

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 19 • 2012 • Nr. 3

Tema:

FORSKNING



Innhold:

Leder	s. 3
Flere bør forske!	s. 4
Forsker? Jeg? Om veien fra bedriftslege til forsker	s. 6
Litt informasjon om ICOH	s. 7
Utforming av spørreskjemaer – hva bør du passe på?	s. 8
Styrets spalte	s. 9
Svar om eksponering – kvikksølv og arbeidsforhold fra deltakere i samme tannklinikk og fra samme deltaker gitt i spørreskjema og ved senere intervju	s. 10
Utllysning – stipend – utviklingsland	s. 13
Forskning ved arbeidsmedisinske avdelinger i Norge	s. 14
Forskningspoliklinikken «Jobbfast» er i gang!	s. 17
Foreningsnytt	s. 18



Hvorfor forske?

Bøker er tingen, synes jeg! Jeg trekkes som en magnet mot enhver bokhandel, og må aktivt puste med magen og konsentrere meg hardt for å unngå å gå inn slike steder når jeg er i byen. Hyllene hjemme er sprekkeferdige, og det finnes ikke utvidelsesmuligheter. Som bokelsker er jeg videre med i en bokklubb. Den lyder navnet Ramazzini's døtre, og ble etablert av en gruppe kvinnelige arbeidsmedisinere i forrige århundre. Vi leser høyverdig litteratur som vi ikke skal gå inn på her, men i sommer skulle vi slappe av med noe annet. Vi gikk til anskaffelse av boka «Hvite ravner» av Christer Mjåset. Det var saker og ting! Her blir arbeidsmiljøet på Nevrokirurgisk avdeling i Bergen beskrevet på en interessant måte, med all slags intriger. Og her forskes det! Forskning er nærmest målet! Det jukses med data, veilederen er uærlig, og ikke alle kommer i like godt lys, dessverre. Men legene sliter og strever for å få tid til å forske og skrive noen ord, og bruker gjerne masse fritid til dette. Det er viktig for karrieren!

Hvordan er det så for arbeidsmedisinerne, funderer jeg. Det er ikke mye av dette karrierejaget der. Av og til kan det kanskje glimte litt til på en avdeling der noen yngre krefter har samlet seg til dyst for å få tak på en doktorgrad, men jevnt over er verden annerledes enn på Nevrokirurgen. Bra på en måte, jeg tror for min del at arbeidsmedisinere er mer avslappet og hyggelige enn mange andre legegrupper. Mindre bra på en annen måte; vi kunne nok med fordel vært mer sultne på kunnskap. For arbeid med forskning er å skaffe seg mer kunnskap. Det er ikke dumt, verken for deg eller dine omgivelser! Det kan være noe å tenke på, for fagområdet nærmest skriker etter flere forskere som kan arbeide. Det er mange tema som vi vet for lite om, og der en forskende arbeidsmedisiner kunne gjort stor nytte for seg. Dette nummer av Ramazzini omhandler forskjellige ting som har med forskning å gjøre. Redaksjonen håper du vil glede deg over tekstene, bli inspirert og tenke på om forskning kanskje er noe for deg!?

Bente E. Moen, Redaktør

Forsidebilde:

Yrkeshygieniker Anne Helene Skorve i full fart for å sikre seg prøver av flyktige organiske forbindelser (VOC) på raffineriet på Mongstad.

Foto: Siw Synnevåg Hauge

REDAKSJONSKOMITÉ 2012**Bente Elisabeth Moen**

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31, 5018 Bergen
Tel: 55 58 61 12
Faks: 55 58 61 05
E-post: bente.moen@isf.uib.no

Petter Kristensen

Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 51 00
Faks.: 23 19 52 00
E-post: Petter.Kristensen@stami.no

Kristin Buhaug

Haukeland sykehus
Yrkesmedisinsk avdeling
5021 Bergen
Tel: 55 97 38 75
Faks: 55 97 51 37
E-post: kristin.buhaug@helse-bergen.no

Anne Kristine Jordal

Mongstad BHT
5954 Mongstad
Tel: 56 34 42 08
E-post: akjor@statoil.com

FORENINGSDADRESSE

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

Flere bør forske!

Magne Nylenna, professor dr.med., Direktør, Nasjonalt kunnskapssenter for helsejtenesten
magne.nylenna@kunnskapssenteret.no

*“Research is to see what everybody else has seen,
and to think what nobody else has thought”.*

Albert Szent-Gyorgyi (1893 – 1986)

Forskning skiller seg på mange måter fra vårt arbeid som helsepersonell. Flere, også bedriftsleger og arbeidsmedisinere bør forske. Ikke bare er forskning nødvendig for å skaffe kunnskap slik at vi kan gjøre jobben vår bedre. Egen forskningserfaring gir dessuten bedre forutsetninger for selvstendig vurdering av andres forskningsresultater. En lite påaktet begrunnelse for å forske er dessuten den egoistiske, nemlig at forskning er morsomt fordi det kan være et faglig pustehull som gir variasjon i hverdagen.

Helsetjenesten er en kunnskapsorganisasjon i ordets egentlige forstand. Alt helsepersonell er avhengig av pålitelig og oppdatert kunnskap både for å fremme god helse og for å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom. Vi trenger dessuten god kunnskap for å planlegge og organisere arbeidet vårt på en best mulig måte. Kunnskap er på mange måter vår viktigste ressurs.

Vi behøver ulike former for kunnskap: Kunnskap om hva vi egentlig gjør og hvordan vi gjør det, kunnskap om hva vi bør gjøre, dvs. hva som er den tryggeste og mest effektive måten vi kan gjøre jobben vår på, og kunnskap om hvordan vi kan endre oss og forbedre det vi gjør.

Hva er forskning?

Den mest pålitelige måten vi kan skaffe oss disse formene for kunnskap på, er ved hjelp av systematiske undersøkelser. Når slike systematiske undersøkelser utføres med anerkjente, vitenskapelige metoder og formålet er å skaffe ny kunnskap, kaller vi det forskning. Noen vil si at forskning er nysgjerrighet satt i system. ”Virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom” er den legale definisjonen på medisinsk og helsefaglig forskning i Norge (Helseforskningsloven § 4a).

Forskning har altså et annet formål

enn vår vanlige virksomhet som helsepersonell. Enten vi som leger arbeider for å forebygge eller behandle sykdom, kan vi si at målet vårt er ”å produsere helse”. Målet med forskning er ”å produsere kunnskap”. Selv om de to aktivitetene i og for seg kan foregå samtidig, er det nødvendig å skille mellom dem. Ikke bare er formålet forskjellig, metodene som benyttes er forskjellige, og den juridiske og etiske reguleringen er ulik. Mens forskning reguleres av helseforskningsloven, forskningsetikkloven og de forskningsetiske prinsipper, reguleres helsetjenester av helsepersonelloven, helselovgivning og profesjonsetikken. Aktivitetene finansieres også på forskjellige måter. Både for dem som utfører forskning (forskere) og dem som utsettes for forskning (forskingsdeltakere), er forskjellen viktig.

Medisinsk og helsefaglig forskning er internasjonal og svært omfattende. Det aller meste foregår selvsagt utenfor Norges grenser, og mye av forskningen her i landet handler om å skaffe oss kompetanse til å håndtere den forskningsbaserte kunnskapen vi importerer. Ingen har oversikt over hvor mye forskning som utføres, men innen medisin og helsefag finnes det mer enn 25 000 vitenskapelige tidsskrifter og det publiseres mer enn 1,5 millioner artikler hvert år.

Mer forskning trengs – særlig lokalt

Likevel mangler vi forskningsbasert kunnskap på mange områder. Et eksempel ser vi i de systematiske oversiktene som utarbeides av Nasjonalt kunnskapssenter for helsejtenesten (Kunnskapssenteret). Kunnskapssenteret oppsummerer forskningsresultater på ulike områder ut ifra bestillinger fra helseforvaltningen og helsejtenesten. I 2011 publiserte Kunnskapssenteret 25 slike systematiske oversikter. I sju av oversiktene fant vi ingen forskning eller ikke metodisk god nok forskning til å besvare

spørsmålene fra oppdragsgiver, til tross for søk i alle tilgjengelige internasjonale databaser.

På noen fagfelt er det særlig viktig med nasjonal og lokal forskning. Det gjelder spørsmål og problemstillinger der det ikke uten videre lar seg gjøre å overføre resultatene fra internasjonale studier til norske forhold. Mens molekylærbiologisk forskning langt på vei er universell, er det vanskeligere å vite om undersøkelser knyttet til miljø, samfunnsforhold og organisering av tjenester gir generaliserbare funn. Ikke minst gjelder det forskning på områder der kultur, tradisjoner og lovgivning varierer. Arbeidsmedisin og bedriftshelsetjeneste er et slikt område. Kunnskap om aktuelle helseproblemer og risikofaktorer i norsk arbeidsliv og håndteringen av disse forutsetter forskning her i landet.

”Du vet best hvordan trafikken er der du befinner deg”, heter det i NRKs etterlysninger av lokale trafikkmeldinger. Mange spørsmål kan bare besvares av folk med lokalkunnskap. Men i tillegg til lokalkunnskap forutsetter pålitelige svar på helsefaglige spørsmål som oftest også grundige undersøkelser med relevante metoder under kyndig veiledning. Forskning tar tid, men de som investerer tid og krefter i forskning vil nesten alltid oppleve at det er verdt innsatsen. I tillegg til selve forskningsresultatene, som langt fra alltid er like oppsiktsvekkende eller betydningsfulle, sitter forskeren igjen med erfaringer og kunnskap som er annerledes enn det man får gjennom den daglige rutinen. De fleste har et ønske å lære noe nytt, og om en gang å kunne fordype seg på ett begrenset felt, i hvert fall en periode. Tilfredsstillelsen ved å se at andre kan ha interesse og nytte av det man har funnet, skal heller ikke undervurderes.

Ikke all forskning behøver å lede til doktorgrad eller annen formell kompetanse. Ambisjonen kan være begrenset. Men et

viktig prinsipp ved forskning er at resultatene skal deles med andre. Offentliggjøring av funnene er en del av den uskrevne, og i blant også skrevne, kontrakt mellom forskere, forskningsdeltakere, finansieringskilder og samfunnet for øvrig. Som regel skjer det i form av et foredrag eller en poster på en konferanse, eller aller helst som en artikkel i en publikasjon som kan gjenfinnes av andre med interesse av den samme problemstillingen.

Forskning som en reise

Det viktigste i all forskning er et godt definert spørsmål. De mange, store og gjerne uklare spørsmålene må konkretiseres. Den vanlige utviklingen i forskningsprosjekter er at spørsmålene avgrenses og innsnevres etter hvert.

