

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 20 • 2013 • Nr. 4

Tema:

«ETTER KATASTROFEN»

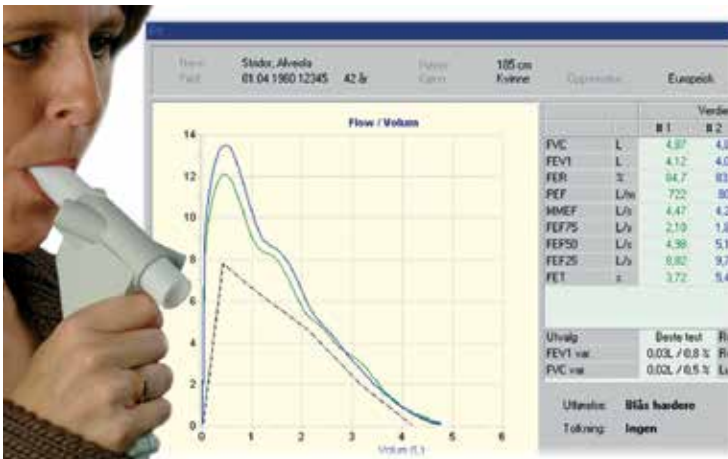


Akuttmedisinsk kurs

Biletet er frå Statoils avdeling for helse og arbeidsmiljø (HAM) -landanleggs akuttmedisinske kurs ved Haukeland universitetssykehus, akuttmedisinsk seksjon. Statoil har no innført dette som fast utsjekk kvart 2 år + da de har sett nytte verdien av at BHT- tilsette har behov for meir kompetanse av denne typen. Sittandes ved vegg frå venstre; Tone A Vabø (Mongstad), Øyvind Grepperud (Kollsnes), Anne Gunn Nicolaysen (Kårstø), Agnes Elise Sandvik (Kårstø), Jon Eigil Bull Skadberg (Kårstø), Reidunn Fjellanger Fauske (Mongstad).



SPIRARE 3 for Windows



- PC-basert Spirometri, EKG og 24 timers blodtrykk.
- Norskutviklet system som har vært ledende i Norge og Sverige i mer enn 15 år.
- Veltilpasset for bedriftshelsetjeneste og HMS arbeid.
- Kontakt oss i dag for et kostnadsfritt prøveutlån!

DIAGNOSTICA

Sondreveien 1, 0378 Oslo • Tlf.: 22 92 40 00 • Fax: 22 92 40 09

www.spirare.com

Innhold:

Leder	s. 3
«IN AMENAS» – åtte måneder senere	s. 4
Styret	s. 5
Katastrofen 22. juli 2011	s. 6
Samhandling mellom Bedriftshelsetjenesten og Industrivern ved Hydro Aluminium Karmøy	s. 7
Personellsorg etter katastrofer	s. 8
KOLS-prisen 2013 til Johnny Kongerud	s. 10
Fremtidens bedriftshelsetjeneste	s. 11
Berømt arbeidsulykke gav nevrotenskapelig innsikt	s. 13
Styrets spalte	s. 14
Modernet – et europeisk nettverk av arbeidsmedisinere	s. 15
Gå på kino!	s. 16
Foreningsnytt	s. 18

Forsidebilde:

Katastrofeøvelse med Bedriftshelsetjenesten og Industrivern på Hydro Aluminium Karmøy. Bildet er tatt av informasjonssjef Svein Erik Wiksnes.



Den usynlege støttespelaren

Arbeidsmedisinarens kvardag i Noreg er nok ulik, nokre av oss yter akuttmedisinsk bistand, og er på lokalitetar som krev at ein reagerer raskt når alarmen går. Då må retningslinjene ligga overordna på systemnivå, det krævast at ein har ein viss ferdighetskunnskap på ABCDE, kan rollen sin, og at ein er i stand til å samhandla på tvers, både internt og eksternt når det gjeld.

Sidan kjem kvardagen, den dagen når livet må gå vidare og arbeidsdagen fortset som om ingenting hadde hendt. Då er dei usynlege støttespelarane gode å ha i bedriftshelsetenesta.

Me kjenner gjerne den eller dei som er ramma, bakgrunn, private forhold,

helseopplýsningar og arbeidsmiljøet til den eller dei som er ramma.

Den usynlege støttespelaren arbeider opp mot mange ulike etatar, men det er sjeldan me er involvert den dagen når innsatsen skal oppsummerast nasjonalt og lokalt.

Me er kanskje ikkje den viktigaste behandlaren, men overordna den viktigaste støttespelaren når kvardagen innhentar ein etter ein katastrofe. Som Knut Rasmus fortel om In Amenas- artikkelen; "Svært få nevnt, ingen glem, - det var mange som i disse dagene spontant og uten forbehold stod fram med raushet og varme".

Anne Kristine Jordal, Gjesteredaktør

Fremtidens bedriftshelsetjeneste

Anne Kristine spurte meg om hun var for depressiv i lederen over. Det synes jeg ikke. Hun peker klart og realistisk på et av bedriftshelsetjenestens problemer: Mangel på synlighet og markedsføring. Bedriftshelsetjenesten og bedriftslegene har mange muligheter for å utføre flott arbeid til stor nytte for befolkningen, men har i liten grad evne til å synliggjøre dette for andre enn seg selv. Og knapt nok det. Et par unntak ser vi i dette nummer av Ramazzini – les og lær!! Videre hadde vi en fantastisk konferanse for bedriftshelsepersonell her i Bergen i september, og det var stor enighet om at bedriftshelsetjenesten kan masse nyttig, vil gjøre masse nyttig, og at den bør utnyttes bedre i norsk helsevesen. Nå gjenstår det å se om fagforeningene og de ansatte i bedriftshelsetjenesten kan følge dette opp og gjøre noe med dette. Opp på barrikadene, folkens!!

Bente E. Moen, Redaktør

REDAKSJONSKOMITÉ 2013

Bente Elisabeth Moen

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalvarveien 31
5018 Bergen
Tel: 55 58 61 12
E-post: bente.moen@isf.uib.no

Petter Kristensen

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

Anne Kristine Jordal

Bedriftshelsetjenesten
Frank Mohn AS
Tel: 92 06 54 20
E-post: akj@framo.no

Anniken Sandvik

Seksjon for Miljø- og Yrkesmedisin
Oslo Universitetssykehus HF
Ullevål Sykehus
Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Tel: 22119983
E-post: anniks@ous-hf.no

FORENINGSADRESSE

Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Tel.: 23 10 90 00
Faks: 23 10 91 00

Foreningssekretær:

Bjørn Oscar Hoftvedt
E-post: bjoern.hoftvedt@legeforeningen.no
Tel 23 10 91 04
Sekretær: Eli Marie Berg-Hansen
E-post: eli.berg.hansen@legeforeningen.no
Tel.: 23 10 91 23 – privat 63 99 11 14 (fredag)

«IN AMENAS»

– åtte måneder senere

Knut Rasmus Kyvik, beredskapslege i UPN (Utvikling og Produksjon Norge) i Statoil

Tirsdag 150113 klokken 1500: Planlagt møte med gjennomgang av status for krisepsykologisk beredskap i Statoil: Er vi tilstrekkelig forberedt dersom det inntreffer en stor, internasjonal hendelse?

Onsdag 160113, morgentimer: Gradvis økende erkjennelse av at Statoil og andre involverte operatører står overfor en dramatisk og uoversiktlig gisselaksjon ved raffineriet i In Amenas.

Onsdag 160113 kl. 1500: Beredskapsledelsen i Statoil har i løpet av dagen trykket på «den store røde knappen» og mobilisert alle aktuelle ressurser. I beredskapsrommet på Forus arbeider Statoils toppledelse og internasjonale organisasjon under høytrykk med å få oversikt over hendelsens omfang, gislenes tilstand og gisseltakernes krav. Et bredt kontaktnett mønstrer, med representanter for bl.a. Utenriksdepartementet, politiet, Forsvaret og Helsedirektoratet. I beredskapsentralen på Sandsli forberedes mottak av evakuert personell og pårørende, og Statoils beredskapshotell i Bergen er derfor mobilisert.

Slik var opptakten, for oss som arbeider med beredskap for Statoil i Bergen, til en av de aller mest dramatiske hendelsene i Statoils historie. Utfallet kjenner alle: Fem av Statoils ansatte kom hjem i kiste. Tolv tok med seg sanseintrykk som for alltid vil være brent fast i hukommelsen, etter uforberedt nærkontakt med scenarier som elitesoldater blir trent på før utenlandsoppdrag for Norge. En sindig mann, en av dem som gjentatt og med knappest mulig margin unnslett døden, oppsummerte redselsdøgnene og redselssekundene slik: «Det er slikt du bare ser på film, den slags filmer som jeg velger bort. Hvert øyeblikk ting endret seg gjorde jeg opp status for å oppdage nye marginer som jeg kunne bruke for å berge livet». I Statoils rekker har mange sørgt over tapet av gamle venner og nære kolleger. Og hele organisasjonen har gjennomlevd en hendelse som vil prege oss i lang, lang tid. På vondt, men også på godt, underlig nok. For det generelle inntrykket er at Statoil, når katastrofen inntraff, mestret situasjonen. Alle tenkelige ressurser ble satt inn, og viljen til å bidra var overveldende og ofte gripende.

Godt beredskapsarbeid er evne til improvisasjon basert på samhandling mellom innøvde roller, med prosedyrer og sjekklister som verktøy. De viktigste frontlinjene er skadestedet og møtestedet for evakuerte og pårørende. Den første frontlinjen var nå flyttet fra kaldt hav til ørken i Afrika, og vårt trusselbilde var ikke naturkrefter, men menneskers råskap. Internt i Statoil ble internasjonal innsats koordinert av beredskapsorganisasjonen ved hovedkontoret på Forus. Den operative beredskapsorganisasjonen for norsk sokkel, lokalisert på Sandsli i Bergen, brukte sin kompetanse til å ta imot evakuerte og pårørende. Innøvde grep ble iverksatt og fungerte, men nye rammebetingelser kom til å prege oss på en måte som vi ikke hadde erfaring for.

