtekomme behovet for å forankre prioriteringer som må tas.

Vi ber om at Legeforeningen vurderer å ta med noen linjer i policynotatet om utfordringer knyttet til økende rapportering som svar på manglende tillit mellom ulike nivåer i foretakene, samt noen ord om behovet for forankring av prioriteringer.

*Norsk arbeidsmedisinsk forening
Knut Skyberg (s)
Leder*

*Norsk forening for arbeidsmedisin
Tore Tynes (s)
leder*

Arbeidermuseum åpnet i Oslo

I juni i år åpnet Arbeidermuseet i Sagveien 28 ved Akerselva. Museet er en del av Oslo Museum som også tidligere har formidlet industri- og arbeiderkultur langs Akerselva gjennom byvandringene "Kjenn din by". Langs Akerselva ligger godt bevarte fabrikkbygninger på rad og rekke fra industrialismens storhetstid (1860-1960). Formidlingen vil ta utgangspunkt i de bevarte bygningene og miljøene som ligger på sitt opprinnelige sted. Man ønsker å utvikle Arbeidermuseet til å bli et naturlig samlingspunkt for elve-

vandringer. Museet kommer til å by på både faste og temporære utstillinger om livet langs Akerselva og byens arbeiderkultur. Her har de også en museumsleilighet som illustrerer boforholdene blant arbeiderne på Oslos østkant i begynnelsen av forrige århundre. Museet burde kunne være av interesse for byens arbeidsmedisinere. For mer informasjon, se museets hjemmeside på <http://www.oslomuseum.no/20-prosjekter/99-arbeidermuseet>.

Internasjonal konferanse og samarbeidsmøte I USA

Tore Tynes, leder NFAM

Årets American Occupational Health Conference (AOHC® 2013) ble arrangert ultimo april 2013 i regi av American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM). NAMF/NFAM ble invitert til å delta. I etterkant av konferansen inviterte ACOEM, i samarbeid med the United Kingdom's Society of Occupational Medicine (SOM) til et internasjonalt møte for å diskutere en styrking av samarbeidet mellom arbeidsmedisinske foreninger rundt om i verden som representerer leger og andre helseprofesjoner som fremmer arbeidshelse. Undertegnede deltok på møtet.

Konferansen er den en av de største internasjonale konferansene for arbeidsmedisinere og ble i år arrangert for 98. gang i Orlando, Florida. Om lag 500 deltakere fra 55 nasjoner deltok på konferansen. Konferansen var organisert som plenums-, parallell- og postersesjoner og en rekke interessante tema ble tatt opp. Generelt holdt foredragene høy faglig kvalitet, en rekke gode foredragsholderne var invitert til konferansen. Undertegnede deltok bl.a. på disse sesjonene: Orientering om ACOEM, Fremtidens arbeidsmedisin, Hvordan bruke powerpoint i ditt foredrag, Arbeidsmedisin i et folkehelseperspektiv, Arbeidsmedisineren som kunnskapsformidler, Arbeidsmedisineren og sosiale medier, Tidlig screening og intervensjon for å forebygge uførhet, Arbeidsmedisineren som leder, Samarbeid for retur til arbeid og "Healthy Workforce Now: A Look at ACOEM's National Advocacy Initiatives Promoting OEM." I sistnevnte initiativ er det laget en 10-punkts plan for å bedre rekrutteringen og styrke Arbeidsmedisinerens posisjon i det amerikanske samfunnet. Du kan lese mer om dette på denne linken: http://www.acoem.org/HealthyWorkforce_actionagenda.aspx.

ACOEM ble etablert i 1916 og organiserer mer en 4500 medlemmer, hvorav mange er spesialister, men antall nye spesialister har vært for nedadgående i senere år. ACOEM administrerer en spesialisertutdanning der betegnelsen er Fellow in the ACOEM og en videreutdanning med ny sertifisering hvert 10. år. Det legges ned et betydelig frivillig arbeid i organisasjonen og særlig når det gjelder videreutdan-

ning og web-kursing har de et flott opplegg. ACOEM utgir Journal of Occupational & Environmental Medicine. Du kan lese mer om ACOEM her: <http://www.acoem.org>.