Et forskningsprosjekt er som en reise. Reisemålet må identifiseres, og ofte er det behov for råd fra erfarne reisende. Når målet er definert, må reisemåten bestemmes. I forskning vil det si valg av metode. Her er det også som oftest behov for veiledning. Det finnes mange ulike forskningsmetoder. Kort sagt skiller vi mellom deskriptive og analytiske metoder. Deskriptive metoder, som kan være kvantitative eller kvalitative, brukes når det ikke er en bestemt hypotese som skal testes, men et område som skal kartlegges og beskrives. En hypotese er en antagelse som kan bekreftes (verifiseres) eller avkreftes (falsifiseres). Analytiske metoder består i å teste hypoteser. Det kan gjøres ved kun å observere det som skjer, eller gjennom intervensjoner. Observasjonelle metoder, som tverrsnittstudier, retrospektive eller prospektive undersøkelser, gjennomføres uten selv aktivt å påvirke hendelsene. Ved eksperimentelle metoder griper forskeren selv inn (intervenerer), for eksempel ved å gi en type behandling til en pasientgruppe og en annen behandling til en annen gruppe. Om fordelingen skjer tilfeldig, kaller vi det randomiserte studier. Slike undersøkelser kan utformes på avanserte måter, gjerne som såkalte multisenterstudier, slik mange legemiddelforsøk gjennomføres. Detaljert dokumentasjon forutsettes ved all forskning, og den endelige forskningsrapporten kan sammenliknes med en grundig reisebeskrivelse der ikke bare reisemålet, men de ulike opplevelser underveis inngår.

Som andre reiser, gir en egen "forskningsreise" innsikt og erfaring som er nyttig i lesning og vurdering av andres reisebeskrivelser. Egen forskningserfa-

ring gir et bedre grunnlag for selvstendig vurdering av all faglig informasjon vi eksponeres for.

Formelle forskningskrav

Av mange grunner er medisinsk forskning, som så mange andre aktiviteter i samfunnet, blitt mer regulert de seneste tiårene. Først og fremst sikrer det forskningsdeltakernes rettigheter, men også forskningens seriøsitet og resultatenes troverdighet ivaretas av nasjonale og internasjonale regler og retningslinjer. Fire grunnprinsipper gjelder for medisinsk forskning:

Forsvarlighet er et overordnet krav på alle livets områder fra bilkjøring til yrkesutøvelse. Det er grenser for hva vi kan foreta oss, og alt vi gjør må skje på en forsvarlig måte. For organisering av forskning kreves det for eksempel at det skal finnes en forskningsansvarlig institusjon, en kompetent prosjektleder og at det foreligger en forskningsprotokoll som er en beskrivelse av prosjektets mål og metoder.

Informert samtykke er et krav som ivaretar forskningsdeltakernes autonomi. Det forutsettes at tilstrekkelig informasjon skal være gitt og forstått, at samtykket skal være frivillig, og at vedkommende skal være kompetent til å gi samtykke.

Proporsjonalitet betyr at det skal være forholdsmessighet mellom risiko og nytte i alle prosjekter. Dersom den enkelte forskningsdeltaker ikke selv har direkte nytte av forskningen er det svært begrenset risiko som aksepteres.

Komitebehandling vil si at samfunnet har overlatt de skjønsmessige vurderinger knyttet til slik forskning til regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Alle forskningsprosjekter som involverer mennesker, biologisk materiale eller helseopplysninger skal forhåndsgodkjennes av en slik komité. Komiteen kan stille krav til gjennomføringen og skal ha sluttmelding om funnene i prosjektet. REK fører åpne registre over pågående prosjekter.

Forskning er gøy!

En litt for lite påaktet begrunnelse for å forske er den egoistiske, nemlig at forskning er morsomt. I en ansvarsfull og krevende jobb er det viktig til enhver tid også å ha noen lystbetonte oppgaver. Akkurat som vi formaner våre pasienter om å forebygge utbrenthet, må vi passe på oss selv og hverandre. Et forskningsprosjekt kan være nettopp den faglige

sikkerhetsventilen som kompensere for trykket av rutineoppgaver. Klarer vi å rydde tid og rom til "nysgjerrighet satt i system", vil vi som regel få avkastning ikke bare i form av ny kunnskap, men også et nytt nettverk, nye venner og et blikk inn i en, for mange, ny og kreativ kultur. Vel kan forskningsarbeid også til tider forutsette byråkratiske skjemautfyllinger og innebære gjentatte målinger, men det er likevel annerledes enn hverdagen for øvrig. I seg selv gir det en verdifull variasjon i arbeidet. De fleste av oss liker å lære noe nytt, og i så måte er det få aktiviteter som kan konkurrere med forskning.

Anbefalt litteratur

<http://www.helsebiblioteket.no/For+forskere> (med tilgang til mange relevante ressurser, bl.a. Forskningshåndboken)

Laake P, Hjartåker A, Thelle DS, Veierød MB (red.). Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2007.

Laake P, Olsen BR, Benestad HB (red.). Forskning i medisin og helsefag. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2008.

Arild Bjørndal, Dag Hofoss. Statistikk for helse- og sosialfagene. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2004.

Magne Nylenna. Publisere & presentere. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.

Forsker? Jeg?

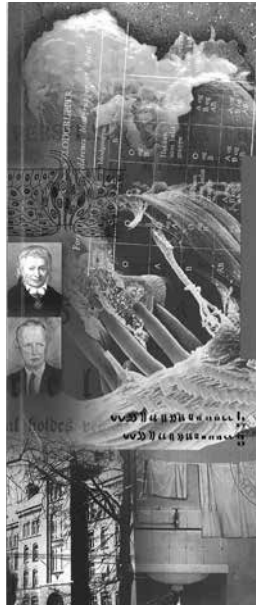
Om veien fra bedriftslege til forsker

Anne Kristin Fell, Seksjon for arbeidsmedisin, Sykehuset Telemark

Å være bedriftslege i en felles- eller egenordning, er allsidig, utfordrende og nært gutta/jentene på "gølvet". Hvordan er det mulig å rote seg derfra og over i noe så akademisk som forskning og doktorgrad? Hadde du spurt om jeg ville drive med forskning, da jeg så vidt var blitt varm i trøya som bedriftslege, så hadde nok svaret blitt: "har ikke engang tenkt tanken!" For som ung lege, i etableringsfasen, var det lett å tro at forskning var noe for de som jobbet på sykehus, hadde store barn eller fritidsproblemer.

Det som gjorde at jeg likevel begynte å tenke tanken, var rett og slett oppmuntning fra to kolleger. Begge var bedriftsleger som hadde til felles at de var interessert i forskning. Den ene var leder for veiledningsgruppa mi. Han sa om veiledningsoppgaven: "dette kan du bruke som del av en doktorgrad." Det var inspirerende å høre! Den andre var bedriftslege i en egenordning som hadde satt i gang et prosjekt, fått penger fra NHO's Arbeidsmiljøfond og inviterte meg med. Jeg var helt uten erfaring fra forskning, men ble fristet av fleksibel arbeidstid og selvstendig arbeid. Noen år senere, etter at jeg (med mye hjelp fra medforfattere) hadde skrevet min aller første artikkel, hadde jeg fått blod på tann! For det var jo ikke noen heksekunst! Dessuten kunne forskningen kombineres både med jobben som bedriftslege og senere arbeidsmedisiner på sykehus og med mann, barn og fritidsaktiviteter.

Men er det ikke et langt steg å gå fra det å være bedriftslege til å bli forsker? Som arbeidsmedisinere lærer vi å drive systematisk, målrettet virksomhet mot grupper av arbeidstagere. Vi er opptatte av sammenhengen mellom eksponering og sykdom (årsak/virkning) og forebygging. Vi synes det er tilfredsstillende å jobbe nært arbeidstakerne og å drive med noe som har betydning for deres arbeidsdag. Det er nettopp det også forskning dreier seg om! For meg var det også overraskende å oppdage at det slett ikke var så vanskelig å gjøre prosjekter ute i bedriftene. Det handlet først om å skape begeistring hos arbeidsgiver og arbeidstager for å se på mulig sammenheng mellom eksponering og sykdom. Derneft om å motivere flest mulige til å delta. De aller fleste arbeidstakere var nysgjerrige og ville gjerne være med. Jeg erfarte også at arbeidsgivere lar seg overtale til å sette av ressurser, bare prosjektene ikke går utover det de ellers skal drive med og særlig hvis det kunne skaffes litt midler utenfra. Selv som arbeidsmedisiner på sykehus har det vært mulig å ta kontakt med en virksomhet som slet med høye



Anne Kristin Moller Fell

Lung function, inflammatory markers, and occupational exposure in cement production workers

Faculty of Medicine
University of Oslo
2011

Avhandlingen til A. K. Fell.

støvnivåer og ansatte med plager, for å få i gang forskning. Vi at det å drive et forskningsprosjekt til og med kan styrke bedriftens omdømme, fordi Arbeidstilsyn, fagforeninger og presse oppdaget at bedriften tok tak. Dermed var det velvilje og positiv omtale å hente. Det måtte noen runder til, men også ledelse og bedriftseiere så gevinsten av langvarige forskningsprosjekter, når mer kunnskap og muligheter for målrettede tiltak var guleroten i den andre enden.

Og, før jeg fikk sukk for meg, var jeg bitt av forskningsbasillen! En nøkkelfaktor for min vei videre var å skaffe meg dyktige veiledere. Jeg forhørte meg med andre som hadde drevet med forskning, og tok så rett og slett kontakt med de personene jeg mente kunne bidra. De aller fleste, selv store "guruer" ved universitetene, synes det er veldig hyggelig å bli spurt! En veileder bør ha et godt fagig nettverk og erfaring fra forskning (les; ha en god del publikasjoner) fordi de som deler ut penger vektlegger det tungt. Hvis så målet etter hvert blir en doktorgrad, er det å melde seg opp til doktorgradsprogrammet ved et av universitetene neste steg. Der får man hjelp til å få nødvendige avtaler på plass, tilgang til forskerkurs, og evaluering underveis! Jeg synes det var herlig; for en uke i slengen, et par ganger i året, å være student igjen!

Jeg opplevde senere at det å alliere seg med andre på samme arbeidsplass eller i nærheten (stipendiater eller prosjektmedarbeidere), for å kunne utveksle erfaringer var til god hjelp. Det er lett å føle seg litt alene hvis veilederne sitter i en

av de store byene og du er ute i "bushen". Da er det godt å ha noen å kunne stikke hodet inn til for å få hjelp til alt fra å skulle beregne utvalgsstørrelse, forstå forskjell på aidentifiserbare og personidentifiserbare opplysninger til å begripe hvorfor ikke en og samme person kan være prosjektansvarlig og prosjektleder eller hvem som skal stå hvor i forfatterrekkefølgen. En skal ikke kimse av ordtaket; felles skjebne, felles trøst! Og da er det ikke så farlig om de andre forskerspirene driver med nyretransplantasjon hos eldre, legionellainfeksjon blant sykehuspasienter eller arbeidsrelatert KOLS.