I In Amenas kulminerte en kaotisk startfase, preget av hver manns evne til å redde seg selv og sine kolleger, i intense kamphandlinger. Etter militær stabilisering overtok medisinsk behandling og evakuering. Flere ledd bidro, fra lokale militære ressurser til et bredt, internasjonalt apparat. På nasjonalt nivå fikk Statoil primært operativ støtte via Utenriksdepartementets krisestab. Møtested for pårørende og evakuerte ble etablert på vårt beredskapshotell i Bergen, som ble tømt for andre gjester og skjermet med streng adgangskontroll. Hotellet ble åsted for en uke med mange mennesker og intense opplevelser preget av sitrende uro, dyp sorg og medrivende gjensynsglede. Vi har på ny erfart at det er ekstremt krevende å drifte et slikt mottak 24/7; en smeltedigel for så vel sterke følelser, som rasjonell logistikk og raske og riktige kursvalg i opprørt farvann. Etter en uke var status i In Amenas tilnærmet avklart. Kun identifisering av de siste ofrene gjenstod. Førte ansatte, og rundt 30 terrorister, mistet livet. I Norge bygget vi nettverk for oppfølging i regi av Statoil, - og brohoder mot lokale ressurser i hjemkommunene. Helsedirektoratet bidro i dette arbeidet, både mot umiddelbart berørte kommuner, men også landsdekkende da vi erfarte at saken hadde vidtrekkende menneskelige konsekvenser.

Statoil har etter terroraksjonen iverksatt omfattende granskninger. Hovedrapporten ble lagt fram 12. september og er preget av kritiske kommentarer rettet mot selskapets evne til å håndtere sikkerhetsrisiko generelt, og spesielt i Algerie og i andre risikosoner hvor Statoil har aktiviteter. Selve krisehåndteringen, etter at tragedien var et faktum, blir beskrevet som profesjonell og effektiv. Denne artikkelen beskriver noen inntrykk og erfaringer fra helsepersonell i Statoils beredskapsorganisasjon, - sterkt involvert, men trygt plassert i Bergen.

1. Regioner preget av politisk uro utløser helt andre utfordringer enn dem vi kjenner fra vår hjemmebane, som for Statoil er norsk sokkel. Operasjoner i slike risikolandskap krever, om de i det hele skal finne sted, en beredskapstenkning som faktisk tar høyde for det fjerne og ukjente.
2. En godt utviklet beredskapsorganisasjon er selvforsynt med operative ledere. Kriser utløser alltid elementer av kaos, der ordinære strukturer og impulshandlinger kommer til kort. Dette kan innebære at de som leder i fremtid må gå et skritt til siden og slippe fram spesielt kvalifiserte ressurser med vide fullmakter. Noe tilsvarende gjelder for selvoppnevnte ledere, som i kraft av empati og ansvarsfølelse kan levere et uvurderlig bidrag, men som uansett og raskest mulig må vurderes om egne grep er hensiktsmessige deler av en helhet.
3. Verdien av praktisk trening og et godt prosedyreverk kan ikke overvurderes. Det kan framstå som paradoksalt, men slik standardisering har stor betydning nettopp fordi ingen hendelser

er like; når alarmen går gir trygghet rundt egen rolle og vissheten om at man rår over noen solide basisverktøy en frihet til å improvisere opp mot spesielle behov utløst av aktuell hendelse.

4. Mye av dynamikken i en beredskapsorganisasjon ligger i stramme ledelses- og møtестrukturer. Jevnlige oppdateringer av lagets samlede situasjonsforståelse gir grunnlaget for å ringe inn fokusområder for videre innsats. Slik samordner en sterk beredskapsorganisasjon altså selvgående spisskompetanse, om nødvendig med bruk av en kommandostruktur. Behovet for disiplin i form av tydelige strukturer under tydelig ledelse øker i takt med hendelsens omfang, og dette ble på ny aktualisert gjennom terroraksjonen.
5. Behovet for god organisering blir spesielt tydelig ved et senter for evakuerte og pårørende. Metoden er på ny improvisasjon basert på solide prosedyrer, samkjørt gjennom god ledelse. Ulike individ og grupperinger kan ha vidt ulike behov, og det er disse behovene som skal stå i sentrum. Rundt denne aksen må et mangfold av hjelpere, fagfolk og medmennesker, disponeres og dimensjoneres på en hensiktsmessig måte. En fast, helsefaglig møtестruktur vil bidra til å sikre at alle får riktig og nødvendig hjelp. Behovet for informasjon er grenseløst og behovet for faste oppdateringer er absolutt, uavhengig av hva man har å fortelle. Og sist, men definitivt ikke minst, må man få på plass en logistikk som fungerer (god disponering av lokaler, IT-ressurser, vaktlister, vakthold, servering, økonomi, barnepass...).
6. Statoils beredskapsorganisasjon opplevde at gode mennesker strømmer til, og et gjennomgående utsagn var at vi i denne uken var stolte over å jobbe i en organisasjon som så helhjertet støttet opp for hjelpe. Vi opplevde engasjement og pliktfølelse på høyt nivå, og noen ganger ble det vanskelig å forlate sin post. Men gode hjelpere trenger hvile for å yte over tid; behovet for nærhet og kontinuitet må balanseres mot fysisk og mental utmattelse. Nødvendig ledelse inkluderer dermed vaktplaner med effektive vaktavløsninger. Behovet blir rimeligvis spesielt tydelig når en aksjon trekker ut i tid.
7. Drift av et mottak for evakuert personell innebærer konkrete helsetjenester, fra anamneseopptak og klinisk undersøkelse til fysisk medisinsk behandling eller krisehjelp. Dette utløser behov for tilgang til relevant medisinsk utstyr, og krav til medisinsk dokumentasjon. Foruten å være primær helsehjelp er dette elementer som vil ha betydning i en senere yrkesskadesak.
8. Dramatiske hendelser er en magnet på media. Statoil hadde i akuttfasen en usedvanlig tydelig strategi for å styre informasjonsflyt fra organisasjonen og fra involvert personell og deres pårørende. Behovet var åpenbart: Terroristene lette etter mennesker som skjulte seg i anlegget. En mobil samtale fra et skjulested, med innhold formidlet videre via media, kunne fått skjebnesvangre konsekvenser. Evakuert personell og pårørende uttrykte også et sterkt behov for å bli skjermet. Hovedinntrykket er at media viste respekt og holdt tilbørlig avstand. Unntakene bekreftet likevel at behovet for en «jernring» rundt mottak, på sykehus og i lokalmiljøer likevel var til stede.
9. Helsedirektoratet setter krisestab ved større hen-

delser. Intensjonen er å bidra til god ivaretagelse av de som er rammet, - både i akutsituasjonen og senere ved overføring til lokal helsetjeneste på hjemstedet. Statoil har en sterk beredskapsorganisasjon og spilte i stor grad på interne ressurser, men har i forbindelse med oppsummerende aktiviteter blitt imponert over det faglige engasjementet og tilbudet som direktoratet presenterer.

10. Da travel aktivitet etter en drøy uke ble avløst av ettertanke og forberedelser til minnesamlinger kjente mange nøkkelpersoner for alvor på at dette hadde vært en krevende tid, mer krevende enn det var anledning til å ta innover seg når aksjonen skulle utføres. Vanlig arbeid var lagt til side og hverdagen trengte seg på. Ansvar ble på en meget gjennomtenkt måte overført fra den vaktgående beredskapsorganisasjonen til ledere og andre oppnevnt som ressurspersoner (HR, helse) internt, og til støtteapparatet på hjemstedet, evt. også spesialisthelsetjenesten. Dette er likevel et krevende vaktskifte, og dermed en kritisk fase for dem som med ufornminsket styrke er rammet av sorg og sterke indre bilder. En viktig del av vårt etterarbeid vil være å evaluere hva som har skjedd i disse månedene.
11. Vi som hadde vakt da terroren rammet Statoil sitter tilbake med sterke minner om mennesker som konfrontert med dynamittbelter, geværmuninger og ildgivning fra kamphelikoptre minutt for minutt fokuserte all sin livskraft på å opprettholde nettopp livet, mens nære venner ble drept omkring dem. Vi har også felt tårer sammen med kolleger på vaktlaget, og vi husker en opplevelse av uvirkelighet og utilstrekkelighet. Alt i møte med en råskap som vi, også etter 220711, helst unngår å erkjenne som en mulig del av egen, nær virkelighet. Men minst like sterkt står minnene om et enestående fellesskap preget av sterk vilje i alle ledd til å yte. Internt i Statoil strømmet ressursene til for å hjelpe. UD, Forsvaret, Helsedirektoratet var store aktører. Men ennå sterkere husker vi enkeltpersoner som Avinors representant på Flesland som loset oss gjennom systemene, busselskapet som ikke ville sende faktura, hotellbetjeningen som gjorde sitt ytterste for å gi oss gode rammer, en unik og helhetstenkende intensjon på Haukeland Universitetssykehus, kloke etterforskere fra KRIPOS, jentene som bakte kaker til staben i mot-taket..., og de to ukjente som festet en bukkert røde roser på døren til beredskapssentralen på Sandsli: «Vi vet at dere har krevende dager, og vi tenker på dere». Svært få nevnt, ingen glemte, - det var mange som i disse dagene spontant og uten forbehold stod fram med raushet og varme.

Mandag 160913: Det har gått åtte måneder, og vi er på ny omgitt av hverdagen. Men minnene har vi med oss, og alt som skjedde før, under og etter de tunge dagene i januar er gransket. Slik skal vi stå ennå bedre rustet om terror rammer oss på ny. Vi skal tillate oss å håpe, men kan ikke et øyeblikk være trygge på at noe som dette aldri skjer igjen. For vi har nok en gang erfart at alarmen kan gå om ti minutter, i neste uke, om noen år. Men beredskap blir uansett aldri noe mer enn et bote-middel som skal redusere konsekvensene, - når det som ikke skal skje likevel har skjedd. Det er der den store utfordringen ligger.

Katastrofen 22.juli 2011

Hoang Tran, bedriftslege, tidligere i Bedriftshelsetjenesten i regjeringskvartalet, nå i Synergi Helse AS, Drammen

Klokken var 15.25. Katastrofen traff hjertet av regjeringsapparatet. Åtte mennesker mistet livet og minst 200 mennesker ble fysisk skadd i regjeringskvartalet. I tillegg mistet om lag 1700 mennesker sine arbeidsplasser.

Denne fredagen var i den uken vår bedriftshelsetjeneste (BHT) var sommerstengt. I det øyeblikket det gikk opp for meg at det var bombeeksplosjon i Regjeringskvartalet var det to ting i mine tanker: Vår bedriftshelsetjeneste måtte være på plass raskt og vi trengte hjelp. Det viste seg at vi trengte mye mer enn jeg kunne forestille meg.