Det internasjonale samarbeidsmøtet i etterkant av konferansen var det første i sitt slag og tar sikte på å etablere the International Occupational Medicine Society Collaborative (IOMSC). Initiativtakerne ønsker å samle de arbeidsmedisinske foreningene globalt for at man sammen skal kunne møte de utfordringer som vi står overfor i et globalisert arbeidsliv. Representanter fra 17 nasjoner deltok på møtet, alle verdensdeler var representert. Etter en orientering om status for arbeidsmedisinen i de respektive nasjoner diskuterte vi felles utfordringer, herunder problemene med en aldrende befolkning i den vestlige verden, økt forekomst av kroniske sykdommer (diabetes og overvekt ble nevnt) som nedsetter arbeidsevnen i yrkesbefolkningen, markedsføring av arbeidsmedisinspesialiteten blant yngre kolleger, felles innsats for rehabilitering og retur til arbeid, hvordan fremme arbeidsmedisinen i nye sosiale medier, hvordan bidra til innsats for å forebygge globale helsetrusler, hvordan bedre kontakten mot politikere og helseplanleggere og hvordan øke forståelsen for arbeidsplassen som en forebyggingsarena og bidra til at arbeidsgivere og arbeidstakere etablerer nye og bedre strategier for å nå målet om bedre jobbhelsetilstand.

Det er planlagt at vi videre skal samarbeide via e-post og telefonkonferanser og et nytt møte er planlagt i England våren 2014. Referat fra samarbeidsmøte vil bli lagt ut på NFAM's hjemmesider. Turen til Orlando var utbytterik, jeg knyttet mange nye kontakter, og konferansen ga en god innsikt i ulike aktiviteter på det arbeidsmedisinske området. IOMSC kan bli et interessant forum i de kommende årene.

Januarkurset i aktuell arbeidsmedisin

29. - 31. januar 2014

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Vi inviterer til kurs i aktuell arbeidsmedisin. Med dette kurset ønsker STAMI å gi relevant, nødvendig og motiverende kunnskap om arbeidsmiljø og helse.

Målgruppen er primært arbeidsmedisinere, men kurset er også åpent for andre med interesse for sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse.

Program:

Onsdag 29. januar 2014

TEMA: Gode tjenester fra bedriftshelsetjenesten i dagens arbeidsliv

- 09.00 - 09.30 Registrering
- 09.30 - 09.35 Velkommen. Forskningssjef Knut Skyberg, Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 09.35 - 10.20 Et historisk blikk på utviklingen av norsk arbeidsliv.
Professor Knut Kjeldstadli, Historisk institutt, UiO
- 10.30 - 11.15 Temaet fortsetter.
- 11.30 - 12.00 Hvordan bør BHT levere tjenester ut fra bedriftens perspektiv? Konsernsjef Karen Kvalevåg, Umoe Restaurants
- 12.00 - 12.30 Produktutvikling i BHT i et krevende marked. Medisinsk fagsjef Lise Sørbø, Stamina BHT
- 12.30 - 13.30 Lunsj
- 13.30 - 14.00 Krav til BHT - fremtid og visjoner for bedriftshelsetjenesten i Norge – hva mener Norsk Industri? Direktør Trygve Østmo, Norsk Industri
- 14.05 - 14.35 Krav til BHT - fremtid og visjoner for bedriftshelsetjenesten i Norge – hva mener Fellesforbundet? Forbundssekretær Steinar Krogstad, Fellesforbundet
- 14.40 - 15.30 Diskusjon ledet av avdelingsdirektør Karl-Christian Nordby, Statens arbeidsmiljøinstitutt

Torsdag 30. januar

TEMA: Flerkulturelt samfunn og arbeidsmiljø

- 08.30 - 09.15 Arbeidsinnvandring og HMS. Forsker Rolf K. Andersen og forsker Mona Bråten, FAFO
- 09.30 - 10.15 Hvordan sikrer bedriften et godt arbeidsmiljø i et flerkulturelt samfunn? Sikkerhetsjef Arild Berglund, Skanska Norge AS
- 10.15 - 10.45 Pause

TEMA: Akustikk og kontorlandskap

- 10.45 - 11.30 Akustikk i næringslokaler.
Siv.ing. MSc Tore Moen, Brekke og Strand akustikk AS

11.45 - 12.30 Temaet fortsetter

12.30 - 13.30 Lunsj

TEMA: Aktuelle forskningsprosjekter ved STAMI

- 13.30 - 14.00 Arbeidstid og helse.
Forsker Jenny Anne Sigstad Lie
- 14.00 - 14.30 Offshore – skiftarbeid og helse.
Fagsjef Cathrine Haugene Ljoså
- 14.45 - 15.15 Resultater fra sementprosjektet.
Karl-Christian Nordby
- 15.15 - 15.45 Psykososiale og mekaniske faktorerens betydning for langtidssykefravær. Forsker Tom Sterud og seni-
orrådgiver Cecilie Aagestad, NOA