Men du lurar kanskje på; var det ikke et forferdelig slit å ta en doktorgrad? Det var i perioder mye arbeid. Men mye arbeid har man jo i enhver jobb som lege. Jeg opplevde at det først og fremst handlet om selvstendig og systematisk arbeid, utholdenhet og vilje til å motta veiledning. Jeg skal ikke underslå at jeg av og til lurte på om det var verdt det! Men, vel så ofte tenkte jeg at det var et privilegium å kunne gjøre et dypdykk ned i noe som interesserte meg. Det var spennende å intervju og undersøke arbeidstakere og utrolig givende å samarbeide med erfarne veiledere og prosjektmedarbeidere. Å lære det håndverket det er å skrive prosjektbeskrivelser, søknader om midler og artikler har man nytt av uansett om planen er videre forskning eller annet legearbeid. Og ikke minst, det var meningsfullt å kunne informere ansatte og ledelse i bedriftene om resultater fra felles innsats, og å kunne gi råd om konkrete tiltak.

Jeg har også fått spørsmålet: Disputas, var ikke det fælt? Nei, heller ikke det er noe å være redd for. Det ble en slitsom dag, men også en skikkelig opptur! Det stemte det hovedveilederen min sa til meg like før: "Gled deg! Det kommer til å bli en fantastisk dag, med så mye ros som du aldri siden vil få på en og samme dag!" Herved går oppfordringen til alle bedriftsleger så vel som sykehusleger; ikke nøl med å gå i gang med små eller store prosjekter! Det er mange erfarne, entusiastiske kolleger der ute som kan gi deg råd og veiledning. Får du ikke penger ved første forsøk, så søk råd hos de som har fått midler og prøv igjen! Og selv om du ikke selv ønsker å ta veien fra bedriftslege til forsker, så sorg for å oppmuntre kolleger rundt deg! Det kan være det som skal til for at en ung eller eldre kollega, bedrifts- eller sykehuslege, finner veien til forskningens fascinerende verden! Alle trenger ikke å drive med forskning, men forskning driver faget framover og gir spesialiteten tyngde.



Kukulcán pyramiden i Chichén Itzá, Mexico. Dette er et kjent arkeologisk sted. To ganger i året kan man se lyset forme en slange opp langs siden, slik som her. Fantastisk! ICOH var i Mexico i 2012.

Litt informasjon om ICOH

Merete Bugge, Nasjonal sekretær for ICOH i Norge, Statens arbeidsmiljøinstitutt

ICOH – International Commission on Occupational Health – er en internasjonal organisasjon som har et omfattende aktivitet på arbeidsmiljøfronten. Mange har nok hørt om ICOH verdenskonferansen, som arrangeres hvert tredje år, og som ble vellykket gjennomført i Cancun i Mexico nå i mars. Neste ICOH-konferanse holdes i juni 2015 i Sør-Korea.

I forbindelse med verdenskonferansen inntreer en ny treårsperiode for medlemskap i ICOH, og de som allerede er medlemmer, vil i 2012 motta krav om medlemskapsavgift. Jeg vil med dette oppfordre deg som ennå ikke er blitt medlem til å overveie medlemskap i dette internasjonale fellesskapet. Medlemmer får redusert pris på verdenskonferansen.

ICOH er imidlertid mye annet enn de store konferansene. Som medlem i ICOH kan man tilhøre inntil tre vitenskapelige komiteer, innenfor et bredt spekter av temaer, som Forebyggelse av ulykker, Arbeidsmedisin, Muskel-skjelettplager, Kvinnehelse og arbeid, og mange andre. Det er for tiden 35 forskjellige vitenskapelige komiteer i funksjon. Se http://www.icohweb.org/site_new/ico_scientific_committees.asp

I disse komiteene kan du engasjere deg innenfor ditt interessefelt sammen med fagfolk fra hele verden, utvide ditt nettverk og bidra til utvikling på området. Flere av de vitenskapelige komiteene arrangerer også egne konferanser.

Prisen for tre års medlemskap i ICOH er 330 sveitsiske franc (CHF). For personer under 36 år er prisen kun 66 CHF og for

pensjonister 90 CHF.

Mer informasjon kan du finne på hjemmesiden til ICOH <http://www.icohweb.org>

Kontakt meg gjerne hvis du ønsker å bli medlem eller hvis du har spørsmål om ICOH:

Merete Drevvatne Bugge, Nasjonal sekretær for ICOH, mdb@stami.no, tlf. 23 19 53 83.

Etterord av redaktøren

Å delta i konferanser som ICOH har, er en fantastisk opplevelse, og anbefales! Dette er kjempestore arrangementer med all verdens arbeidsmedisinske tema, og du kan få med deg det siste nye innenfor de fleste deler av vårt fagfelt. Å komme seg ut i verden og snakke med kolleger, hører hva som skjer, hvordan utviklingen er osv., er heller ikke å forakte! Og sosialt sett kan man også ha det fint, både med kolleger og ved å se seg rundt i det landet konferansen avholdes. Med et medlemskap i ICOH får du rabatt i påmeldingsavgiften, så det lønner seg. Jeg var med på konferansen i Cancun, og er for eksempel fremdeles kjempeimponert over Mr. T. Fukushima hadde et innlegg om katastrofene i Japan, med kjernekraftverkulykke og jordskjelv og det hele. Våre norske problemer skrumpet inn til intet på et par minutter etter at den mannen åpnet munnen. En avstikker til det arkeologiske området Chichén Itzá var også kjekt! Bli med neste gang – Seoul i 2015!

Utforming av spørreskjemaer – hva bør du passe på?

Knut Skyberg, forskningssjef dr. med.,
Statens arbeidsmiljøinstitutt, Oslo



Spørreskjemaer benyttes ofte i arbeidsmedisinen, både til det løpende arbeidet i bedriftshelsetjenesten – som ved helsekontroller, i arbeidsmiljøprosjekter og ikke minst ved vitenskapelige undersøkelser. De gir en unik mulighet til å samle inn data på en systematisk måte, men krever mye av den som utformer og anvender skjemaet. Det er ikke lett å lage et godt skjema, og et skjema som er godt i én sammenheng kan være dårlig i en annen. Her er noen tips som i stor grad er basert på egne erfaringer, samt forelesninger ved kurset "Prosjektarbeid og forskningsmetoder i arbeidsmedisin" i perioden 1989-2012.

1. **Hva vil du vite?** Før du setter i gang med å lage et nytt spørreskjema eller omarbeide et eksisterende, må du tenke gjennom hva hensikten er. Du får ikke vite annet enn det du spør om.
2. **Hvem skal være med?** Definer hvem som er målgruppen. Må alle få skjemaet, eller er det tilstrekkelig med et utvalg? Vurder om du vil benytte inklusjons- og eksklusjonskriterier.
3. **Ikke bruk spørreskjema til alt.** Hvis du egentlig er ute etter kvalitative data, slik at spørsmålene blir veldig åpne, bør du vurdere om intervju eller fokusgrupper er mer hensiktsmessig.
4. **Finnes et passende skjema?** Hvis du vil sammenligne dine data med andre kan det være lurt å bruke et eksisterende skjema, helst et der "normalverdier" er publisert. Hvis du spør en gruppe arbeidstakere om de har hatt hodepine siste uke, kan det være nyttig å vite om det er vanlig at 10 eller 25 % rapporterer dette.
5. **Må skjemaet godkjennes?** I bedriftshelsetjenestens løpende arbeid behøver ikke skjemaer godkjennes av regional etisk komité. Men det er nesten alltid viktig å få skjemaet godkjent av virksomhetens arbeidsmiljøutvalg.
6. **Skal du gjenta undersøkelsen senere?** I så fall bør skjemaet være slik at det passer å bruke på nytt.
7. **Ikke lag for lange skjemaer.** I dag utsettes befolkningen for stadig flere undersøkelser, og mange blir lei av å fylle dem ut. Ikke spør om mer enn det du trenger. Lange skjemaer gir ofte lavere svarprosent.
8. **Tenk gjennom hvilke tabeller og figurer du vil lage.** Dette sikrer at du tenker gjennom hva du trenger å vite, både at du får med nødvendige spørsmål og kan luke ut unødvendige.
9. **Vær obs på følsomme spørsmål.** Et spørsmål som vi som helsepersonale ikke synes er spesielt følsomt, kan respondenten synes er personlig. Da blir det viktig å benytte skjemaet i en riktig organisert sammenheng.
10. **Gi mulighet for kommentarer.** Et kommentarspørsmål på slutten oppfattes ofte positivt av respondentene, og du kan også få nyttige innspill.
11. **Anonyme skjemaer?** En måte å løse følsomhetsproblemet på kan være å benytte anonyme skjemaer. Hvis du ønsker å purre på manglende utfylling må du da lage et kodesystem, så du vet hvem som har svart. Imidlertid kan koden av respondenten oppfattes som at anonymiteten ikke er fullstendig. En ulempe ved anonyme skjemaer er at det ved gjentatt undersøkelse senere ikke blir mulig å sammenligne enkeltpersoner med seg selv. Vær også obs på at det ved bruk av anonyme skjemaer ikke er mulig å identifisere personer som trenger individuell oppfølging.
12. **Prøv ut skjemaet.** Hvis du lager et nytt skjema eller omarbeider et skjema vesentlig bør dette testes ut på noen representanter for målgruppen. Vær da obs på at erfarne verneombud eller andre tillitsvalgte neppe er representative for alle i målgruppen.
13. **Bruk enkelt språk.** Faguttrykk som du er vant med er ikke alltid så lett å forstå for respondenten. Et godt eksempel fra et mye brukt spørreskjema er "Blir du eksponert for biologiske faktorer?" Heldigvis sitter jeg sammen med ansatte som fyller ut dette, og nesten alle trenger en forklaring.
14. **Start med noe som motiverer.** Vi har lett for å lage en lang seksjon i starten med bakgrunnsspørsmål. Men selv om vi i en vitenskapelig artikkel ofte vil beskrive materialet innledningsvis, behøver ikke disse spørsmålene stå først.
15. **Rekkefølgen er viktig.** La temaene komme i naturlig rekkefølge. Ikke start med noe sensitivt.
16. **Vurder bruk av filterspørsmål.** Legg inn spørsmål som gjør det mulig å hoppe over spørsmål som ikke angår respondenten. "Hvis nei på spørsmål 7, hopp til spørsmål 14." Det kan også være nyttig med overgangstekst fra ett tema til neste.
17. **Skjemaets utseende er viktig.** Et spørreskjema skal se ryddig og profesjonelt ut. Det gir bedre motivasjon og bedre kvalitet på svarene. Bruk gjerne logo(er) på forsiden, angi kontaktperson. Eventuelt kan dette stå i et følgebrev. Avkrysningsbokser bør stå på samme sted gjennom hele skjemaet, gjerne til venstre for svaralternativet.
18. **Ikke varier grafikk.** Bruk enkle grafiske metoder. Ikke bytt skrifttype underveis. Ikke varier mellom en og to spalter.
19. **Ikke bytt på spørsmålstypen.** I hvert fall ikke hvis du ikke absolutt må. Hvis du har en rekke spørsmål der det er "normalt" å svare nei, og så plutselig kommer det et spørsmål der det "normale" er å svare ja, er det fort å krysse av feil. Et eksempel på dette er en tidligere versjon av helseattesten for førerkort, der funksjon i bevegelsesapparatet skilte seg ut på denne måten.