Vår BHT, på det tidspunktet, besto av meg som bedriftsoverlege og leder, to psykologer, to fysioterapeuter, en sykepleier og 0,5 helsesekretær. Vi leverer bedriftshelsetjeneste til 16 departementer, Statsministerens kontor og Departementenes servicesenter (DSS) som vår BHT er organisert under. Det er 18 selvstendige virksomheter med egen administrasjon og med tilsammen ca. 4000 ansatte.

Bistand på individnivå

Vårt arbeid startet med psykososial førstehjelp samme kveld på samlingssted P-hotell i Grensen. Behov for psykososial støtte i akutfasen viste seg å være enormt og varte i måneder fremover. Alle ansatte som følte akutt behov for individsamtale, uavhengig om de var tilstede på jobb ved terroranslaget eller ikke, møtte opp og fikk hjelp. En av våre store utfordringer var å skaffe og organisere et stort nok støtte- og hjelpeapparat i tillegg til vår egen BHT. Takket være våre eksterne kolleger klarte vi å sørge for en psykolog eller en lege som kontaktperson for hvert departement, i tillegg til flere ekstra for å ta imot alle med behov. Parallelt sørget vi for og ledet mange gruppesamlinger i departementene.

Ganske tidlig så vi også viktigheten av et tilbud om systematisk oppfølging, i form av helseundersøkelse (fysisk og psykisk), til de ansatte som var tilstede eller i umiddelbart nærheten av regjeringskvartalet ved bombeeksplosjonen. Tilbudet gjaldt for ca.500 ansatte

Dette for å sikre denne gruppen tilstrekkelig og riktig oppfølging, samt å registrere og dokumentere evt. yrkesskade. I nært samarbeid med personalavdelingene ble den systematiske oppfølgingen startet ca. 8 uker etter anslaget og avsluttet etter to år.

Igjen, takket være våre kolleger, arbeidsmedisinere og bedriftssykepleiere i flere BHT-er (NSB, Stortinget, Umoe, AF gruppen, Hjelp24, Alna HMS senter), STAMI, Oslo universitetssykehus og Flymedisinsk institutt, fikk vi gjennomført fase 1 av den systematiske oppfølgingen. Vår BHT sto for den videre oppfølgingen, fase 2 (7-8 mnd etter anslaget) og fase 3 (1.5 år etter anslaget).

Vår BHT fikk råd og hjelp fra prof. Lars Weisæth og Ole Jørgen Hommeren (psykiater og spesialist i arbeidsmedisin med erfaring fra Åstadulykken) til utformingen av helseundersøkelsen.

Bistand på system- og gruppenivå

Til nå har jeg kun fortalt om vår bistand på individnivå. Vår BHT hadde også fokus på system- og gruppenivå, ved

å styrke ledere til å ta vare på sine ansatte og arbeidsmiljø. Dette var viktig for å bidra til normaliseringsprosessen etter en slik hendelse, da man da er avhengig av ledere, arbeidsmiljøet og arbeidsfellesskapet. Vi har:

- bistått med vår helsefaglige kompetanse til DSS' kriseledelse.
- utviklet et to-timers lederprogram sammen med professor Weisæth. Dette ble gjennomført for ledere i alle departementer. Opplegget ble også presentert for alle ansatte i flere departementer.
- bidratt ved mange informasjonsmøter og allmøter i departementene.
- ledet mange gruppesamlinger i departementene og fulgt gruppene over tid.
- hatt regelmessige møter med personalsjefene, verneombud og tillitsvalgte.
- bistått med informasjon og fortløpende besvarelser av spørsmål om luftforurensning pga asbest og bygningsstøv.
- bistått departementene i forbindelse med tilrettelegging av nye arbeidsplasser
- gitt økt tilbud om fysiske aktiviteter i arbeidstiden.
- bistått med informasjon om yrkesskade og melderutine til NAV og Statens Pensjonskasse (SPK). Vi har for øvrig bistått med skriftlig dokumentasjon slik at ansatte kan levere dette til ulike offentlige instanser (politi, bistandsadvokater, NAV, SPK)
- gitt kurs om kollegastøtteordning til departementene.
- hatt beredskap under rettsaken, et års markering og fremlegging av Gjørvrapporten.

Vår BHT, med mye god hjelp fra kolleger, har løst oppgaven etter beste evne. Med denne erfaringen har jeg fått styrket troen på at BHT har og vil ha en viktig rolle for virksomheter ved katastrofer og kritiske hendelser. Men det forutsettes at BHT selv er bevisst på sin rolle og virksomhet ved å bruke BHT som en av de viktigste fagressursene ved krisehåndtering.

Takk

Jeg vil benytte anledning anledningen til å gjenta min store takk til alle våre eksterne kolleger (bortimot 50 personer) som har støttet og hjulpet vår BHT med denne store oppgaven. Til mine nærmeste kolleger i vår BHT vil jeg gi en varm hyllest til en og hver av dere, også de nye tilkomne, som har gjort en formidabel innsats. Det har vært mange krevende oppgaver. Det har vært mange vanskelige følelser. Det har vært utallige timer overtid som naturlig har gått ut over deres familier. Og ikke minst har jeg sett slitasjen som etter hvert har meldt seg når man har stått i dette i over to år. Jeg ville ikke ha klart meg, verken som fagperson eller som menneske uten dem og dette fellesskapet.

Samhandling mellom Bedriftshelsetjenesten og Industrivern ved Hydro Aluminium Karmøy

Hydros største enhet på Karmøy er anlegget for produksjon av primæraluminium (flytende aluminium). I tillegg har en tre støperier: et som lager pressbolt til produksjon av aluminiumprofiler, et trådstøperi som lager tråd til høyspentkabler og et båndstøperi som lager plater til Valseverket. Dessuten et senter for forskning og utvikling. Totalt arbeider det ca 750 personer i sitt daglige virke. "Worst case scenario" ved Karmøy er bl.a. eksplosjoner som følge av at det kommer vann i kontakt med flytende metall.

Michael Schou er bedriftslege ved Karmøy Aluminium BHT og leder for helsetjenesten.

I tillegg er han under spesialisering som arbeidsmedisiner. Han forteller følgende om samhandlingen ved Karmøy:

«Vi har 55 personer som er opplært innen industrivern, i tillegg til 80 førstehjelpere (som altså ikke er i industrivernet/beredskapen, men jobber i forskjellige produksjonsavdelinger i bedriften) Personellet i industrivernet/beredskapen er alle gitt grunnkurs i førstehjelp internt i bedriften. De aller fleste i beredskapen er også godkjente røykdykkere.

På ethvert skift vil det være fra 7-10 personer i industrivernet som har beredskap og kan rykke ut fra sin ordinære jobb i produksjonen. Av disse vil alltid 3 personer kunne bemanne vår egen ambulanse, og de er derfor gitt intern grundig opplæring av lege og sykepleiere fra BHT. Dette betyr grunnkurs i førstehjelp, kurs i forsterket førstehjelp for industrivern, I tillegg til disse to kursene har de gjennomført et internt ukeskurs med teori, praktiske øvelser, samt hospitering i ambulanse ved Helse Fonna. De er bl.a. opplært innen D-HLR. Dertil har vi regelmessige øvelser og undervisning internt samt årlige undervisningsdager med eksternt helsepersonell fra Helse Fonna. Vi har fokus på skader og ulykker relatert til industrien, men også generelle akuttmedisinske problemstillinger som f.eks hjertestans, hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes-hypoglykemi o.l.

På dagtid vil lege og sykepleiere fra BHT delta og rykke ut med ambulansen ved behov; vi er en lege

og to sykepleiere, der den ene er erfaren intensivsykepleier. Personellet på ambulansen er da en viktig ressurs og assisterer helsepersonellet. Utenom ordinær kontortid er det viktig at personellet er i stand til å operere selvstendig og at de kan gjenkjenne og håndtere akutt sykdom og skader og gi nødvendig og forsvarlig livreddende førstehjelp inntil annet helsepersonell eller ordinær ambulanse ankommer. Det er kort responstid, og brannbiler/ ambulanse vil alltid kunne nå hele bedriften i løpet av få minutter I tillegg til en fullt utrustet ambulanse, som også er beredskapsbil for Helse Fonna, har industrivernet bl.a. to brannbiler.»

Michael Schou ser store fordeler med en BHT egenordning som en har i Hydro. Han sier videre: «BHT personellet har stor detaljkunnskap til aktiviteten i hele bedriften, kjenner risiki, og deltar også aktivt og regelmessig i vernerunder, risikovurderinger og arbeidsmiljøkartlegginger. Vi har et svært høyt nivå på vår medisinske beredskap fordi opplæringen av industrivernpersonellet, som tross alt er legfolk, er omfattende, tilpasset behovet etter grundig risikovurdering og foregår internt og målrettet etter gjeldende prinsipper og retningslinjer for moderne akuttmedisin. Kontinuerlig kunnskapsformidling og erfaringsoverføring mellom helsepersonell og annet personell er svært viktig, og bidrar til god samhandling og godt samvirke ved skarpe situasjoner og hendelser. Det er derfor stor tillit mellom personellet i industrivernet og helsepersonellet, noe som gir trygghet for alle involverte.»

Michael Schou vektlegger at erfaringen hans som bedriftslege, er at legfolk som gis god og forsvarlig opplæring, øver regelmessig og deltar aktivt i øvelsene er en viktig faktor for å redusere tidstap, usikkerhet og risiko i den akuttmedisinske kjede.

Til slutt etterlyser Michael Schou aksept fra myndighetsorgan og direktorater for den innsatsen som BHT-personell utfører i perioder, uten at BHT blir tatt med når nasjonale forskrifter for akuttmedisinsk personale i helsetjenesten skal utformes.

Personellomsorg etter katastrofer

Bjørn Helge Johnsen, Institutt for Samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen og Saniteten i Sjøforsvaret, Sjøforsvarsstaben

Innledning

Samfunnet har i økende grad satt fokus på oppfølging av personell som har vært utsatt for situasjoner med potensiale for alvorlig skade eller tap av liv. Kvaliteten på personellomsorg har i ettertid blitt et tema ved flere ulykker. Stadig flere bedrifter vektlegger derfor prosedyrer for ivaretagelse av sine ansatte i beredskapsplanene som utarbeides. Til tross for at somatiske undersøkelser og behandling alltid skal ha prioritet, er også psykologisk ivaretagelse av berørte av stor betydning. Denne artikkelen tar utgangspunkt i erfaringer og prosedyrer fra Saniteten i Sjøforsvaret og redegjør for hva en kan forvente av psykologiske etterreaksjoner etter kritiske hendelser og hvilke tiltak en kan gjennomføre.