Fredag 31. januar

TEMA: Nytt fra Arbeidstilsynet og aktuelle prosjekter

- 08.30 - 09.30 Nytt fra Arbeidstilsynet.
- 09.45 - 10.30 Status og erfaringer fra Godkjenningssenheten for BHT. Rådgiver Mette Stølen Matre, Godkjenningssenheten, Arbeidstilsynet
- 10.45 - 11.15 Ergonomiprojektet i Telemark Bataljon 2011 - en kartlegging av muskelskjelett-belastningslidelser ved bruk av fokusgrupper som metode. LIS-lege Lillian Leknes, Miljø- og yrkesmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 11.15 - 11.45 Arbeidsmiljøutvikling ved en sykehuspoliklinikk. Bedriftslege Marthe W. Andresen, Unicare Helse, Oslo
- 11:45 - 12:00 Evaluering og avslutning. Velkommen igjen til neste år.

KURSINFORMASJON:

Sted: STAMIs egne lokaler i Gydas vei 8, Majorstuen, Oslo

Kursavgift: 3500 kr

Påmelding: www.stami.no

Frist: Først til mølla. Siste frist 13.12

Det tas forbehold om endringer i programmet.

Returadresse:
Cox Bergen
Thormøhlensgt. 37,
5006 Bergen



B - Økonomi

VED JERNMANGEL OG JERNMANGELANEMI



Å finne et jernpreparat
som tåles bra
er ikke lenger et spørsmål
om flaks...

NIFEREX®



Niferex -Schwarz Pharma-
Jernpreparat. ATC-nr.: B03A A03

KAPSLER, harde 100 mg:
Hver enterokapsel inneholder Ferroglysinulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe 2+ 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff (gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171))

Indikasjoner: Jernmangel.

Dosering: Voksne og barn over 6 år: 1 enterokapsel daglig. Ved mer utpreget jernmangelanemi kan voksne og ungdom over 15 år eller som veier minst 50 kg øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. Maks daglig dose 5 mg/kg kroppsvekt. **Enterokapslene må svelges hele uten å tygges sammen med 1/2 glass**

vann. Enterokapslene inneholder granulat som kan løsmes ut og svelges med rikelig vann. Niferex bør ikke tas samtidig med mat. Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernreservene i kroppen. Barn under 6 år bør ikke bruke preparatet uten anvisning fra lege.

Kontraindikasjoner: Øsofagusstriktur. Overfølsomhet for innholdstoffene. Haemochromatose og andre tilstander med jernoverskudd.

Forsiktighetsregler: Jernpreparater kan forårsake forgiftninger, spesielt hos barn. Spesiell forsiktighet må utvises hvis annet kosthold og/eller jernsalttskudd brukes. Spesiell forsiktighet må også utvises ved bruk av Niferex hos pasienter med

hemolytisk anemi, hemoglobinopati, myelodysplasi og ved tilstander med forstyrrelse i opptak eller lagring av jern.

Interaksjoner: (f: B03A A jern II-verdig, orale preparater)

Graviditet/Amning: Ingen kjente risikoer.

Bivirkninger: Gastrointestinale bivirkninger som diaré, forstoppelse, plager i øvre delen av magen, halsbrann og brekninger kan forekomme. Frekvensen øker med økende dose. Til de sjeldne bivirkningene hører eksantem. Avlæringen kan få en mørk farge.

Overdosering/Forgiftning: (F:37 dj tabletter).

Egenskaper: *Klassifisering:* Toverdig jernpreparat. *Absorpsjon:* Enterokapslene inneholder granulat som er uøselige i mavesaft. Selve ente-

rokapselen løses opp i magen. Granulatet holder seg intakte til de slippes ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen jernglysinulfat raskt. Hos pasienter med tamte jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95 % av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse. **Pakning:** 50 stk.

Representant i Norge: Jan F. Andersen A/S
Postboks 1132 Flattum, 3503 HØNEFOSS
Tlf.: 61 31 49 49, Faks: 61 31 49 50



JAN F. ANDERSEN A/S
LEGENDELER - INSTRUMENTER