20. **Spørsmålene skal ikke være ledende.** Arbeidsmedisinen har blitt beskyldt for å drive for mye med elendighetsundersøkelser. Dette gjelder både bedriftshelsetjenesten løpende arbeid og arbeidsmedisinsk forskning. Ønsker vi å få frem helsefremmende forhold og ikke bare helseskadelige påvirkninger, så må dette reflekteres i skjemaet.
21. **Ulike spørsmålstyper.** Spørsmål kan være faktaspørsmål, adferdspørsmål, holdningsspørsmål eller kunnskapsspørsmål. Se nøye gjennom hvilke typer spørsmål du benytter.
22. **Svaralternativene skal være logiske.** Her syndes det stadig. Kan spørsmålet besvares med ja/nei, kan alternativene graderes fra "aldri" til "ofte" eller fra "i liten grad" til "i stor grad"?
23. **Bruk passende antall svaralternativer.** Vanligvis anbefales 5-7 hvis du vil ha et midtpunkt eller 4-6 hvis du ikke ønsker midtpunkt. Min erfaring er at mange som fyller ut ønsker et midtpunkt. Les mer om dette ved å søke opp begrepet "Likert skala."
24. **Passer kontinuerlig skala bedre?** I forskningen benyttes ofte såkalt "visuell analog skala" der det skal krysses av på en 10 cm lang linje der endepunktene er angitt. Vær imidlertid obs på at på samme måte som for Likert-skalaen blir heller ikke her dataene nødvendigvis kontinuerlige. (Avstanden mellom 2 og 4 behøver ikke være like stor som mellom 8 og 10.)
25. **Vurder etiske forhold.** Kan enkeltpersoner eller grupper føle seg uheldig behandlet ved å være med på undersøkelsen eller ved presentasjon av resultatene?

Jeg vil takke foreleser gjennom flere år ved kurset i prosjektarbeid og forskningsmetoder i arbeidsmedisin, medieviter Trine Dale, tidligere tilknyttet Statistisk sentralbyrå, nå TNS Gallup, for gode råd om temaet.

Referanser

Don A. Dillman, Jolene D. Smyth, Leah M. Christian. Internet, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method. John Wiley and Sons, Inc., New York, 2008, 3. utgave. ISBN 9780471698685.

Knut W. Ruyter: Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. Gyldendal akademisk, 2003. ISBN 82-05-30813-6.

STYRETS SPALTE

Fokus på forebygging under legeforeningens landsstyremøte i mai 2012

Knut Skyberg, leder av Namf

Vi arbeidsmedisinere var godt representert på årets landsstyremøte, med fire delegater fra styrene til NAMF og NFAM, og en vararepresentant som er arbeidsmedisiner møtte fra en fylkesforening. I tillegg var det til stede arbeidsmedisinere som har gått over i annen virksomhet, til allmennmedisin, psykiatri og offentlig helsearbeid. Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, som jo også arbeider forebyggende, hadde en tilsvarende delegasjon.

Møtet åpnet med tildeling av priser, der Marit Skogstad og medarbeidere fikk prisen for forebyggende medisin, for artikkelen "Røykeforbud på serveringssteder og luftveissymptomer blant ansatte." Artikkelen ble publisert i Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 21/2011. Direktør ved Statens arbeidsmiljøinstitutt, Pål Molander, mottok prisen på vegne av forskergruppen.

Selv om striden om fastlegeordningen og endringsprosessene i sykehusene var de store hovedsakene på landsstyremøtet, skal vi ha i mente at også disse sakene gjelder legers arbeidsmiljø. Vi har derfor mye å bidra med i diskusjonen, noe presidenten i legeföreningen og flere i de øvrige yrkesforeningene har gitt uttrykk for er klar over. Ellers er jo også generalsekretæren arbeidsmedisiner, som de fleste vet.

Vi gledet oss over at et tema spesifikt rettet mot forebygging fikk høy prioritet. Rapporten "Pulsen opp for bedre helse. Forebyggende og helsefremmende arbeid" ble presentert. Av arbeidsmedisinske temaer omtaler rapporten KOLS og arbeid, fysisk aktivitet i arbeidslivet og IA-avtalen, sykefravær og bruken av BHT.

Landstyremøtet vedtok en resolusjon kalt "Forebygging for fremtiden". I denne resolusjonen bidro vi med følgende formulering: "Folkehelsearbeidet må bidra til å utjevne helseforskjeller. Dette må skje på ulike arenaer: i skolen, på arbeidsplassene og gjennom helsetjenesten."

Alt i alt syntes vi at det var et svært godt landsstyremøte, der arbeidsmedisin og forebygging kom frem på en fin måte.

Referanser

1. <http://legeforeningen.no/PageFiles/91699/Statusrapport-2012-Pulsen%20opp.pdf>
2. <http://legeforeningen.no/pagefiles/90416/resolusjon%202012%20-%20forebygging%20for%20fremtiden.pdf>

Svar om eksponering

- kvikksølv og arbeidsforhold fra deltakere i samme tannklinikk og fra samme deltaker gitt i spørreskjema og ved senere intervju

Kristin Svendsen¹ og Bjørn Hill^{2,3}

¹Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, NTNU, Trondheim, ²Arbeidsmedisinsk avdeling, St Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim,

³Institutt for samfunnsmedisin, DMF, NTNU.

Som ledd i vårt arbeid med et prosjekt for å finne mulige sen-effekter av eksponering for kvikksølv i norsk tannhelse-tjeneste forsøkte vi å bruke et ganske detaljert spørreskjema for beregning av en eksponeringsskåre. I den sammenheng viste det seg å være en del skjær i sjøen som vi finner verdt å formidle som en liten påminnelse. Fullstendige resultater er tidligere publisert og er fritt tilgjengelig, se referanselista.

Innledning

Eksponeringskarakterisering gjort på bakgrunn av spørreskjemasvar er fortsatt vanlig i epidemiologiske undersøkelser selv om man også er klar over svakheter ved denne måten å samle inn data (1). Den misklassifiseringen som kan oppstå kan forårsake bias i begge retninger, men oftest vil en ikke-differensiell misklassifisering føre til at relativ risiko går mot null. Et annet problem ved bruk av komplekse spørreskjema med flere spørsmål for å karakterisere hver eksponering presist, er at det viser seg å være vanskelig for respondentene å fylle ut all informasjon og at det derfor blir delspørsmål det ikke blir svart på, noe som igjen gjør eksponeringsopplysningene ufullstendige.

I forbindelse med vår undersøkelse hos tannhelsepersonell hadde vi anledning til å sammenligne svar gitt i et spørreskjema fra 0,5 til 1 år tidligere med svar gitt i et intervju med en arbeidsmedisiner.

Målet med denne undersøkelsen var å finne ut:

1. Svarer personer det samme om tidligere eksponering når de blir spurt i to forskjellige situasjoner, først ved et spørreskjema senere i et intervju?
2. Svarer personer som har jobbet på samme tid i den samme klinikk det samme på spørsmål om eksponering og er det eventuelle forskjeller mellom yrkesgrupper?
3. Vil et detaljert spørreskjema som prøver å bestemme eksponering presist resultere i redusert antall akseptable svar i forhold til et enkelt ja-nej spørreskjema?

Metode

Spørreskjemaundersøkelsen ble foretatt våren 2006 blant tannhelsepersonell som hadde arbeidet i tre fylker i Midt-Norge.

Den undersøkelsen vi rapporterer her ble foretatt i en undergruppe av 1193 respondenter fra den opprinnelige studien (2,3).

Samsvar mellom personer som har arbeidet i samme klinikk på samme tid

I en gjennomgang av dataene for å finne personer som hadde jobbet i samme klinikk på samme tid, plukket vi ut klinikker på mindre steder fordi vi regnet med at det der var større mulighet for å finne folk som hadde jobbet på samme kontor over lengre tid. Ut fra kjennskap til endringer i arbeidsmetoder valgte vi ut personer som i det minste hadde jobbet mellom 1980 og 1990. De identifiserte respondentene ble lagt inn i en ny database med kode for navn på tannklinikk og tilhørende årstall for ansettelse. Denne prosedyren gav oss 48 par fra 23 klinikker. De spørsmålene som ble sammenlignet mellom par i samme klinikk er merket med * i Tabell 1. Vi kontrollerte at en respondent alltid hadde startet sitt arbeid i klinikken før de anga å ha startet med en metode og at de fremdeles arbeidet i den samme klinikken etter at de anga å ha sluttet å bruke en metode. Fra det opprinnelige spørreskjemaet ble noen spørsmål valgt ut for også å besvares i intervjuet. Tabell 1 viser hvilke spørsmål som ble stilt i spørreskjema og hvordan de ble stilt i intervjuet.

Intervju med en arbeidsmedisiner

Blant de 822 kvinnelige respondentene fra den opprinnelige undersøkelsen møtte et utvalg på 91 personer til en nevropsykologisk undersøkelse og intervju med arbeidsmedisiner. Flere detaljer om utvelgelsen er publisert (4,5) på annet hold. Spørsmålene som ble brukt i denne undersøkelsen er angitt i Tabell 1.

Statistisk analyse

Data ble registrert og analysert med SPSS

14.0. Samsvar mellom par av respondenter som hadde jobbet i samme klinikk i samme tidsperiode ble analysert ved å beregne gjennomsnittlig forskjell fra de absolutte verdier av forskjellen mellom de forskjellige parene, standard avvik av gjennomsnittlig forskjell, samt 10, 50 og 90 persentiler for forskjellen mellom parene. Samsvar mellom antall år med bruk av de forskjellige metodene for hver enkelt respondent fra spørreskjema og intervju ble beregnet på samme måte. For å beregne samsvar mellom spørreskjema og intervju på spørsmålet om de hadde jobbet med de forskjellige metodene ble Cohens kappa brukt.

Resultater

For å se på samsvar mellom personer som hadde jobbet i samme klinikk i samme tidsrom fant vi 68 personer som dannet 48 par. Det var 43 tannhelsesekretærer, 6 kvinnelige tannleger og 19 mannlige tannleger. Resultatet vises i Tabell 2.

Tabell 3 viser samsvar mellom parene når det gjelder tilberedning av amalgam i en semiautomatisk maskin kalt Dentomat. På spørsmålet om de produserte bløt eller fast amalgam i Dentomaten var 64,5 % helt enige. Angående hvor ofte Dentomaten ble fylt var 70 % enten helt eller delvis enige. Vi hadde også 14 par der det var mulig å beregne antall år med bruk av Dentomat i klinikken. Gjennomsnittlig forskjell mellom parene var her 6 år (SD=6).