Typiske reaksjoner

En allment akseptert modell for utvikling av symptomer etter katastrofer og kritiske hendelser er Klassisk Betinging (1). Klassisk betingning er en læringsprosedyre der en nøytral stimulus (betinget stimulus) opptrer i relasjon til en kraftig stimulus (ubetinget stimulus). Etter denne erfaringen vil det nøytrale stimulus (eller stimuli som ligner den nøytrale stimulus) utløse en reaksjon som tidligere ble utløst av den kraftige stimulus (Betinget respons). Angstsymptomer som en følge av en alvorlig hendelse vil derfor være lærte responser. Dette understøttes også av at den viktigste faktoren for utvikling av angstsymptomer etter en alvorlig hendelse er opplevd eksponering for sterke inntrykk (2). Slike inntrykk kan være opplevelse av fare, grufulle sanseintrykk, umulige valg og skyldfølelse basert på handlinger en har utført eller ikke utført. Relasjonen mellom grad av eksponeringens og symptomer er også påvist ved geografisk nærhet til hendelsen. Undersøkelser etter 11. september viste at personer som bodde nær World Trade Center viste større stressreaksjoner sammenlignet med folk med bosted med større avstand til senteret (3). En studie fra Frankrike viste samme effekt der personer bosatt 3 km eller nærmere fra en brann i en kjemisk fabrikk viste større andel angstresponser sammenlignet med personer bosatt utenfor denne radiusen. Angst og stressreaksjoner etter katastrofer inndeles ofte i tre dimensjoner. *Intrusjon* er påtrengende minner og tanker om hendelsen. Disse påtrengende minnene er ufrivillige ved at de kommer uten et bevisst ønske om å tenke på hendelse. De resulterer ofte i sterke emosjonelle responser som frykt, sinne og/eller depressive sinnsstemninger. Minnene kan komme både i våken tilstand og under søvn. Ofte kan det være signaler i omgivelsene som trigger utløsningen av reaksjonene. En annen dimensjon

er *aktivering*, der en ser en forhøyet aktivering i den sympatiske grenen av det autonome nervesystemet. Aktiveringen gir seg utslag i «startle»/skvette responser og en ser ofte «hypervigilanse» hos berørte. «Hypervigilanse» kan innebære en kontinuerlig «scanning» av omgivelsene for å detektere fare. Den tredje dimensjonen er *unngåelse*. Her ser en tendenser til å unngå situasjoner som kan minne om hendelsen. Dette kan gi seg utslag i aktiv unngåelse av situasjoner som minner om hendelsen eller som en motstand mot å gjenoppta funksjoner en tidligere hadde. Slik unngåelse kan være ødeleggende for personer som viser dette ved at en ikke gjenopptar tidligere arbeid.

Det er stor variasjon i rapportering av stressreaksjoner etter alvorlige hendelser. Majoriteten av berørt personell vil vise liten grad av akutte symptomer like etter hendelsen og det vil vedvare (5). Selv om disse fremstår som milde kan de oppleves som ubehagelige. Omlag en tredel av personer som har opplevd en kritisk situasjon vil vise høy grad av akutte symptomer og dersom de er ubehandlet vil de fortsatt være høy over lang tid. I en Australsk studie av O'Donnell et al., (5) rapporterer at 10 prosent av berørt personell som opplever høy akutt symptombelastning utvikler diagnosen Post Traumatisk Stress Lidelse 12 måneder etter en traumatisk hendelse. Disse individene rapporterte akutte stressresponser som var kvalitative og kvantitative forskjellige fra personene som ikke utviklet lidelsen. Symptomene var karakterisert av høy intensitet og frekvens av aktiveringsymptomer og intrusive symptomer. Personellet som utviklet PTSD rapporterte mindre grad av unngåelsessymptomer. Den resterende tredelen deles mellom personer som viser høy symptombelastning initialt (tre måneder) for så å avta og de som ikke viser symptomer initialt, men der symptomene utvikles etter en tid (såkalt «late onset»).

Hva påvirker symptomutvikling?

Uforberedte mannskap er i større risikogruppe for utvikling av symptomer etter en hendelse sammenlignet med trente personer. En studie gjennomført på Sjøforsvarets personell (6) viste at offiserer rapporterte færre angst-symptomer etter forlis sammenlignet med menige og matroser. Resultatene ble tolket å reflektere trenings og erfaringsnivå på personellet. Det ble også påvist en sensitiviserings-effekt der personell med tidligere livstruende hendelser rapporterte en økning av symptomnivået fra to uker til et år etter forliset, samt høyere symptombelastning for personell med en dominerende unngående mestringsstil sammenlignet med en oppgaveorientert mestringsstil (Tabell 1). Individuell

kartlegging av sårbarhetsfaktorer og symptomnivå på berørt er personell er viktig, og spesielt sårbare personer bør en vurdere særskilte tiltak overfor. Høy grad av akutte stressreaksjoner (spesielt dissosiative symptomer) korrelerer med Post Traumatiske symptomer målt på et senere tidspunkt.

Tiltak

Forberedelser

Et viktig forebyggende tiltak er forberedelse. Dette omfatter mental forberedelse (f.eks. risikovurdering, gjennomgang av beredskapsplaner, visualisering av egen håndtering) og praktiske øvelser (f.eks. brannøvelser etc.). Slike forberedelser øker sannsynligheten for mestring i en kritisk situasjon. En studie fra en norsk militær avdeling som ble rammet av snøras viser en negativ korrelasjon mellom opplevelse av mestring i situasjonen og angstsymptomer i tiden etter snørasen (8).

Praktiske tiltak

Akutte tiltak umiddelbart etter en kritisk hendelse bør følge RISP-prinsipper (Ro, Informasjon, Skjerme og Praktisk hjelp). Ro innebærer en anledning til deaktivering av den sympatiske grenen av det autonome nervesystemet. Ved behov for aktivitet, f.eks. ved ekstrem rastløshet eller der berørt personell er på mottakssenter over lengre tid, bør en oppmuntre til aktivitet som skaper trygghet. Erfaringer viser at informasjonsbehovet fra berørt personell er stort i timene etter en alvorlig ulykke. Dette gjelder informasjon om skadested, kolleger, forventede reaksjoner, etc. En bør ha fokus på formidling av informasjon som er mulig å bringe videre. Informasjon virker realitetsorienterende og demper bekymringer. Etter en kritisk hendelse av stort omfang vil det være påtrykk fra utenforstående. Det kan være behov for å skjerme berørte for både presse og personer som ønsker å hjelpe av ulike årsaker. En kan vanskelig å hindre at personer uttaler seg til pressen, men en kan hjelpe berørte til å klargjøre premisser eventuelt fraråde personer som viser forvirring eller redusert kognitiv kapasitet å uttale seg på det aktuelle tidspunkt. Ved større ulykker er det ofte stort behov for praktisk hjelp. Ofte vil en etablere mottakssenter for berørt personell. I tabell 2 er det listet opp forhold en kan vurdere i det akutte arbeidet etter en kritisk hendelse (hentet fra Sjøforsvarets rutiner).

Avlastningssamtaler

Etter en kritisk hendelse kan det være behov for avlastningssamtaler. Disse kan gjennomføres individuelt eller i grupper. Sentralt i disse samtaler er teknikken aktiv lytting. Utgangspunktet i aktiv lytting er helsepersonellens mentale tilstedeværelse i situasjonen. En må ha en bevissthet om situasjonen de berørte har vært gjennom, om emosjonelle reaksjoner som opptrer og inneha empatiske evner. Samtaler gjennomføres i en ikke-konfronterende stil. Helsepersonellet som gjennomfører avlast-

ningssamtalene skal observere og lytte. En bekrefter at noe er hørt, kommer med utdypende spørsmål og oppsummeringer. En kan sjekke ut en felles forståelse (har jeg rett når jeg), der en benytter åpne spørsmål. Det er viktig at det blir gitt tid og rom for den berørte å fortelle.

Ved gjennomføring av avlastningssamtale i grupper bør kun personell som har opplevd den kritiske hendelsen samt gruppeleder(e) være tilstede. En bør forsikre seg om at deltagerne i gruppesamtalene ikke viser tegn på forvirring eller overdrevet agitasjon. Emosjonelle utbrudd under gruppesesjonen er vanlig. En starter ofte slike sesjoner med mål og hensikt, samt klargjøring av regler. En bør presisere konfidensialitet og aksept for emosjonelle reaksjoner. Gruppeleder må korrigere tendenser til å utpeke syndebukker eller tillegge skyld. Videre vil disse gruppesamtalene inneholde en bygging av en felles forståelse av hva som har skjedd, hvilke tanker og handlinger den enkelte opplevde og hva som kan være utfordringer i tiden som kommer. En vil forsøke å finne forslag til håndtering av utfordringene og motivere for eksponeringstrening.

Trinnvis tilbakeføring til tjeneste

Klassisk betinging er foreslått som forklaringsmodell for angstsymptomer som en følge av kritiske hendelser. Ekstinksjon eller utsløkking av lærte responser (betinget respons) er behandlingsformen som bygger på denne modellen. Dette innebærer presentasjon av den betingede stimulus gjentatte ganger uten at det etterfølges av en ubetinget stimulus. Dette kan skje «in vitro» (som forestillinger/mentalt) eller «in vivo» (reell eksponering). Under avlastningssamtaler (se over) vil en det være en eksponering «in vitro». Under eksponering «in vivo» bør dette gjøres kontrollert. Sjøforsvaret kaller dette gradvis tilbakeføring til tjeneste. En starter med å definere måladferden. Som en følge av dette konstrueres en eksponeringstrapp, der en gradvis øker intensiteten i eksponeringen slik at den blir mest mulig lik målatferden. Fokus vil være på mestring. Ved mestring av et nivå av eksponering økes intensiteten i neste nivå. Ved stort ubehag eller manglende mestring går en tilbake til trening på det forutgående nivået, før en gjentar eksponeringen.

Avslutning

Formålet med denne artikkelen var å gi en forståelse for utvikling av stress og angstsymptomer etter katastrofer og kritiske hendelser. Videre ble prosedyrer for håndtering av slike situasjoner utviklet i Sjøforsvaret presentert. Erfaringene fra Sjøforsvaret kan ha overføringsverdi til den sivile sektoren og gi økt handlingsberedskap for helsearbeidere innen arbeidsmedisin. Det er viktig å være klar over at dette ikke er tiltak som alltid skal gjennomføres, men som kan vurderes eller benyttes som innspill i planlegging av personelloppfølging ved den enkelte arbeidsplass.

