

RAMAZZINI

Norsk
arbeids-
medisinsk
forening

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 14 • 2007 • Nr. 1

TEMA: «HELSEVESENET»



Arbeidsmiljøutfordringer i helsevesenet s. 4

Røntgenstråler, sykehusarbeid og kreft s. 6

Allergier hos helsepersonell s. 10

INNHold:

Kurs og konferanser	s. 2
Leder	s. 3
Arbeidsmiljøutfordringer i helsevesenet	s. 4
Røntgenstråler, sykehusarbeid og kreft - med appell	s. 6
Debatt	s. 8
Historisk innspill - Hygiene er svært viktig i sykehus	s. 9
Allergier hos helsepersonell	s. 10
Lag bedriftshelsetjeneste-nettverk for helseforetakene!	s. 12
Foreningsnytt	s. 13
Fagkonferanse for tillitsvalgte i norsk arbeidsmedisinsk forening	s. 14

Forsidebilde:

En situasjon fra helsevesenet – et sted der pasienten alltid kommer foran arbeidstakernes ve og vel.



Foto: Bildet er mottatt fra Helse Fonna.

Betala helse med uthelse...?

Helsearbeidarar har tradisjonelt synt stor lojalitet, pliktjensle og engasjement i høve til yrket og arbeidsplassen sin - like frå tidlegare tiders kallstanke fram til våre dagars vektlegging av fagidentitet og profesjons-stolthet. "Pasienten i sentrum" har likeeins vore eit credo for mange yrkesgrupper. Kan slike faktorar medverka til at tilsette i helsevesenet set lågare krav til eige arbeidsmiljø, og bryr seg mindre om risikoen for å bli påført helseskade av arbeidet sitt?

I dette nummeret av Ramazzini er det samla artiklar som tek for seg ulike sider ved arbeid i helsesektoren.

Søkjeljos er sett på helsepersonell sitt arbeidsmiljø både i form av forskning og kampanjar, m.a. frå Arbeidstilsynet si side, og eine artikkelen presenterar nokre av tilhøva som er påviste. Den nyaste kampanjen, "God Vakt" som retta seg mot arbeidsmiljø i sjukehus, har medført mange oppslag i media. Spesielt har det nok vekt oppsikt i tilfelle der Arbeidstilsynet har kravd dagbøter av helseforetak, grunna mangelfulle tiltak for å utbetra tilhøva som er påpeika i form av pålegg. Helseinstitusjonar er m.a.o. på så mange slags vis i ferd med å tilpassa seg dei realitetane som tradisjonelle industriprege verksemdar "alltid" har levd med. Omstilling, nedbemanning, budsjett disiplin, produktivitet, konkurranse, out-sourcing og bench-marking - framandord i helsesektoren i går, daglegtale i dag.

Førre kampanjen frå Arbeidstilsynet, "Rett Hjem", handla om arbeidsmiljø og risikotilhøva i heimbaserte tenester. Elles burde vel kollegaers arbeidstilhøva i helsevesenet vera interessant for arbeidsmedisinaren, og både "God Vakt" og Legekårsundersøkinga belyser dette.

Fysiske risikofaktorar for helsearbeidarar inkluderar m.a. røntgenstråling. Bente Moen har teke utgangspunkt i vurderinga av arbeidstilhøva ved ei sjukehusavdeling der dei tilsette har vore utsette for dette, utan at kunnskap om risiko og mogelege konsekvensar har vore implantert i tilstrekkeleg grad. Artikkelen manar til ettertanke både når det gjeld å etablere gode rutinar for førebygging av helseskade, og å sjå til at rutinane vert etterlevde.

Bladet inneheld i tillegg stoff om arbeidspåførte smittsame sjukdomar i historisk perspektiv, og eit intervju med Erik Florvaag ved Haukeland Universitetssjukehus om allergi hos helsearbeidarar.

Arve Lie har to innlegg i dette nummeret - det eine om revisjon av bransjeforskifta, der han konkluderar med ei klar personleg tilråding om å utvida denne til å omfatta helse"bransjen".

I tråd med dette er også hans andre oppmoding om å betra oppfølginga av helsearbeidarar i form av BHT-nettverk for helseforetakene. Ein kan då både utnytta best mogelege dei personalressursane som i fleire av regionane er marginale, innhaldet og kvaliteten i oppfølginga kan harmoniserast i dei ulike foretakene - og dei tilsette i HMS-/BHT-stabane får gevinsten av å tilhøyra eit større fellesskap enn tilfellet er i dag. Snakk om Kinderegg - tre positive ting på ein gong!