Tabell 4 viser samsvar i svar gitt i spørreskjema og ved intervju om hvorvidt de forskjellige metodene var brukt de, og Tabell 5 samsvar mellom svar gitt ved spørreskjema og intervju for antall år de har arbeidet med forskjellige behandlingsmetoder som bruk av kopperamalgam, blanding i morter eller Dentomat. Vi ser her at gjennomsnittlig antall år angitt med bruk av Dentomat fra både

intervju og spørreskjema var 5,9 år. Dersom vi anser svarene fra intervjuene som sanne kan sensitiviteten og spesifisiteten til spørreskjemasvarene bestemmes som vist i Tabell 6.

For å prøve å bestemme eksponering så eksakt som mulig hadde vi i spørreskjemaet mange spørsmål knyttet til hver tannbehandlingsmetode. Det viste seg imidlertid at under 50 % av respondene hadde besvart alle spørsmålene relatert til de forskjellige metodene. Det viste seg videre at mellom 30 til 50 % av de som ikke hadde krysset av noe om en metode i spørreskjema, anga at de hadde brukt denne metoden da de ble spurt i intervjuet.

Diskusjon

Vårt mål om å klare å bestemme eksponering noenlunde detaljert med et omfattende spørreskjema resulterte i at kun 50 % av de som svarte på spørreskjemaet hadde fylt ut all informasjon som var nødvendig for å bestemme denne detaljerte eksponeringen. Man kan derfor spørre seg om ønsket om en detaljert eksponeringsvurdering kan gå på bekostning av antall gyldige svar. Selv blant de som hadde svart viser det seg at det er usikkerhet forbundet med angivelse av årstall og også med å tolke beskrivelse av de forskjellige arbeidsmetodene. Vi antok at et begrep som å

”blande amalgam i morter” var velkjent blant tannhelsepersonell, men resultatet viser at dette nok har vært et spørsmål som har vært for dårlig spesifisert. Et spørsmål som kom opp i løpet av arbeidet med studien var om tannleger og tannhelsesekretærer husker forskjellig med hensyn til bruk av kvikksølv, det være seg når man startet og sluttet med en metode eller faktorer knyttet til bruken av Dentomaten. Når det gjelder startår og sluttår for de forskjellige metodene ser det ikke ut til at det er noen systematisk forskjell mellom en tannlege og en tannhelsesekretær eller mellom to tannhelsesekretærer. Gjennomsnittlig forskjell, mellom to tannhelsesekretærer er til og med større enn gjennomsnittlig forskjell mellom en av hver profesjon. For bruk av Dentomaten er forskjellene mellom profesjonene litt større, men da denne jobben i all hovedsak ble utført av tannhelsesekretærene, så kan det kanskje være forklaringen her.

Alt i alt viser denne studien at det vil bli misklassifisering av eksponering ved bruk av spørreskjema og kanskje mer jo mer detaljert skjemaet er. I denne studien var misklassifiseringen sannsynligvis ikke-differensiell. Imidlertid var andelen antatt falsk positiv eksponering høyere enn falsk negativ. Dette kan som kjent gi alvorlig bias hvis forekomst av eksponering er liten, noe den jo ikke var

i vår studie..

Det er fortsatt greit å bruke spørreskjemaer til det meste, men vi anbefaler sterkere enn før at det utvises nødvendig nøkternhet når det gjelder ambisjonsnivå for detaljer.

Referanser

1. Teschke K, Olshan AF, Daniels JL, De Roos AJ, Parks CG, Schulz M, Vaughan TL, Kromhout H: Occupational exposure assessment in case-control studies: opportunities for improvement. *Occup Environ Med* 2002, 59:575-594.
2. Hilt B, Svendsen K, Syversen T, Aas O, Qvenild T, Sletvold H, Melø I: Occurrence of cognitive symptoms in dental assistants with previous occupational exposure to metallic mercury. *NeuroToxicology* 2009, 30:1202-6
3. Svendsen K, Syversen T, Melø I, Hilt B: Historical exposure to mercury in Norwegian dental personnel. *Scand J Work Environ Health* 2010, 36(3):231-41
4. Sletvold H, Svendsen K, Aas O, Syversen T, Hilt B. Neuropsychological function and past exposure to metallic mercury in female dental workers. *Scand J Psychol* 2012; 53:136-43.
5. Svendsen K and Hilt B. The agreement between workers and within workers in regard to occupational exposure to mercury in dental practice assessed from a questionnaire and an interview. *J Occup Med Toxicol*, 2011, Mar 23;6:8

Tabell 1. Spørsmål stilt i et spørreskjema og i et intervju med arbeidsmedisiner 0,5-1 år senere.

Spørreskjema	Spørsmål brukt i intervju
– Har du brukt kopperamalgam? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Har du noen gang jobbet med kopperamalgam?
Hvis ja:	I tilfelle hvor mye og i hvor mange år?
I hvilket tidsrom :	
– Hvilket år startet du å bruke kopperamalgam?	
– Hvilket år sluttet du å bruke all kopperamalgam*	
– Har du arbeidet med amalgam som ble blandet i en morter?	– Har du noen gang manuelt veid opp og blandet kvikksølv og metallpulver i en morter?
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	I tilfelle ja, når og i hvor mange år?
Hvis ja:	
Fra år ... til år...	
– Har du blandet amalgam i Dentomat?	Har du brukt en Dentomat
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	(semi-automatisk utstyr) for å lage amalgam?
Hvis ja:	I tilfelle ja, når og i hvor mange år?
– I hvilken tidsperiode gjorde du dette:	
Fra år... til år...*	
– Var Dentomaten justert til å produsere bløt eller fast amalgam? Bløt.... Fast...*	
– Hvor ofte ble Dentomaten fylt?*	
Oftere enn en gang om uka.*	
En gang i uka.*	
En gang annen hver uke.*	
Sjeldnere enn annen hver uke.*	

*Spørsmålene som ble brukt for å se på variasjon mellom personer som har jobbet i samme klinikk på samme tid er merket med **

Tabell 2. Samsvar mellom forskjellige personer som har jobbet i same klinikk på samme tid.

Spørsmål	Sammenligninger (antall par)	Gj.snitt	Gj.snittl. forskjell i år	SA av gj.snittl. forskjell	10 percentil	50 percentil	90 percentil
Årstall da all bruk av kopperamalgam sluttet	Alle (19)	1984	7,3	6,5	0.0	5.0	20.0
	Begge tannhelsesekretærer (13)		9.0	7.0	1.0	7.0	21.8
	En tannlege og en tannhelsesekretær (6)		3.5	3.1	0.0	4.0	
Årstall da bruk av Dentomat startet	Alle (24)	1976	4.7	5.8	0.0	2.5	15.5
Dentomat startet	Begge tannhelsesekretærer (10)		4.2	4.9	0.0	4.0	14.4
	En tannlege og en tannhelsesekretær (13)		5.5	6.7	0.0	2.0	18.4
Årstall da bruk av Dentomat sluttet.	Alle (26)	1995	5.5	4.9	0.0	5.0	12.9
Dentomat sluttet.	Begge tannhelsesekretærer (12)		7.4	4.9	0.6	7.0	15.7
	En tannlege og en tannhelsesekretær (12)		3.5	4.2	0.0	4.5	9.4
	Begge tannleger (2)		6.5	4.9			

Samsvar uttrykt som gjennomsnitt av absolutt forskjell og standard avvik (SA) mellom personer som jobbet i samme klinikk på samme tid.

Tabell 3. Prosent samsvar mellom par som har jobbet i samme klinikk i samme tidsrom og i hvert fall i tiden mellom 1980 og 1990.

Spørsmål	Sammenligninger (antall par)	Prosent av par som er			
		Enige	Nesten enige ¹	Delvis uenige ²	Helt uenige
Produserte Dentomaten bløt eller fast amalgam?*	Alle (31)	64,5			35,5
	Begge tannhelsesekretærer (16)	68,8			31,2
	En tannlege og en tannhelsesekretær (14)	57,1			42,9
	Begge tannleger (1)	100			
Hvor ofte ble Dentomaten fylt?	Alle (30)	23,3	46,7	26,7	3,3
	Begge tannhelsesekretærer (15)	33,3	46,7	20	0
	En tannlege og en tannhelsesekretær (15)	13,3	46,7	33,3	6,7

*Spørsmålet om bløt eller fast amalgam hadde to svaralternativer, men spørsmålet om hvor ofte Dentomaten ble fylt hadde fler svarmuligheter: "oftere enn en gang i uka", "en gang i uka", "en gang annen hver uke" og "mer sjeldent".

¹Svar ved siden av hverandre på en skala i-iv, ²) svar to posisjoner fra hverandre på en skala i-iv

Tabell 4. Kappa statistikk for de samme spørsmål stillet i spørreskjema og ved intervju. Resultater fra de som har svart på disse spørsmålene.

Spørsmål	N	Ja fra intervju	Ja fra spørreskjema	Cohens kappa	95% konfidens intervall
Ja/nei har brukt kopperamalgam	84	51	52	0,88	0,77-0,99
Ja/nei har brukt morter	85	28	48	0,41	0,24-0,58
Ja/nei har brukt Dentomat	85	76	77	0,54	0,24-0,84

Tabell 5. Samsvar mellom svar gitt i spørreskjema og ved intervju for antall år de har arbeidet med de forskjellige behandlingsmetodene kopperamalgam, blanding i morter og bruk av Dentomat. Forskjellen er gjennomsnittlig forskjell for den absolutte verdi av differansen på antall år angitt i spørreskjema og ved intervju for de som hadde angitt å bruke den gjeldende metode.

Spørsmål	Antall sammenligninger	Fra intervju	Fra spørreskjema	Gj.snittl. forskjell	SA av gj.snittl. forskjell	10 percentil	50 percentil	90 percentil
Antall år med kopperamalgam	47	7,6 (5,2)	9,1 (5,4)	3,7	3,5	0	2,0	9,2
Antall år med morter	22	6,6 (4,2)	8,8 (7,2)	5,8	5,9	0	5,0	14,4
Antall år med Dentomat	61	16,6 (8,5)	16,9 (9,1)	5,9	5,6	0	4,0	15,8

Tabell 6. Sensitivitet og spesifisitet av svar gitt i spørreskjema sett opp mot svar gitt ved intervju.

Spørsmål	Sensitivitet	Spesifisitet
Har brukt kopperamalgam ja-nei	0,92	0,79
Har utført blanding i morter	0,83	0,55
Har brukt Dentomat	0,92	0,42

Utlysning – stipend – utviklingsland

Styrene i Norsk forening for arbeidsmedisin (NAMF) og Norsk arbeidsmedisinsk forening (NFAM) lyser med dette ut et stipend til samarbeid med kolleger i utviklingsland hvor medlemmer av NAMF/NFAM er involvert. NAMF og NFAM har som et av sine satsningsområder i 2012: Arbeidsmedisinsk kunnskap som forebyggende aktivitet i et globalt perspektiv. Satsing på arbeidsmiljø vil bidra til et bedre miljø.