Referanser

1. Rauch JC, Shin LM, & Phelps EA. Neurocircuitry models of post-traumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research – past. Present and future. *Biological Psychiatry* 2006;60:376-382.
2. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med* 2008;38:467-80.
3. Galea S, Vlahov D, Tracy M, Hoover DR, Resnick H, Kilpatrick D. Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster: evidence from a general population survey after September 11, 2001. *Ann Epidemiol* 2004;14:520-31.
4. Riviere S, Schwoebel V, Lapiere-Duval K, Guinard A, Gardette V, Lang T. Predictors of symptoms of post-traumatic stress disorder after the AZF chemical factory explosion on 21 September 2001, in Toulouse, France. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:455-60.
5. O'Donnell ML, Elliot P, Wolfgang BJ, Creamer M. Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress* 2007;20:173-182.
6. Eid J, Johnsen BH, Thayer J. Posttraumatic stress-reactions after shipwreck. Personality and individual differences 2001;30:21-33.
7. Johnsen BH, Eid J, Laberg JC, Thayer JF. The effect of sensitization and coping style on posttraumatic stress-symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scand J Psychol* 2002;43:181-188.
8. Johnsen BH, Eid J, Løvstad T, Michelsen LT. Post-traumatic stress-symptoms in non-exposed, victims and spontaneous rescuers after avalanche. *J Traum Stress* 1997;10:133-140.

Tabell 1. Sårbare grupper

- Særskilt eksponerte mannskap
- Utrenede mannskap
- Mannskap med tidligere traumatiske hendelser
- Mannskap med unngående mestringsstil
- Mannskap med dårlig sosialt nettverk
- Mannskap med lavt samhold

Tabell 2. Forhold en kan vurdere i det akutte arbeidet etter en kritisk hendelse.

- Gruppen holdes samlet. Skap trygghet
 - Splittes avdelingen skjer det gruppevis
 - Personell følges ved innleggelse/atskillelse fra gruppen.
 - Unngå at personell isolerer seg
 - Opprettholde avdelingsstruktur. Synlig ledelse.
- Prioritere medisinske undersøkelser. Loggfør og dokumenter disse (hvem, hva, når).
- Kontroller at alle har fått kontakt med hjemmet. Ta kun opp egen situasjon.
- Informer de berørte om status på hendelsen etc. Dette er en realitetsorientering og fyller et informasjonsvakuum. Synlig lederskap er viktig (sjef orienterer).
- Skjerm de involverte. Skap ro og trygghet. I enkelte tilfeller kan de berørte ha behov for aktivisering. Vurder dette (hvilken aktivitet skaper tillit?).
- Skap positive forventinger
- Skjerm besetning for presse etc.

KOLS-prisen 2013 til Johny Kongerud

KOLS-prisen 2013 ble tildelt Johny Kongerud for vitenskapelig arbeid om yrkes- og miljørelatert astma og KOLS. Johny Kongerud er professor ved institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo, avdelingsleder og overlege ved Lungemedisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet. Han har gjennom en lang karriere i både norsk og internasjonal forskning satt fokus på astma og KOLS i relasjon til eksponeringer i miljø og yrke. I juryens begrunnelse for tildelingen står det blant annet at "Kongeruds studier har bidratt til å dokumentere sammenheng mellom astma, KOLS og yrkeseksponering og har ført til tiltak for bedre arbeidsmiljø. Også for dem med yrkesskade har disse resul-

tatene hatt betydning for å bevise årsaken til sin skade overfor trygd- og forsikringsvesen." KOLS-prisen deles ut årlig av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) og består av 50 000 kroner. Utdelingen foregikk ved en trivelig seremoni på Gardermoen den 4. oktober i forbindelse med LHLs landsmøte. Det er tredje gang KOLS-prisen deles ut. Tidligere vinnere er Per Sigvald Bakke og Vidar Søyseth. Det er verdt å merke seg at alle prisvinnerne har vært aktive innenfor forskning på relasjonen mellom lungesykdommer og arbeid. Dette er en tydelig anerkjennelse av det arbeidsmedisinske feltet når det gjelder KOLS. Vi gratulerer Johny Kongerud med prisen!



Fremtidens bedriftshelsetjeneste

Landskonferansen for bedriftshelsepersonell som ble holdt i Bergen 18.- 20. september 2013. Det var spennende dager med mange gode faglige innlegg og pauser der diskusjonene bølget. Konferansen hadde en egen form denne gangen, og klarte å få fram hva bedriftshelsepersonell selv mener om sitt arbeid og sine fremtidige oppgaver ved hjelp av daglige gruppearbeider som ble oppsummert og redigert etterpå. Resultatet ble en rapport: «Fremtidens bedriftshelsetjeneste» som ble ferdig og presentert siste dag. Rapporten finnes i sin helhet på nettet: www.landskonferansen.no.

Her er et sammendrag

Redaksjon: Lise Sørbo, Lise-Mette Bekkengen, Liv Unni Gandrudbakken, Marina Ilseth og Kari Osnes

Dette er en oppsummering fra gruppearbeid på Landskonferanse for bedriftshelsepersonell i Bergen 18.-20. september 2013. Konferansen hadde 306 deltagere, og det deltok fra 220 til 282 personer i gruppearbeidene. Målsettingen med konferansens gruppearbeid og dokument, var å få fram hva konferansedeltagerne mente om bedriftshelsetjenestens arbeid nå og i fremtiden.

Metode som ble brukt

Konferansedeltagerne lyttet til innledende foredrag i løpet av konferansens første to dager; disse ga innspill og inspirasjon om aktuelle tema for bedriftshelsetjenesten. Deltagerne ble delt i små, tverrfaglige grupper (ca. 5-10 personer) som drøftet bedriftshelsetjenestens godkjenningsordning, arbeidsoppgaver (med fokus på sykefraværarbeid og livsstilsarbeid), kompetanse, organisering og finansiering.

Hver gruppe leverte sine svar på et ark etter fire forskjellige gruppearbeid. Resultatene skrevet på disse ble talt opp og skrevet ned av et sekretariat på fire personer samme dag. En tverrfaglig redaksjon bestående av fem personer leste, redigerte og oppsummerte svarene på slutten av dagen; både dag 1 og dag 2, og resultatene ble presentert på konferansens 3.dag.

Resultater

1. Om godkjenningsordningen

a) Godkjenningskrav om BHT har medvirket til:
- flere ansatte og økt kompetanse hos ansatte i BHT
- flere kunder og kunder som stiller krav til godkjent BHT

b) Flertallet av gruppene på Landskonferansen ønsker å beholde godkjenningsordningen for BHT.

c) Mange ønsker at Arbeidstilsynet videreutvikler godkjenningsordningen med strengere regelverk



Redaksjonskomiteen hadde en tøff jobb, men besto av kvinner med stort pågangsmot og høy grad av energi. Fra venstre Lise-Mette Bekkengen, Liv Unni Gandrudbakken, Kari Osnes, Lise Sørbo og Marine Ilseth.

(herunder en bemanningsnorm), økt kontroll av kvalitetskravene og veiledning av BHT.

2. Om oppgavene i BHT

a) Deltagerne utfører mest lovpålagte oppgaver, men også ikke-lovpålagte oppgaver.

b) Deltagerne har et klart ønske om å kunne levere tjenester etter intensjonen i arbeidsmiljøloven (AML), men forteller at det foreligger utfordringer som hemmer BHT i å utføre disse lovpålagte oppgavene.

c) Deltagerne har imidlertid mange forskjellige tanker og visjoner om hva BHT skal utføre i fremtiden. De fremstiller BHT som en arena med svært mange muligheter for å fremme helsen til norske arbeidstakere, og norsk folkehelse generelt.

3. Sykefravær

a. Gruppene ønsker at BHT skal ha en rolle i sykefraværarbeidet i fremtiden.

b. Gruppene ønsker at BHT skal brukes mer i sykefraværarbeidet og IA-arbeidet enn i dag, og de har foreslått mange forskjellige oppgaver de kan utføre i

denne sammenheng.

c. De ønsker å få utviklet enda mer kompetanse for å utføre dette arbeidet best mulig.

4. Livsstilsarbeid

Gruppene ønsker at BHT skal arbeide med livsstilspromatikk dersom det ikke går på bekostning av lovpålagte kjerneoppgaver.

5. Kompetanse, finansiering, organisering

a) Gruppene er opptatt av kompetanse og kompetanseheving av personell i BHT. De har mange forskjellige innspill til dette temaet. De foreslår kurs så vel som universitetsutdanning. De nevner behov for å lære mange forskjellige tema, og særlig psykososiale forhold og metodikk blir nevnt.

b) BHT for alle, med fri og uavhengig stilling fremheves.

c) Økonomisk statlig støtte foreslås, spesielt for BHT med små medlemsbedrifter som kunder.

Veien videre: BHT i Norge ønsker å bli brukt i større grad enn i dag for å fremme arbeidshelsen. Det er ønskelig at Arbeidsdepartementet, Statens Arbeidsmiljøinstitutt og partene i arbeidslivet drøfter den videre utvikling av BHT i Norge.



I kulissene ble tekster fra gruppene rensket, bl.a. av disse blide damene: Kaja Irgens-Hansen og Sigrd Espeland Lerbak.



Energiske menn deltok også i konferansen, fra venstre: Geir Riise, Per Arne Drabløs, Ørn Terje Foss og Rolf Hanoa.

Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) og Norsk forening for arbeidsmedisin (Nfam) - Styret 1.9.2013- 31.8.2015

Knut Skyberg, leder Namf

Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel 23195100 - e-post: knutsk@stami.no

Tore Tynes, leder Nfam

Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel 23195100 Mobil 958 24289
e-post: tore.tynes@stami.no

Tone Eriksen

Arbeidstilsynet Østfold og Akershus
Postboks 386, 1502 Moss
Mobil 97985146
e-post: tone.eriksen@arbeidstilsynet.no

Jarand Hindenes

Haugaland HMS, avd Sand
Postboks 63, 4239 Sand
Mobil 90684851
e-post: jarand.hindenes@haugaland-hms.no

Knut Jørgen Arntzen

Statoil Asa – Stjørdal
Postboks 273, 7500 Stjørdal
Tel 74824978 Mobil 46921035
e-post: knarn@statoil.com

Helle Laier Johnsen

Frisk HMS
Post: Bjørgevegen 29, 2380 Brumunddal
Tel: 62330133 Mobil 90964544
e-post: helle.laier@dadlnet.dk

Hilde Slørdahl Conradi

AF Gruppen, Innspurten 15
Postboks 6272 Etterstad, 0603 Oslo
Tel 22891266 Mobil 48053557
e-post: hilde.s.conradi@afgruppen.no

Vararepresentanter:

Wenche Røysted

Seksjon for arbeidsmedisin
Sykehuset Telemark, 3710 Skien
Tel: 35 00 35 00
e-post: wenche.roysted@sthf.no

Gunnar Skipenes

Troms Militære Sykehus
Forsvaret, Postboks 314, 9356 Bardu
Tel: 77 89 71 01
e-post: gskipenes@mil.no

Berømt arbeidsulykke gav nevrovitenskapelig innsikt

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

Arbeidsulykker med penetrerende hodeskader er heldigvis svært sjeldne. Det mest berømte tilfellet av en slik arbeidsulykke er sannsynligvis historien om Phineas Gage (1823-1860). Gage var formann for en gruppe entreprenører som gjorde grunnarbeid i forbindelse med bygging av jernbanen i Cavendish, Vermont. Den 13. september 1848 var de i ferd med å sprengte seg gjennom et større steinmassiv. Det var Gages oppgave å plassere sprengstoff i hull som ble boret i fjellet. Han brukte en lang og tynn jernstang for å få sprengstoffet på plass og for å pakke litt sand på toppen av ladningen. Denne dagen ble Gage av en eller annen grunn distraheret av arbeidskameratene sine bak seg. Han så seg tilbake over høyre skulder samtidig som han slapp jernstangen ned på sprengladningen. Friksjonen av jernet mot fjellet lagde en gnist og antente sprengstoffet. Jernstangen ble sprengt opp og passerte inn gjennom ansiktet til Gage under venstre arcus zygomaticus og ut på toppen av hodet. Han ble behandlet av legen John Martyn Harlow (1819-1907), og det er gjennom hans optegnelser vi kjenner til ulykken og forløpet i etterkant. På mirakuløst vis overlevde Phineas ulykken, men han skal i etterkant ha blitt svært endret personlighetsmessig. Fra å ha vært en hardarbeidende, omgjengelig og pliktoppfyllende ble han apatisk, hensynsløs og ute av stand til å holde avtaler eller å ta beslutninger. Som Harlow beskriver i sine papirer: Gage var "No longer Gage". Han døde av et epileptisk anfall elleve og et halvt år etter ulykken (1).

Jernstangen hadde skadet Gages frontallapper. Måten han endret seg på etter ulykken demonstrerte den viktige rollen frontallappene har når det gjelder personlighet og emosjonelle uttrykk. Rundt midten av 1800-tallet begynte man å forstå at viktige funksjoner som språk, motorikk og sensibilitet var lokalisert til egne områder i hjernen. Gages ulykke førte etterhvert til innsikt om at også forhold som gjelder psykologisk funksjon kan ha spesifikk lokalisering. I dag vet vi at vanlige utfall ved skader i hjernens frontale cortex er apati, likegyldighet og emosjonell avflating. Pasienter med slike skader virker ofte ukritiske og kan ha ekstreme vansker med å ta beslutninger (2).

Skade eller påvirkning av hjernens frontallapper kan ha store konsekvenser for funksjonsnivået i arbeidslivet. Hos slike pasienter kan man bli forledet til å tro at funksjonen er god, fordi andre kognitive evner som språk og intellekt for øvrig kan være bevart uskadet. Nevropsykologisk testing kan da være et viktig verktøy. Med en slik kartlegging står man



Den uheldige Phineas Gage poserer med jernstangen som gikk gjennom hodet hans. Fotoreproduksjon av den første formen for fotografi, daguerrotypiet (Wikimedia Commons).

bedre rustet til å gi råd både om rehabilitering og eventuell videre rolle i arbeidslivet (3). Når det gjelder Phineas Gage, kom han så vidt vi vet aldri tilbake til sitt opprinnelige arbeid. I følge historien skal han ha reist rundt, blant annet til Boston og New York, for å fortelle historien sin og vise frem seg selv og jernstangen. Han skal dessuten ha kjørt hestedrosje i Chile en stund før epilepsi satte en stopper også for dette. Phineas Gages hodeskalle finnes i dag utstilt på the Warren Anatomical Museum of Harvard Medical School sammen med jernstangen som har fått følgende inskripsjon:

"This is the bar that was shot through the head of Mr. Phineluis P. Gage at Cavendish, Vermont, Sept.14, 1848. He fully recovered from the injure & deposited this bar in the Museum of the Medical College, Harvard University. Phinehaus P. Gage Jan 6 1850" (4).

Referanser

1. Harlow JM. "Passage of an iron rod through the head." *Boston medical and surgical journal*, v 39, no 20 (November 1848): 389-393.
2. Brodal P. Sentralnervesystemet. Universitetsforlaget 2001.
3. Puhre et al. Tilbakeføring til arbeid etter erhvervet hjerneskaade. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2011;48:774-779.
4. Macmillan M. *An Odd Kind of Fame. Stories of Phineas Gage.* London, 2000.

Takster for arbeidsmedisinsk arbeid

Tone Eriksen

Et av NAMF sine prioriterte satsningsområder for 2013 – 2015 er å styrke legenes rolle i BHT. Vi mener at innføring av takster for arbeidsmedisinsk arbeid vil være et steg på veien for å nå dette målet. Derfor har vi startet med å se på muligheten for å sikre bedriftsleger samme takster som andre leger for samme type arbeid.

I utgangspunktet ønsker vi å få vedtatt takster som gjenspeiler lovpålagt arbeid for bedriftslege og arbeid der bedriftslege på bakgrunn av sin kunnskap burde bli prioritert. Enkelte bedriftshelse-tjenester bruker sine leger nesten utelukkende til helsekontroller. Dette medfører at tjenesten ikke vil være tellende for spesialisering i arbeidsmedisin og det er heller ikke tilfredsstillende faglig sett. NAMF mener at bedriftslegen/arbeidsmedisineren bør ha en helt sentral rolle i enhver bedriftshelsetjeneste.

Bedriftslegenes arbeidsforhold har endret seg mye de siste årene, tidligere var egne ordninger eller fellesordninger styrt av flere bedrifter vanlig. I denne organiseringsformen var bedriftshelsepersonell ansatt i bedriften/bedriftene eller bedriftshelsetjenesten var eid av bedriftene. Nå er privat organiserte fellesordninger mest utbredt. I noen av disse er bedriftslegens rolle redusert til et minimum.

Det er flere lovpålagte oppgaver som krever kompetent lege i arbeidsmiljøloven og dens forskrifter og alle bedriftshelsetjenester må minimum ansette lege i 30 % stilling for å bli godkjent, jfr. forskrift om administrative ordninger § 2-2, d). NAMF oppfordrer alle bedriftshelsetjenester til å ansette lege i større stillingsbrøk enn 30 %, slik at den arbeidsmedisinske kunnskapen kan benyttes på en best mulig måte.

Ett av lovkravene i Arbeidsmiljølovens § 4-6 (4) er at bedriftshelsetjenesten skal være representert i dialogmøte 1, som skal avholdes senest innen sju

ukers sykefravær. IA-bedrifter får her utbetalt et såkalt BHT-tilskudd når de benytter seg av BHT sine tjenester. Dette tilskuddet er per 1. juli 2013 på 626,- kr per time, noe som ikke dekker kostnadene ved å sende en bedriftslege/arbeidsmedisiner på møtet.

NAMF er av den oppfatning at man i mange dialogmøter vil kunne ha god nytte av at en kompetent bedriftslege stiller. Ved å innføre takster for bruk av bedriftslege/arbeidsmedisiner i dialogmøter, vil man kunne forvente at denne type kompetanse etterspørres mer i bedriftene og at bedriftshelsetjenesten dermed ser at det er viktig å ha bedriftsleger i stor nok stilling. En annen mulighet er at BHT-tilskuddet justeres avhengig av hvilken yrkesgruppe som stiller opp i dialogmøte eller i andre situasjoner som utløser tilskudd, for eksempel funksjonsvurdering av en ansatt.

NAMF mener at takster for bedriftslege og arbeidsmedisiners deltagelse i dialogmøte 1 bør være tilsvarende takster for lege og legespesialist deltagelse i samme møte, jfr. normaltariffen. NAMF ønsker også å se på muligheten for å innføre andre takster som er relevante for bedriftslegers lovpålagte arbeid, for eksempel tilsvarende takst L40 (Legeerklæring ved arbeidsuførhet), L90 (yrkesskade, yrkessykdom) og takst L8 (søknad om unntak for arbeidsgiveransvar).

For å få innført de ønskede takstene mener vi at man i første omgang må endre forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, § 1, første avsnitt og § 2, 4. ledd. Vi har derfor utarbeidet et forslag til forskriftsendring, som nå skal behandles videre i Legeforeningen sentralt. Resultatet av dette vil ikke være på plass med det første, men vi håper at vi vil kunne komme tilbake med positive nyheter i løpet av året som kommer.

Modernet

– et europeisk nettverk av arbeidsmedisinere

Hans Magne Gravseth, overlege ved Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA), Statens arbeidsmiljøinstitutt, Yogindra Samant og Axel Wannag, begge overleger ved Direktoratet for Arbeidstilsynet

Modernet er et nettverk av registre for yrkessykdommer/arbeidsrelaterte sykdommer i 19 europeiske land. Sammen ønsker vi å forbedre overvåkingen av arbeidsrelaterte helseproblemer for bedre oppfølging av trender og for raskere å kunne oppdage nye risikoforhold.

Modernet er navnet på et samarbeidsprosjekt mellom registre for yrkessykdommer/arbeidsrelaterte sykdommer i en rekke europeiske land. Hovedhensikten er bedre registrering og overvåking av arbeidsrelaterte sykdommer/ yrkessykdommer, for dermed å bedre kunne påvise omfanget og oppdage nye risikoforhold. En del av formålet er også at man skal dele informasjon innad i nettverket, og man ønsker spredning av ny kunnskap for påvirkning og implementering i arbeidsliv og forvaltning. Selve ordet "Modernet" er et akronym for Monitoring trends in Occupational Diseases and tracing new and Emerging Risks in a NETWORK.