God oppfølging frå BHT-/HMS-fagleg (inkludert arbeidsmedisinsk kompetent) personale vil også vera medverkande til å førebyggja at helsearbeidarar betalar med eiga uthelse for å betra andre si helse. Den kostnaden er for høg!

Anne-Marie B. Eggerud, Gjesteredaktør

Lykken er gode kolleger!

I dette nummer debuterer Anne-Marie som gjesteredaktør, og redaksjonskomiteén gratulerer og gleder seg! Så langt jeg kan bedømme, har vi et fint samarbeid i denne komiteén, og det fryder vi oss over. Som man ser av avisoverskriftene for tiden, er et godt samarbeid blant kolleger ikke en selvfølge - Valla har vist oss hva det motsatte kan føre til. Hun har faktisk vist hele det norske samfunn hvor viktig det er å arbeide for et godt arbeidsmiljø - så la oss holde kursen klar videre - det kan hende denne våren blir et være eller ikke være for bedriftshelsetjenestens arbeid, se forskjellige innlegg i bladet som forteller om ting som skal besluttes! Stå på! Vær synlige!

Bente E. Moen, Redaktør

REDAKSJONSKOMITE 2007

Bente Elisabeth Moen

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31, 5018 Bergen
Tel: 55 58 00 00
Faks: 55 20 61 30
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-Marie Botnen Eggerud

Helse Fonna
Tel: 53 49 11 67
05253
E-post:
Anne.Marie.Botnen.Eggerud@helse-fonna.no

FORENINGSA DRESSE

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 - priv. 63 99 11 14 (fredag)

Arbeidsmiljøutfordringar i helsevesenet

ANNE-MARIE B. EGGERUD, BEDRIFTSLEGE HELSE FONNA HF

Det er sagt at det einaste som er stabilt i vår tid er stadig endring. Helsevesenet endrar seg også, likeeins arbeidsvilkåra for helsearbeidarar. Helsetenesta tek opp i seg språkbruk og omgrep som tidlegare var ukjende i denne sektoren, og spesielt helseforetaka (framleis oftast kalla "sjukehusa") vert stilte overfor stadig sterkare marknadsøkonomiske krav. I dette perspektivet kan ein då sjå slike illustrerande døme som at ferdigbehandla pasientar heiter "produksjonsvolum", og pasientar på venteliste får merkelappen "ordreservar".

Helsetenesta utanfor institusjonane lever med mange av dei same krava. "Meir helse for kvar krone" og liknande slagord pregar kvardagen, tidsstudietankegong og stoppeklokkebruk vert henta fram att frå mørkeloftet, og helsearbeidarane strevar for å stetta sine faglege ideal i desse kvardagane. Kan ein så lesa att konsekvensar for helsearbeidarane si eiga helse av desse endringane?

Helseovervaking av helsearbeidarar

Samanlikna med andre yrke og faggrupper kan ein få inntrykk av at helsearbeidarar har god helse, slik det er trekt fram i Knut Jørgen Arntzen si arbeidsmedisinske rettleiing for målretta helseovervaking av desse (1). Hyppighet av uførepensjonering for mannlege legar er berre? av gjennomsnittet for alle yrke, kvinnelege sjukepleiarar vert også uførepensjonert sjeldnare enn "forventa" (d.v.s. gjennomsnittet), medan kvinnelege hjelpepleiarar derimot ligg litt over gjennomsnitt. Den siste gruppa er også overrepresentert innan dei fleste diagnosegrupper som er årsaker til uførheta. Er då forklaringa at arbeid i helsevesenet belastar helsa mindre enn anna

arbeid, eller går helsearbeidarar inn i yrket sitt med eit anna grunnlag for å "tåla" belastningane i arbeidet? Er det kanskje ei form for "healthy worker-effect", eller er helsearbeidarar meir motiverte og betre skolerte enn andre til å ta vare på helsa si og velja ein sunnare livsstil...?