- Det settes av inntil 50 000 kroner hvert år i 5 år fra og med 2012 til et stipend/støtte til prosjekter i utviklingsland hvor medlemmer av NAMF/NFAM er aktivt involvert.
- Kun medlemmer i NAMF/NFAM kan søke om stipendet/støtten.
- Midlene utlyses hvert år på NAMF/

NFAMs hjemmesider.

- Søknaden rettes til styret og må som et minimum inneholde en beskrivelse av det prosjektet det søkes om støtte til, samt et budsjett.
- Styret avgjør hvem/hvilke prosjekter som skal få stipendet/støtten.
- De som mottar støtte forplikter seg til å sende inn en omtale av prosjektet med tanke på publisering i Ramazzini.

Aktuelle prosjekter som kan støttes er:

- Samarbeid med søsterorganisasjoner der oppbygging av arbeidsmedisinsk kompetanse inngår.
- Samarbeidsprosjekter med kolleger i utviklingsland eller internasjonale organisasjoner som arbeider med arbeidsmedisin.
- Reisestøtte til medlem av NAMF/

NFAM som skal arbeide i et utviklingsland

- Reisestipend til en lege fra et utviklingsland som vil oppholde seg en kortere periode i Norge som ledd i sin faglige utvikling innenfor området arbeidsmedisin. Dette kan skje ved å hospitere i norsk bedriftshelsetjeneste og/eller ved en norsk arbeidsmedisinsk avdeling/institusjon.

Fristen for søknader i 2012 er 1. oktober 2012.

Søknaden sendes NAMF/NFAM ved sekretæren, e-post:

eli.berg-hansen@legeforeningen.no

Forskning ved arbeidsmedisinske avdelinger i Norge

Da temaet «Forskning» i Ramazzini var klart, spurte redaksjonen om de arbeidsmedisinske avdelingene kunne skrive litt om hva de driver med av forskning. Det er gøy å se mangfoldet, og alle de mulighetene vi har for forskning i vårt fag.

Telemark: Astma

Trude Fossum

Flere studier har rapportert en forekomst av astma oppstått i voksen alder på 2/1000 pr år i Nord-Europa og at minst en femtedel av nye tilfeller er forårsaket av eksponering i arbeid. Pasienter med arbeidsrelatert astma rapporterer om flere dager med symptomer, søker hyppigere medisinsk hjelp, og rapporterer lavere livskvalitet enn astmatikere uten arbeidsrelatert sykdom. Det er imidlertid en mangel på store studier som også gir spesifikke eksponeringsopplysninger. Ved arbeidsmedisinsk avdeling på Sykehuset Telemark setter vi i gang et stort astmaprosjekt denne høsten. Regine Abrahamsen, som er lege i spesialisering, er stipendiat i prosjektet og overlege Anne Kristin M. Fell, veileder. Prosjektet utføres i samarbeid med professor Johny Kongerud (hovedveileder) og professor Lars Gullestad ved UiO, Rikshospitalet samt professor Kjell Toren ved Göteborgs universitet. I tillegg er epidemiolog Paul Henneberger fra NIOSH med i prosjektet. På sikt er det planlagt at flere stipendiater skal inn i prosjektet.

Prosjektet som nå settes i gang, er en prospektiv kohortstudie med observasjonstid på inntil tjue år. Et spørreskjema om luftveisplager og arbeidsrelatert eksponering vil bli sendt til et tilfeldig utvalg på 50.000 voksne personer i Telemark, og insidensrater av legediagnostisert astma per personår i observasjonsperioden beregnet. Personer med lege-diagnostisert astma og en kontrollgruppe vil senere bli invitert til å delta i en case-control studie. Deltagerne i case-control studien vil motta et eget spørreskjema vedrørende spesifikk arbeidsrelatert eksponering, komorbiditet og pasientrapporterte utfallsmål (patient reported outcomes/PROs) som f.eks. livskvalitet. De vil også bli undersøkt med spirometri, måling av nitrogenoksid i utåndingsluft og i tillegg vil ulike blodprøver bli tatt, blant annet med tanke på inflammasjon. Vi håper at studien kan bidra til å identifisere faktorer i og utenfor arbeid som kan gi kroniske luftveisplager generelt og astma spesielt. Vi vil se på kostnader for



Helene Rossebø, fullt opptatt med målinger av CO i diatermi prosjektet sitt (Foto: Ann-Helen Olsen).

helsehjelp, både ved baseline og ved oppfølgingstidspunkt, og søke om å få koble våre data til nasjonale registre for utførelse og sykefravær. De helseøkonomiske beregningene vil kunne være relevante for politiske beslutningstakere med tanke på bl.a. samhandlingsreformen og prioritering av forebyggende tiltak.

Tromsø: Diatermi prosjekt ferdigstilt august 2012

Helene Høyvik Rossebø

Dette er et avgrenset pilotprosjekt for å kartlegge eksponering for diatermirøyk ved stikkprøvetakning og kartlegging av eventuell bekymringsgrad og symptomer blant operasjonssykepleierne på UNN Tromsø. Formålet har vært læring, forebygging og kvalitetsikring. Som læring har prosjektet inngått i LIS-utdanningen og vært med å oppgradere kunnskapen hos avdelingens yrkeshygienikere. Målsettingen har også vært forebygging gitt at a) resultatene skulle tilsi tiltak på operasjonsavdelingen og b) prosjektet kunne bidra til å dempe en eventuell bekymring blant de ansatte. Prosjektet var også i utgangspunktet tiltenkt å sikre kvalitet både for LIS-utdanningen på AMA, og for rutiner på operasjonsavdelingen. Diatermi er høyfrekvent vekselstrøm

som brukes til skjæring i vev og brenning av blodkar under kirurgiske operasjoner. Ved bruk av diatermi utvikles det røyk som kan bl.a. gi symptomer som irritasjon i slimhinner, hodepine, kvalme og hoste. Diatermirøyk inneholder bl.a. VOC (som inkluderer bl.a. benzen, toluen, xylene, aldehyder), phenol, hydrogen cyanide, PAH og CO. Det ble utført stikkprøver av VOC, PAH og CO på tre ulike operasjoner over tre dager.

Resultatene viser at målte nivåer er godt under administrativ norm. Normalt skal disse nivåer av kjemiske stoffer derfor ikke utgjøre en helseisiko for de ansatte. Vi tar forbehold om at det kun er utført stikkprøver og at det er flere kjemiske stoffer i diatermirøyken som ikke er blitt målt. Resultatene fra spørreskjemaene viser at flertallet av respondentene rapporterer i mer eller mindre grad en bekymring for diatermirøyk som de blir utsatt for i arbeidet sitt. Enkelte rapporterer også at det går utover trivselen på jobb.

Vårt ønske er at rapporten kan bidra til a) at de som har/har hatt slike bekymringer føler at de blir tatt på alvor, b) at de ansatte får mer kjennskap/informasjon om diatermi, og c) at dette samlet kan bidra til å dempe bekymringsgraden blant de ansatte.

Prosjektet ble startet etter initiativ av



Trude Fossum.

prosjektleder LIS Helene Høyvik Rossebø. Planlegging og utføring av målinger har skjedd i samarbeid med yrkeshygiene Ann-Helen Olsen, Marit Nøst Hegseth og Maja Karlsen Linchausen. Spørreskjemaene har blitt utarbeidet i et samarbeid med samfunnsviter Thor Eirik Eriksen, og han har spilt en viktig rolle i forarbeidet, planlegging og utforming av prosjektet. Ann-Helen Olsen har også vært med å tolke måleresultatene og utarbeide rapporten.

Trondheim: Forskjellig forskning

Bjørn Hilt, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim

Helt siden starten i 1990 har vi ved Arbeidsmedisinsk avdeling på St. Olavs Hospital (AMA) vært heldige og hatt muligheter til å drive ganske mye systematisk prosjektarbeid. Temaer for dette har bl.a. vært husdyrbønder, helse hos tidligere jernverksarbeidere, løsemiddel-skader, sosialmedisin, oljetåke i skipsmaskiner, iskemisk hjertesykdom hos metallarbeidere, inneluft og stekeos. Ved siden av å være en del av Klinik for lunge- og arbeidsmedisin ved St. Olavs hospital er vi også tilknyttet Institutt for samfunnsmedisin ved DMF, NTNU.

Det har hele tiden vært et mål at vår forskning skal være anvendt i den betydning at resultatene helst har skullet ha betydning for forebyggende helsearbeid hos de gruppene som vi har hatt som målgrupper. Det har i sterkere og sterkere grad også blitt et mål at alle på avdelingen i en eller annen grad skal bidra til forskningsaktiviteten.

Ved AMA har vi fra 2005 og fram til ganske nylig hatt et prosjekt for Arbeids- og inkluderingsdepartementet med å se på mulige senskader hos tannhelsepersonell. Andre aktuelle prosjekter den siste tiden har vært to medisinstudenter som har avsluttet sin forskerlinjeutdanning der de så på inflammasjonsmarkører



Ansatte ved Oslo Universitetssykehus.

i luftveiene ved opphold i grisekjøp og ved eksponering for stekeos. Artikler om begge oppgavene er innsendt for internasjonal publisering.

En nyttig forskningsmulighet for arbeidsmedisinere i Midt-Norge er å forsøke å koble seg opp mot den store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) som har vært gjennomført tre ganger i hele befolkningen siden 1985. Fra AMA har vi bidratt til bedre karakterisering av arbeid og eksponering i spørreskjemaet. Aktuelle prosjekter i forhold til HUNT er "Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, helse og sykefravær", "Bønder i HUNT 1985-2007" og "Arbeidsrelatert obstruktiv lungesykdom i HUNT". Her er det uendelige muligheter for folk med lyst og fantasi.

Stekeos og eksponeringer i kjøkken har lenge vært et forskningstema i samarbeid med andre ved NTNU. Fra 2010 har vi med støtte fra NHO's arbeidsmiljøfond etablert en prospektiv kokkekohort som vi tenker å følge med hensyn til arbeidsmiljøpåvirkninger og helse i flere år framover. Ut fra en viss nordisk og nasjonal interesse har vi forsøkt å utvide prosjektet, men foreløpig uten å finne nødvendig finansiering.

Et stort anvendt prosjekt som vi gjennomførte i 2010-11 var en nitid yrkeshygiene og arbeidsmedisinsk oppfølging av rehabiliteringsarbeider i Freifjordtunnelen like ved Kristiansund. Dette var viktig for å dokumentere eksponeringsforhold og mulige biologiske effekter i forbindelse med undersjøiske arbeider der tunnelen ikke ble stengt for trafikk

mens arbeidene pågikk.

Et annet ganske stort, nylig gjennomført prosjekt som bondelaget i Nord-Trøndelag egentlig tok initiativ til, har vært et prosjekt for å forebygge skader i jordbruket. Vi vet at bønder topper statistikkene over arbeidsrelaterte dødsulykker, men vi kjenner mindre til forekomsten av mindre skader og årsakene til disse. Senere har vi også blitt engasjert i en mer kvalitativ tilnærming til problemområdet gjennom et prosjekt ledet av Senter for bygdeforskning. Sammen med dem og HUNT og andre kunne vi godt tenke oss flere landbruksmedisinske prosjekter i Midt-Norge.