Den spede begynnelsen var gjensidige møter mellom miljøene i Amsterdam og Manchester i perioden 2004 – 2006. I 2007 og 2008 holdt man internasjonale møter i Amsterdam, hvor hovedtemaet var hvordan man kan oppdage nye risikoforhold. Her var det deltakelse også fra Frankrike, Italia, Finland og Tsjekkia. Modernet ble så grunnlagt i 2008, og i perioden 2010 til 2014 har man finansiering fra EU-organet COST for reise- og møteutgifter. Man vil søke om videre finansiering andre steder etter utløpet av denne perioden. Nettverket er stadig utvidet, og 19 europeiske land er nå medlemmer: Albania, Belgia, Bosnia-Hercegovina, Finland, Frankrike, Irland, Island, Italia, Kroatia, Makedonia, Malta, Nederland, Norge, Romania, Spania, Storbritannia, Sveits, Tsjekkia og Tyskland. I tillegg er det en deltaker fra Australia.

Norge er representert ved de tre artikkelforfatterne, dvs. ved organisasjonene Arbeidstilsynet og STAMI. Vi bidrar med hvert vårt register over arbeidsrelaterte sykdommer: Arbeidstilsynet bidrar med sitt Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS). Dette er et hendelsesbasert register basert på legemeldinger. Enhver lege plikter som kjent å gi skriftlig melding til Arbeidstilsynet dersom man gjennom sitt arbeid får

kunnskap om at en arbeidstaker lider av en sykdom som legen antar skyldes arbeidssituasjonen. Denne plikten er nedfelt i Arbeidsmiljøloven. Dette registret, som ble etablert i 1920, er viktig i Arbeidstilsynets forebyggingsarbeid. Antallet meldinger har de siste årene ligget i området 2500 – 3000. På STAMI har man et anonymt Pasientutredningsregister, hvor det er oversikt over alle pasientutredninger ved landets 6 arbeidsmedisinske avdelinger. Dette registret har vært i drift i snart 5 år, og man startet registreringen for å få en bedre og mer løpende oversikt over pasientutredninger knyttet til spesielle risikoforhold i norsk arbeidsliv. Her registreres årlig ca 1300 – 1400 pasienter.

De ulike landene har ellers hver sine systemer for registrering av arbeidsmedisinske tilstander. Ved å gå sammen i et nettverk kan man utveksle erfaringer på tvers av landegrensene og lære om de forskjellige systemenes styrker og svakheter. Dessverre er det ingen land som har det perfekte overvåkings-systemet. Man får også tilgang til et enormt befolkningsgrunnlag på den måten, noe som danner et godt utgangspunkt for å kunne påvise nye risikoforhold i et stadig skiftende arbeidsmiljø.

Som eksempler på ulike systemer nevnes her kort det franske og det britiske. I Frankrike har man et nasjonalt nettverk for overvåking og forebygging av yrkessykdommer, på fransk forkortet RNV3P. Dette består av 30 ulike sentra rundt om i landet. Hovedformålet er overvåking av trender osv, men man er også svært opptatt av å finne nye risikoforhold. Pasientrapportene gjennomgås systematisk av eksperter med tanke på om man kan finne signaler som tyder på nye sammenhenger mellom eksponering og sykdom, eller kjente slike sammenhenger i nye yrkesmessige sammenhenger. I Storbritannia har man blant annet utviklet THOR (The Health and Occupation Research Network), som drives fra universitetet i Manchester. Dette systemet er basert på rapporter fra mer enn 2000 legespesialister spredt over hele landet: arbeidsmedisinere, psykiatere, revmatologer, lungeleger og hudleger, dessuten allmennpraktikere med spesialopplæring. Disse rapporterer (anonymt) inn tilfeller de kommer over av yrkessykdommer og arbeidsrelaterte helseproblemer. Dette danner grunnlaget for å estimere (data

mining) den nasjonale forekomsten av slike tilstander, og det blir brukt til epidemiologisk forskning. I de senere år har man også samlet inn data om og forsket på arbeidsrelatert sykefravær.

Siden Norge er deltakerasjon, er det under visse betingelser anledning for norske forskere å søke om finansiering for forskningsopphold hos en av institusjonene som er med i samarbeidet. Slike opphold kan ha en varighet mellom 5 og 90 dager og kalles STSM (Short-Term Scientific Missions).

Modernet er delt opp i 4 arbeidsgrupper, som har hver sine arbeidsoppgaver: Arbeidsgruppe 1 har datakvalitet som tema, hvordan man kan forbedre kvaliteten på data om arbeidsrelaterte sykdommer. Arbeidsgruppe 2 jobber med trender, hvordan man best kan påvise trender for arbeidsrelaterte sykdommer og utvikle nye teknikker for trendanalyser. Hovedtemaet i arbeidsgruppe 3 er påvisning av nye risikoforhold – utvikling av nye teknikker for å oppdage nye arbeidsrelaterte sykdommer. Endelig har man arbeidsgruppe 4, som tar for seg formidling og implementering av den nye kunnskapen.

Modernet avholder stort sett to møter i året, vår og høst, hvor alle 4 arbeidsgruppene møtes. I tillegg er det mindre møter for én eller to arbeidsgrupper. Eksempelvis er arbeidet til arbeidsgruppene 1 og 3 nært beslektet, og det planlegges et to dagers møte for disse gruppene på STAMI i februar 2014. Temaet for dette møtet vil være "Which evidence is needed to establish a disease-exposure complex as a new work-related ill-health entity?".

Les mer

Du finner mer informasjon om nettverket på hjemmesiden <http://costmodernet.org/>

Gå på kino!

Arbeidsmedisinere kan iblant ha stor nytte av å gå på kino. Nå for tiden kan man se filmen «Pionér», som er et «must» for en norsk arbeidsmedisiner. PIONÉR er en thriller fra starten av det norske oljeeventyret. Plottet går ut på at store forekomster av olje og gass er funnet på norsk sokkel og norske myndigheter ønsker å føre dem i land via en rørledning på 500 meters dyp. Yrkesdykkeren Petter er besatt av tanken på å være den første på bunnen. Sammen med broren Knut har han den disiplin, styrke og eventyrlyst som trengs til å ta på seg verdens desidert farligste oppdrag. En tragisk ulykke vender imidlertid alt på hodet og sender Petter ut på en reise hvor han gradvis mister oversikt over hvem som trekker i hvilke tråder. Jo nærmere Petter kommer sannheten, jo mer går det opp for ham at også hans eget liv står i fare...

Ja, en del fiksjon er det! Men du får også et nyttig innblikk i Nordsjødykkernes liv, gå av sted og se! Kan hende dette forslaget kommer litt sent,



at filmen er tatt av plakaten, men da foreslår jeg at du følger med og ser filmen når den kommer på DVD.

Kurs i Prosjektarbeid og forskningsmetoder i arbeidsmedisin

10. – 13. mars 2014

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)

Engelsk tittel: Research methods and project planning in occupational medicine

Målgruppe: Leger med tilknytning til det arbeidsmedisinske fagområde. Kurset er obligatorisk og teller som 40 timer i spesialiteten arbeidsmedisin.

Målsetning: Stimulere systematikk og dokumentasjon i arbeidsmedisinsk virksomhet. Gi en innføring i prosjektplanlegging, herunder kvantitative og kvalitative metoder, basert på praktiske øvelser. Sterkere basis i vitenskapelige metoder gir grunnlag for å gjennomføre prosjekter med bedre kvalitet i bedriftshelsetjenesten.

Arbeidsmedisinsk virksomhet har basis i kunnskaper som vi løpende må oppdatere. Vi har derfor alle behov for å skjerpe vår evne til å lese artikler kritisk. I gruppearbeidene blir det lagt vekt på å gå gjennom artikler på en systematisk måte.

Kurssted: Statens arbeidsmiljøinstitutt, Gydas vei 8, Majorstua, Oslo.

Kursavgift: Kr 5000 Bepising i pauser og lunsjer kr 1200. Leger kan søke tilskudd til overnatting og reise fra Legeforeningens fond.

Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutdanning (Oslo), Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 OSLO

Påmeldingsfrist: 13.1.2014

Påmelding E-post: kurs.oslo@legeforeningen.no

Kurskomité:

Knut Skyberg (KS), forskningssjef dr.med., Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi, STAMI (kursleder)

Mandag 10. mars

08.30 Registrering

Tema: Prosjektarbeid

08.45 Åpning. Læringsmål for kurset. Prosjektarbeid i bedriftshelsetjenesten (KS)

Tema: Epidemiologi

09.15 Introduksjon til epidemiologi (KCN)

10.15 Pause

10.30 Design av epidemiologiske undersøkelser (KCN)

12.30 Lunsj

13.15 Epidemiologi – oppsummering (KCN)

13.45 Pause

14.00 Tverrsnittsundersøkelser - bedriftslegens epidemiologiske verktøy (DE)

14.45 Intervensjonsstudiet - en mulighet for kritisk evaluering av miljøtiltak (KS)

15.30 Gruppearbeid - epidemiologi Gjennomgang av artikler, med tanke på design og metoder (PK, KS, KCN, MDB)

16.30 Slutt for dagen

Tirsdag 11. mars

Tema: Statistikk

08.30 Statistikk I (PK).

10.00 Pause

10.15 Statistikk II (PK)

11.30 Gruppearbeid. Gjennomgang av artikler med tanke på analyse og fortolkning av resultater, spesielt vurdering av kausalitet (PK, KS, KCN, MDB)

12.30 Lunsj

13.15 Statistikk III (PK)

Petter Kristensen (PK), forskningssjef dr.med., Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi, STAMI

Tor Erik Danielsen (TED), avdelingsoverlege dr.med., Avd. for miljø og yrkesmedisin (AMY), Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Lillian Leknes (LL), lege i utdanning, Avd. for miljø og yrkesmedisin (AMY), Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Forelesere forøvrig:

Berit Bakke (BB), gruppeleder/forsker dr.philos., Avd. for kjemisk og biologisk arbeidsmiljø, STAMI

Merete Drevvatne Bugge (MDB), overlege dr. med., Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi, STAMI

Trine Dale (TD), medieviter, TNS Gallup

Dag Ellingsen (DE), avdelingsdirektør dr. med., Avd. for kjemisk og biologisk arbeidsmiljø, STAMI

Bjørn Hilt (BH), avdelingsleder dr. med. og professor, Arbeidsmedisinsk avd., St. Olavs hospital

Kirsti Jacobsen (KJ), cand. arbeidshelse, Avd. for arbeidspsykologi og -fysiologi, STAMI

Karl Christian Nordby (KCN), avdelingsdirektør dr.med., Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi, STAMI

Knut W Ruyter (KWR), Avdelingsdirektør, prof.dr.philos.,

REK sør-øst, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Forberedelser:

Gjennomlesning av kompendium i statistikk: minimum 3 timer

Gjennomlesning av artikler til gruppearbeid: minimum 2 timer

Utarbeiding av skisse til eget prosjekt: minimum 1 time

Forelesninger og gruppearbeid under kurset:

Forelesningstimer: 29 timer

Gruppearbeid: 6 timer

Program:

15.30 Gruppearbeid. Gjennomgang av artikler med tanke på valg av statistiske metoder, fremstilling og fortolkning av kvantitative resultater (PK, KS, KCN, MDB)

16.30 Slutt for dagen

Onsdag 12. mars

Tema: Planlegging og gjennomføring av prosjekter

08.30 Kvalitet av eksponeringsdata i arbeidsmedisinske prosjekter (BB)

09.15 Systematisering av data i bedriftshelsetjenesten (TED)

10.30 Pause

10.45 Planlegging og gjennomføring av et prosjekt i egen bedrift (MDB)

11.30 Gruppearbeid. Gjennomgang av skisse til eget prosjekt (PK, KS, TED, MDB)

12.30 Lunsj

13.15 Erfaringer med praktisk litteratursøk (BH)

14.45 Pause

15.00 Orientering om doktorgradsopplegget ved universitetene (MDB)

15.30 Utforming av projektrapporter og fagartikler, og noe om muntlig formidling (MDB)

16.15 Slutt for dagen.

Torsdag 13. mars

Tema: Andre forskningsmetoder

08.30 Utforming av spørreskjemaer. Muligheter og fallgruver (TD)

10.45 Pause

11.00 Kvalitative metoder i arbeidsmiljøforskning. Teori (KJ)

12.30 Lunsj

13.15 Mer om kvalitative metoder. Eksempler (KJ)

14.00 Pause

14.15 Etske problemstillinger i arbeidsmedisinen (KWR)

15.45 Kursevaluering og avslutning (KS)

16.00 Slutt

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 136. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin mandag 28. og tirsdag 29. oktober 2013

Sak 59/2013 Fordeling av oppgaver i styret – herunder valg av landsstyreprerentanter

Fordeling av arbeidsoppgaver:

Tore Tynes, Tone Eriksen og Jarand Hindenes representerer Nfam – reisekostnader i forbindelse med styremøter belastes Nfam som tidligere. Knut Skyberg, Knut Jørgen Arntzen, Hilde Conradi Slørdahl og Helle Laier Johnsen representerer Namf. Reise-regninger må stiles til henholdsvis Nfam og Namf.

Valg av landsstyreprerentanter:

Det skal oppnevnes 2 representanter fra Namf og 1 fra Nfam med vararepresentanter.

Fra Namf ble oppnevnt:

Medlemmer: Knut Skyberg og Helle Laier Johnsen
Vararepresentanter: Jarand Hindenes og Knut Jørgen Arntzen

Fra Nfam ble oppnevnt:

Medlem: Tore Tynes

Vararepresentant: Tone Eriksen

Sak 60/2013 Ny redaktør for Ramazzini

Bente E. Moen hadde meddelt at hun ønsket å fratse som redaktør av Ramazzini fra 1.1.2014.

Håkon Lasse Leira var forespurt og hadde sagt ja til å påta seg redaktøransvaret.

Redaksjonskomiteen er oppnevnt for perioden 1.1.2012 – 31.12.2015.

Ny komite for perioden 1.1.2014 – 31.12.2015:

Håkon Lasse Leira, redaktør

Petter Kristensen

Anniken Sandvik

Anne Kristine Jordal

Sak 61/2013 Internettssidene. Facebook

Det gjøres ingen endringer i ansvarlige for internettssidene. Torstein Seip Johnsen er hovedansvarlig med støtte fra Jarand Hindenes. Det er opprettet egen facebook-side for foreningene som er åpen for alle.

Sak 62/2013 Ny spesialitetskomite for perioden 2014-2017. Frist 30.10

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 5. september 2013. Nfam skal foreslå 5 medlemmer (4 spesialister og 1 utdanningskandidat) og 3 vararepre-

sentanter (2 spesialister og 1 utdanningskandidat). Minst ett medlem skal være universitetslærer.

Sak 63/2013 Plan for videre samarbeid med LO og NHO

LO og NHO inviteres til fagkonferansen på Losby. Knut Skyberg og Tore

Tynes tar videre kontakt med LO og NHO om et møte om revisjonen av IA-avtalen.

Sak 64/2013 Planer for vårkonferansen

Vårkonferansen finner sted på Larkollen 7. - 9.5.2014. Ansvarlig for vårkonferansen er Tore Tynes, Tore Eriksen og Jarand Hindenes i samarbeid med Marit Skogstad. Programmet ble gjennomgått, og det ble foreslått å flytte bolken om industrihistorie lenger ut i programmet og heller begynne med et mer aktuelt tema. Prøvetaking ved toksikologisk eksponering er et område som kanskje kunne være aktuelt for konferansen, men det må ha daglig klinisk relevans. Hans Jørgen Arntzen undersøker i sitt miljø om aktuelle personer som har erfaring med prøvetaking av kjemisk eksponering for klinisk bruk. Det skal inngås avtale med ny teknisk arrangør.

Sak 66/2013 Andre kurs

Istedenfor å arrangere egne kurs, kan det være aktuelt å være formidler for andre kurs som kan være aktuelle for medlemmene. Foreningene bør konsentrere seg om å gjøre vårkonferansen attraktiv og ikke spre aktiviteten på flere småkurs.

Sak 67/2013 Studietur for styret 2014

Det er en spennende utvikling i Sverige når det gjelder bedriftshelsetjeneste. Studieturen neste år vil derfor bli lagt til Stockholm. Knut Skyberg og Tore Tynes forhører seg med Arve Lie om mulige kontakter.

Sak 68/2013 Styremøter høsten 2013 og 2014

Det ble berammet følgende styremøter:

9.1. kl 13.30 videomøte fra Stami (hvis behov)

13.2. kl 09.00 på Losby

2.4. kl 13.00 i Legenes hus

11.6. kl 13.00 i Legenes hus

27.8. kl 13.00 i Legenes hus - fellesmøte med spesialitetskomiteen

Sak 69/2014 Fagkonferansen 13. og 14. februar – program

Presidenten er invitert til kl 10.30 14.00. Styret utarbeider et notat på forhånd med saker som det ønsker å ta opp med presidenten. Helle Slørdahl Conradi og

Helle Laier Johnsen er ansvarlig for programmet.

Sak 70/2013 Ansvar for styrets spalte i Ramazzini 2014

Tone Eriksen skriver styrets spalte i nummer 1, 2014 med tema takster for arbeidsmedisinsk arbeid. Ansvaret for de andre numrene i 2014 fordeles etter hvert som en ser hvilke tema som er aktuelle. Sekretæren innhenter frister for innsendelse av manus til redaktøren.

Sak 71/2013 Veilederkoordinator i arbeidsmedisin

Det forelå henvendelse fra veilederkoordinator Peter Prydz i Legeforeningen der han spør om det er interesse for å ha en egen koordinator for arbeidsmedisin. Dette er tenkt som en 20% stilling. Per i dag er det 4 koordinatorene for allmenntilleggsmedisin og 1 for samfunnsmedisin.

Styret mente dette var et godt tilbud som det vil følge opp. Sekretæren forhører seg om finansiering og hvordan dette praktisk skal gjennomføres.

Sak 72/2013 Oppnevning av representanter til Legeforeningens spesialitetsråd for perioden 2014 – 2017. Frist 30.10

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 5. september 2013 der Namf blir bedt om å foreslå representant(er) til spesialitetsrådet. Styret besluttet å spørre Bjørn Hilt om han vi fortsette.

Sak 74/2013 Søknader om forskningsstipend

A. Søknad fra Marit Skogstad: Lungeeffekter i frisøryrket, Palestina

B. Søknad fra Tor Erik Danielsen: Samarbeid arbeidshelse New Dehli – Oslo.

Det forelå innstilling fra forskningsutvalget datert 22. oktober 2014.

Det er foreløpig ikke delt ut midler for 2013. Styret vedtok derfor å dele ut midler både for 2013 og 2014 bevilget kr 50 000 til hvert av prosjektene.

Sak 75/2013 Oppnevninger

Følgende utvalg ble oppnevnt for perioden 1.9.2013 – 31.8.2015:

a. Forskningsutvalg

Merete Drevvatne Bugge, leder

Bjørn Hilt

Tor Erik Danielsen

Helle Laier Johnsen

b. Institusjonsutvalg

Tor Erik Danielsen, leder

Oddfrid Aas

Liv Sanne

Sak 77/2013 Oppnevning av representanter til sakkyndig komite i kompetanseområdet allergologi – frist 30.10

Sakkyndig komite i kompetanseområdet allergologi ble oppnevnt av sentralstyret 15. januar 2013

med virkning ut 2013, dette for å følge samme oppnevningsperiode som spesialitetskomiteene. Styret besluttet å foreslå Siri Slåstad som medlem med Merete Drevvatne Bugge som vara.

Sak 78/2013 Quest-back spørreundersøkelse om forskningsaktivitet og –erfaring

Forskningsutvalget har utarbeidet en spørreundersøkelse til Namf/Nfams medlemmer om forskningsaktivitet og –erfaring. Det forelå henvendelse fra forskningsutvalgets leder Merete Drevvatne Bugge med ønske om at styret gjennomgår skjemaet og kommer med en samlet tilbakemelding til utvalget. Styret hadde ingen ytterligere kommentarer til spørreskjemaet.

Sak 80/2013 Intern høring – Opptappingsplan fastlegeordningen – frist 10.11

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 27. september 2013 vedlagt forslag til opptappingsplan for fastlegeordningen 2015-2020.

Styret ønsket et lite tillegg i planen i pkt 8 side 7: Det er viktig med et godt samarbeid mellom bedriftslege og fastlege ved oppfølging av sykemeldte.

Sak 85/2013 Takster for arbeidsmedisinsk arbeid

Det forelå et utkast til notat om takster for arbeidsmedisinsk arbeid utarbeidet av Tone Eriksen. Styret besluttet at notatet oversendes Legeforeningen sentralt med et oversendelsesbrev der en ber om at Legeforeningen tar dette opp i forhandlingene til våren.

Sak 86/2013 Lønnsundersøkelsen

Lønnsundersøkelsen skal gjennomføres med to års mellomrom. Undersøkelsen gjennomføres med sikte på presentasjon av resultatene på samlingen for lokaltillitsvalgte i februar 2014. Forrige versjon sendes styret for kommentarer.

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 inneh. Ferroglysylnatfkomplekspentahydrat tilsv. Fe²⁺ 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 innholdsstoffene. 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. Avløringen 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 jernglysylnatf 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