Det siste prosjektet som vi ved AMA nå er i ferd med å gi oss i kast med, er en registerundersøkelse av kreft og hjertekarsykdom hos tidligere og nåværende ansatte ved NSB sine verksteder på Marienborg i Trondheim der det bl.a. har vært eksponering for dieseleksos. Prosjektet finansieres av NSB og foregår i nært samarbeid med fagforeninger og andre berørte.

Som det framgår, har forskningsaktiviteten ved AMA vært ganske spredt. Man kan godt si at vi har hivat oss på de mulighetene som har gitt seg, noen ganger med finansiering, noen ganger med entusiastiske stipendiater eller forskerlinjestudenter, og noen ganger med arbeidsfolk som har kommet til oss med sine spørsmål. Med en slik tilnærming blir man ikke "verdensmester" på noe område, men gøy har vi hatt det med prosjektene og gøy har vi det fortsatt.

Bergen: Miljømedisin er aktuelt

Bente E. Moen, overlege 1 dag i uka på Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

I mai 2007 eksploderte en lagringstank ved Vest Tank sitt anlegg i Sløvåg i Sogn og Fjordane. Eksplosjonen førte til at en av de nærliggende tankene ble antent og det oppstod en større brann. Dette førte til at store mengder røyk og gass ble spredd i området. Ulykken var dramatisk og de som var i nærheten fryktet at liv var gått tapt. Til alt hell ble det ingen dødsfall og det ble kun registrert små fysiske skader på mennesker.

I etterkant av ulykken gjennomførte kommunehelsetjenesten en spørreundersøkelse blant befolkningen og konklusjonen var at et stort antall hadde fått helseplager etter eksplosjonen. Selv i overkant av ett år etter ulykken var det mange som rapporterte helseplager. På bakgrunn av dette bestemte Helsedirektoratet, i samarbeid med Miljøverndepartementet, at det skulle gjennomføres en helseundersøkelse av de involverte. Yrkesmedisinsk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus ble bedt om å gjennomføre denne. Undersøkelsen skulle strekke seg over fem år for å kunne avdekke eventuelle langtidseffekter av ulykken hos arbeidstakerne i Sløvåg og i lokalbefolkningen.

Haukeland Universitetssykehus planla helseundersøkelsen i samarbeid med Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen. Fra november 2008 til april 2009 ble 1016 personer invitert til helseundersøkelsen. Hele 734 personer (72 %) ønsket å delta. Første rapport forelå i 2009 og inneholdt data fra helseundersøkelse og spørreskjema. Vinteren 2010 ble det utført en ny undersøkelse, men da kun basert på spørreskjema. Svarprosenten med utgangspunkt i de 734 som deltok sist var 75.5. Nå, i 2012, er vi rett før oppstarten av en tredje undersøkelse som skal skje i oktober og november. Deltagerne skal innkalles ganske snart, og vi er spente på om de møter opp! Hovedkonklusjoner så langt fra studien i 2010 er at befolkningen som bor nær og arbeider i Sløvåg rapporterer høyere forekomst av en rekke helseplager enn kontrollgruppen som bor langt unna. Generelt ser vi liten tendens til forbedring blant deltagerne når det gjelder de fleste symptom/plager i 2010. For de fleste symptomene er det gruppen nærboende kvinner som skiller seg ut ved at de rapporterer mer eller høyere alvorlighetsgrad av plagene.

Når det gjelder stress konstaterer vi en markant nedgang i antall personer som viser forhøyet skår på skala for symptom på post-traumatisk stress i 2010.

Oslo Universitetssykehus: Forskjellige prosjekter innen arbeidsmedisin

Tor Erik Danielsen, overlege OUS, Ullevål

For avdelingen på Ullevål har mange ting skjedd omtrent samtidig. Avdelingen på Rikshospitalet flyttet til Ullevål, avdelingslederne ved begge avdelingene fratrådte ved aldersgrensen, sykehusene i Oslo ble omorganisert, og det kom penger fra Arbeidsdepartementet over Statsbudsjettet som var øremerket yrkesmedisin. Avdelingen på Ullevål var uten leder da pengene ble tildelt, og det tok noe tid før de ble disponible for avdelingen. Den sammenslåtte avdelingen hadde få ansatte, logistikken var krevende og køen av pasienter var derfor blitt litt for lang i 2009. Det tok tid å ansette avdelingsleder, overleger og leger i spesialisering, og betydelige interne omorganiseringer på sykehuset har vært krevende. Omsider framstår avdelingen med ressurser som er i samsvar med henvisningen av pasienter, og blikket har gradvis blitt rettet mot prosjektarbeid.

Her følger en kort presentasjon av noen av disse:

-Miljø- og yrkesmedisin på Ullevål har over tid hatt et godt samarbeid med Hudavdelingen. Dette har initiert et samarbeidsprosjekt med Hud internt og STAMI eksternt, som omhandler nanopartikler i solkrem, om disse penetrerer intakt eller solforbrent hud. Dette er et pilotprosjekt som inkluderer to frivillige forsøkspersoner. Det er etter perioder med smøring på intakt og solforbrent hud tatt biopsier på hudavdelingen, som analyseres i elektronmikroskop på Stami. Leder for prosjektet er lege i spesialisering, Marit Gulbrandsen.

-Bedriftslege i Forsvaret, Anne-Katrine Borander har tatt med seg problemstillinger knyttet til bruk av gammel og ny ammunisjon i Forsvaret inn i avdelingen vår gjennom sin 1-års stilling. Det gjennomføres prosjekt i forbindelse med dette i samarbeid med FFI og lungeavdelingen på Rikshospitalet.

-Lege i spesialisering Lillian Leknes har i samarbeid med forsvaret gjennomført en kartlegging av muskelskjelett belastningsskader hos profesjonelle fulltidssoldater ansatt i Telemark Bataljon. Metoden som ble brukt var fokusgrupper, og i etterkant har tiltak blitt iverksatt av Forsvaret som følge av kartleggingen.

-I fjor vår forlot lege i spesialisering Elin Watts avdelingen vår etter institusjonsutdanning og begynte som bedriftslege. I forrige nummer (2/12) av Ramazzini presentert hun sine målinger av støy fra operasjonsstuer på OUS som hun gjennomførte da hun var ansatt her. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med sykehusets bedriftshelsetjeneste. En oppsummering av resultatene er sendt til Tidsskrift for Den norske legeförening for publisering.

-Overlege Karl Færden er i gang med en oppfølging av sagbruksarbeidere som tidligere er undersøkt. Det ble den gang ved SYM på Rikshospitalet gjort medisinske undersøkelser som resulterte i omfattende modernisering av sagbruket. Dette igjen har redusert eksponeringen. Nå gjøres nye medisinske undersøkelser av de samme arbeiderne. Lungeavdelingen på Rikshospitalet og Stami er involvert i prosjektet.

-Overlege dr. med Britt Grethe Randem, er medlem av koordineringsgruppen for Nettverk for klima og helse, og har holdt flere foredrag om de medisinske følgene av klimaendringer.

Hun i forhold til forskning to studier i gang, den ene i samarbeid med Stami og Radiologisk Avdeling OUS-RH, og den andre studien i samarbeid med Kreftregisteret. Samarbeidet med Kreftregisteret gjelder en oppfølging av kreft og dødelighet blant asfaltarbeidere i en kohort på fem tusen arbeidere fra hennes tidligere doktorgradsprosjekt. Samarbeidet med Stami er en oppfølging av en gruppe på ca 60 asfaltleggere som er blitt fulgt opp med HRCT av lunger.

-Våre emerituser, våre tidligere avdelingsoverleger Finn Levy og Sverre Langgård er fremdeles aktive ved seksjonen. Begge utreder pasienter og veileder LIS. Etter et halvt år som gjesteprofessor i utlandet (Taiwan) skriver Sverre nå artikler og bokkapitler. Han og Per Sørstrand, som er yrkeshygieniker ved seksjonen, har for eksempel revidert kapitlene om krom og molybden i 2012 utgaven av Patty's Toxicology.

Det er i 2012 etablert en forskningsgruppe for vårt fagområde ved sykehuset. Denne ledes av professor overlege Terje Pedersen, som arbeider i samarbeidende avdeling (Preventiv kardiologi). Gruppen er derfor sikret universitetstilknøtning.

Vi kan ha kapasitet til mer prosjektarbeid. Dersom du som leser av Ramazzini har en problemstilling du ønsker å diskutere, kan du ta kontakt på telefon 22 11 79 35, alternativt bruke felles e-post miljo.yrkesmedisin@ous-hf.no

Forskningspoliklinikken «Jobbfast» er i gang!

Ramazziniredaksjonen har intervjuet lege Nils Magerøy. Han er initiativtaker og leder av «Jobbfast», poliklinikk for traumer og psykososiale belastninger i arbeidslivet. Poliklinikken er lokalisert på Yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland universitetssykehus i Bergen. Han fortalte om denne virksomheten på Vårkonferansen, og det var nyttig for dem som var til stede. Imidlertid er dette noe vi synes at flere bør høre om, så her er litt om hva han fortalte:

Gratulerer med «Jobbfast», poliklinikk for traumer og psykososiale belastninger i arbeidslivet! Du har nå gjennomført et prøveår for denne poliklinikken. Hvorfor startet du med denne?

Ideen fikk jeg i 2007; i denne tiden holdt jeg på med en PhD knyttet til psykososialt arbeidsmiljø. En av artiklene omhandlet mobbing i Sjøforsvaret, og i den forbindelse deltok jeg på et NIVA-kurs i Italia, sammen med rundt 30 andre europeiske forskere. Italia har verdens eldste arbeidsmedisinske avdeling i Milano, og overlege Gilioli fra «Clinica del Lavoro Luigi Devoto» i Milano var til stede på denne samlingen. Han fremhevet forskningen innenfor mobbing i arbeidslivet gjort i Norden, der også Universitetet i Bergen lenge har vært internasjonalt anerkjent. Han var svært beskjeden på egne vegne og arbeidet som var utført i Milano, der man først og fremst har hatt et klinisk arbeid for pasienter. Prof. Einarsen fra Bergen, en internasjonalt anerkjent forsker på mobbing, repliserte «Men Gilioli du har drevet et arbeid i over ti år som vi overhodet ikke har hatt i Norden!» Da kom ideen «kanskje vi skal starte et slikt arbeid i Bergen». Vi har et lovverk som forbyr mobbing, vi har forebyggende arbeid og kampanjer og god forskning på forekomst og skadevirkninger, men et systematisert behandlings- og rehabiliterings tilbud mangler. Så da jeg ble tilstilt ved Yrkesmedisinsk avdeling i 2008 spurte jeg med avd. dir. Tor Aasen om jeg kunne få utvikle et slikt tilbud, lagt til Yrkesmedisinsk avdeling. Han svarte «Ja!» I mars 2010 fikk jeg i oppdrag fra Aasen om å utarbeide en plan for Jobbfast og en prosjekt- og referansegruppe med masse dyktige folk ble etablert. Hele planen finnes på www.jobbfast.no. Vi startet det kliniske arbeidet 15. august 2011.

Hvorfor valgte du navnet «Jobbfast» til poliklinikken?

I et møte med NHO våren 2010 påpekte de at vi burde finne et navn som var kort og ikke gav negative assosiasjoner til norsk arbeidsliv. Jobbfast uttrykket kom seilende og referansegruppen påpekte at uttrykket kunne sees positivt som å forbli



Nils Magerøy i gangen på Jobbfast.

i jobb, men alternativt at man satt fast i en jobb – og gikk for dette navnet.

Hvilke pasienter kan henvises til «Jobbfast»?

Det er pasienter/arbeidstakere med redusert helse som følge av konflikter, mobbing, seksuell trakassering eller varsling i knyttet til jobben. Vedkommende trenger ikke være sykemeldt for å henvises. Send vanlig spesialisthenvisning til Yrkesmedisinsk avdeling, Postboks 1, 5021 Bergen.

Hvem kan henvises pasienter til «Jobbfast»?

Den som henviser må ta på seg ett oppfølgingsansvar for pasienten. Jobbfast har foreløpig et tilbud som strekker seg over tre dager og som i utgangspunktet blir avsluttet ved tilbakemeldingssamtalen med henvisende lege og pasient. Til nå har vi fått flest henvisninger fra allmennleger, men vil gjerne ha bedriftslegen på banen. Bedriftslegen bør vurdere bedriftsinterne tiltak parallelt med henvisningen til Jobbfast.

Hvor lenge er pasientene hos deg, hvordan er opplegget?

Pasientene er hos oss tre polikliniske dager. Mandag har vi en kartleggings-samtale – pasientens historie, spørreskjema og psykiatrisk diagnostisk intervju (M.I.N.I. 5.0.0 Plus). Tirsdag gjøres det en arbeidsmedisinsk vurdering og pasienten skriver en egenfortelling som vedkommende går gjennom med to av oss. Onsdag har vi undervisning med samtale om rettigheter og plikter i arbeidslivet, om NAV og om psykososiale belastninger. I tillegg gjøres en psykomotorisk

fysioterapi vurdering (Global fysioterapi metode 52), en tverrfaglig gjennomgang av pasientens situasjon der vi har en organisasjonspsykolog med. Vi tar tema om veien videre fra det tverrfaglige møtet opp med pasienten umiddelbart etterpå.

Hvem er i teamet ditt på poliklinikken som snakker med pasienten?

Avdelingens overlege i arbeidsmedisin deler Jobbfastdager mellom seg, videre er nevropsykolog, fysioterapeut, arbeidskonsulent og undertegnede med. Organisasjonspsykologene fra det psykologiske fakultet deltar i utgangspunktet i det tverrfaglige møtet uten å treffe pasientene.

Følger dere opp pasientene etter de har reist hjem?

Vi har den nevnte tilbakemeldingssamtale med pasient og henvisende lege etter 4 uker. Pasientene får imidlertid et spørreskjema knyttet til helse og arbeidsdeltakelse etter 4 uker, 6 og 12 måneder. De får tilbakemelding på dette – og pasientene samtykker til at en kopi av tilbakemeldingen går til henvisende lege. Vi får også en del telefoner i etterkant.

Hva betyr det at du kaller dette en forskningspoliklinikk?

I planleggingen av arbeidet det var det enighet om at Jobbfast skulle utformes slik at det også skulle kunne gjøres forskning for å finne ut hva som kan være til nytte for pasientene med tanke på helse og arbeidsdeltakelse. Det betyr at alle pasienter som kommer til oss blir invitert med i forskningsprosjekt knyttet til disse temaene.

Hvor mange pasienter har dere hatt så langt?

Per dags dato har vi hatt 17 pasienter fra hele landet.

Hva er planen for «Jobbfast» videre?

Selv om vi i tillegg til utredning har elementer av behandling og rehabilitering knyttet til de dagene pasientene er hos oss, ønsker vi å utvikle en behandlings- og rehabiliteringsmodul. Vi tenker her på gruppebehandling rette mot å håndtere den vanskelige situasjonen pasientene befinner seg, psykomotorisk gruppeterapi og støtte til yrkesdeltakelse med arbeidskonsulent. Vi må også få på plass forskningsprogrammet vårt. Per i dag har vi en årlig kapasitet til 30 pasienter og håper å kunne øke dette. Vi er fornøyd så langt – som overlege Danielsen på Ullevål sa på et møte for yrkesmedisinske avdelinger: «Dere må klare dere med Folkevogn først, så kan dere kjøre Mercedes seinere».

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 128. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin onsdag 13. juni 2012

Studiereise til Glasgow i oktober

Det forelå invitasjon fra Ewan MacDonald, leder av Healthy Working Lives Group ved Universitetet i Glasgow til besøk ved universitetet fredag 19. oktober.

Styret takker for invitasjonen og besluttet å reise til Glasgow torsdag 18. oktober for å avholde styremøte om kvelden og med retur lørdag, evt. søndag.

Fagseminar 7. og 8. februar 2013

Det er reservert på Losby Gods. De lokaltillitsvalgte og LO og NHO er varslet.

Seminaret starter med lunsj torsdag og avsluttes med lunsj fredag.

Sekretariatet sender e-post til de lokaltillitsvalgte i begynnelsen av august og ber om innspill til program. Saken settes opp på styremøtet i august.

Referat fra landsstyremøtet

Leder refererte fra landsstyremøtet. Landsstyremøtet 2013 er berammet til 3. – 6. juni i Alta.

Namfs vedtekter

Det ble diskutert endringer i vedtektene for å harmonisere disse bedre med Legeforeningens lover mht yrkesforeningene og slik at de blir i samsvar med vedtektene for andre sammenlignbare yrkesforeninger. Blant annet må ordet "generalforsamling" fjernes og det må fremgå at det skal avholdes årsmøte hvert år. Knut Skyberg gjennomgår vedtektene og lager forslag til nødvendige endringer. Saken tas opp på neste styremøte. Forslag til endringer legges frem for årsmøtet til godkjenning i 2013. Vårkonferansen 2013 er berammet til 29. – 31. mai i Trondheim. Årsmøtet holdes 30. mai.

Budsjett for Namf og Nfam

Budsjettene for de to foreningene ble gjennomgått. Det ble vedtatt honorar for institusjonsutvalget: 15.000 til leder og 5.000 til hvert av medlemmene (i alt 25.000). Videre ble vedtatt honorar til redaksjonskomiteen for Ramazzini: 10.000 til leder og 5.000 til hvert av medlemmene (i alt 25.000). Videre ble bevilget kr. 10.000 til MedHums humanitæraksjon 2012 som skal bidra til å forhindre overføring av hivsmitte fra mor til barn i Mosambik.

Stipend til internasjonale prosjekter

Årsmøtet vedtok i mai 2012 at Namf skulle gi støtte til internasjonalt samarbeid med kr. 50.000. Utlysning legges på Namfs hjemmesider, tas inn i Ramazzini nr. 3 og sendes medlemmene på e-post. Søknadsfrist for 2012 settes til 17. oktober.

Prosjekt bedriftslegens rolle

Det forelå prosjektplan fra Bente E. Moen. Styret slutter seg til planen. De syntes imidlertid tidsplanen var for stram og foreslo at den forskyves med en måned. Det er ønskelig med en presentasjon på fagseminaret i februar, evt. også på vårkonferansen.

Invitasjon til arbeidsmøte 10.9.2012 som ledd i å beskrive ønsket funksjonalitet i EPI og andre IT-systemer

Det forelå invitasjon fra Legeforeningen til å delta på arbeidsmøtet som omhandler IT-systemer i helsevesenet generelt. Lise Sørbo deltar. Sekretariatet melder henne på.

Videreutdanning i toksikologi

Det forelå henvendelse fra Jarand Hindenes der han tok opp problemer mht til mulighetene for å ta videreutdanning i toksikologi da undervisning kun gis ved Universitetet i Oslo. Det ble drøftet hvorvidt for eksempel web-baserte løsninger kunne tilrettelegges for arbeidsmedisinere utenfor Oslo-regionen. Jarand arbeider videre med saken.

Høring: faglig innhold i ny turnusordning – loggbøker

Styrene ser positivt på en styrking av dokumentasjonen og slutter seg til forslaget til loggbøker.

Høring: Lovforslag om rett til lønn fra arbeidsgiver under ammefri.

Styret sluttet seg til forslaget

Protokoll fra 129. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin onsdag 29. august 2012

Det var fellesmøte med spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin kl. 14.00. Eget referat foreligger.

Program – fagkonferansen 2013

Det var innkommet forslag fra tre fylker. Det ble drøftet aktuelle temaer. Agneta og Helle ble oppnevnt som kurskomite. De kontakter også LO og NHO for evt. innspill derfra.

Namfs vedtekter

Knut hadde laget forslag til endringer i vedtektene slik at de harmoniserer med vedtektene for andre sammenlignbare yrkesforeninger i Legeforeningen. Styret sluttet seg til de foreslåtte endringene. Forslaget legges frem for årsmøtet i Trondheim i mai 2013.

Til neste møte gjennomgår Tore vedtektene for Nfam og ser om det må gjøres tilsvarende endringer.

Gjennomgang av planen for styreperioden, prioriteringer for 2. halvår 2012

Satsningsområdene fra arbeidsmøtet på Soria Moria i oktober 2011 ble gjennomgått. Noe var allerede gjennomført og oppgaver i forbindelse med noen områder ble fordelt:

Sekretariatet fremskaffer referat fra møter i Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse. Knut kontakter Hege Gjessing om hennes møte med Universitetene i Oslo og Tromsø. Knut og Agneta tar kontakt med JA-avdelingen (avd for Jus og Arbeidsrett) i Legeforeningen mht. takstsystemet.

Det er behov for å lage en ny beskrivelse av arbeidsmedisinerens plass i BHT – den gamle brosjyren er for gammel. Dialogmøtene ble diskutert. Krav til innhold i BHT-tjenesten i spesialistutdanningen ble tatt opp i møtet med spesialitetskomiteen.

Hvordan håndtere konkurrerende arbeidsoppgaver i skjæringspunktet NAV Arbeidslivssentre og BHT?

Det ble diskutert om styret bør ta initiativ til dialog med sentrale aktører for å klargjøre rollene. Lise tar kontakt med Arve Lie i Fagsekretariatet på STAMI for å avtale et møte. Tore deltar også på møtet.

Styrets spalte i Ramazzini

Nr. 3: Knut: Forebygging og helsefremmende arbeid
Nr. 4: Lise: Elektronisk pasientjournal.

Regnskap for Namf og Nfam 1. halvår 2012

Regnskapene ble tatt til etterretning.

Returadresse:
Cox Bergen
Thormøhlensgt. 37,
5006 Bergen



B - Økonomi