Tradisjonelt er det mange velkjende arbeidsmiljøtilhøve som kan utgjera risiko for sjukdom og skade hos helsearbeidarar. Arntzen nemner fysiske og kjemiske eksponeringar som ergonomisk belastning, stråling, narkosegassar og allergiframkallande stoff – der lateks og medikament, t.d. antibiotika, er vesentlege risikofaktorar. Faren for å bli utsett for smittestoff av ulike slag er også i våre dagar høgst relevant, og sjølv med vår tids spekter av terapeutiske remedier kan smittsame sjukdomar framleis vera potensielt livstrugande. Smitterisikoen for helsearbeidarar i

det daglege er nok oftast knytt til banale (om enn plagsame) tilstandar som forkjøling, influensa, gastroenterittar eller infiserte sår, men internasjonalt er der dokumentert tilfelle av yrkesrelatert smitte både av Ebola- og Marburg-virus og Lassa-feber, i tillegg til HIV og hepatittar. Generelt har imidlertid både arbeidsgevar og arbeidstakarar vore opptekne av desse konkrete arbeidsmiljørisikoane, noko som også er peika på i Arbeidstilsynet si siste kampanje retta mot helsesektoren (5). Dei fleste stader er det lagt stor vekt på å utarbeida retningslinjer og syta for opplæring om desse emna, noko som sjølv sagt er med rette, både ut frå omfang og moglege alvor i dei aktuelle helsemessige konsekvensane.

Likevel er det også andre faktorar ved arbeid i helsevesenet som er knytte til risiko for helseskade. Påkjenninga ved å arbeida så tett på liv, sjukdom og død - ofte under dramatiske omstende, andre gonger meir "i langdrag" men gjerne ikkje mindre belastande for det, er noko alle yrkesgrupper av helsearbeidarar må meistra. Lange arbeidsøkter, utkallingar, ekstra- og dobbelvakter, arbeid utanfor normalarbeidstid og skiftarbeid er uunngeleg for å halda helsehjula i gong 24 timar i døgeret 365 dagar i året, men er like fullt ei påkjenning, for nokon meir enn for andre - og for så godt som alle i aukande grad etter som åra går. Nokre gonger kan helsearbeidarar velja metodar for å meistra desse påkjenningane som i staden medfører andre former for helseisiko, ved at legemiddel og/eller alkohol vert hjelpemiddel for å få sova etter vakt, kopla av etter lange og strevsame arbeidsdagar, eller skapa litt distanse til sterke opplevingar.

Førebygging og behandling av sjukdom og helsesvikt er helsearbeidarar sin heimebane - i alle fall så lenge det er tale om andre si helse. Når det kjem til spørsmål om å ta vare på eiga helse, kan det verta vanskelegare for mange å gje slepp på den velkjende rolla som ekspert, den som meistrar situasjonen og hjelper dei som treng det, den som alltid kan "trøyste & bære". I dette perspektivet er det forståeleg om smittevern, kjemikaliebruk og ergonomi kjennest lettare å fokusera på enn mentale påkjenningar, mellommenneskelege konflikter og redsle for å koma til kort eller gjera feil.

Helsearbeidarar sitt arbeidsmiljø under Arbeidstilsynet si lupe

Arbeidstilsynet har også tidlegare gjennomført tilsyn i større eller mindre omfang retta mot verksemder i helsesektoren, men har siste åra vald å fokusera innsatsen i form av landsdekkande samordna kampanjar (2).

"Rett Hjem"

Heimetenesta i kommunane omfattar personale som yter pleie og omsorg av ulik art, både helsehjelp og assistanse med praktiske gjeremål i heimen, og tenesta sysselset om lag 100.000 personar over heile landet. I kampanjen "Rett Hjem" (3), som tok til i 2002, var formålet å betra det systematiske arbeidet for å førebyggja belastningar i heimetenesta som fylgje av tidspress, ergonomiske tilhøve eller trugsmål / vald. Ei utvalsundersøking i starten av kampanjen avdekkja at ein av tre tilsette i heimetenesta hadde vore sjukmeld i løpet av dei siste to åra som fylgje av ein eller fleire av desse typene belastning. Tilsyn i alle landets 434 kommunar i 2003 slo fast at 70% av einingane opplevde tidspress som eit problem, 80% opplevde tunge løft og uheldige arbeidsstillingar som problematisk, og 60% opplevde trugsmål / vald likeeins. Systematisk førebyggjande arbeid og opplæring mangla i om lag halvparten av einingane, og tre av fire kommunar fekk pålegg frå Arbeidstilsynet om å setja i verk forbetringstiltak.

Tidlegare undersøking (4) har også vist at tre av fire tilsette har opplevd trugsmål / vald av ulik art (skuldingar, utskjelling, fysisk aggresjon eller ubehageleg seksuell merksemd) i møte med brukarane, dei fleste av desse gjentekne gonger. Særtrekk ved arbeidets art, som at tenestene vert utført som "gjest" i andres heim, og at helsearbeidaren ofte er åleine, utan kollegaer til støtte og hjelp, er ein viktig del av bakgrunnen for dette biletet.

Tiltak etter "Rett Hjem" medførte betring av alle dei påpeika tilhøva, m.a. ved å auka bemanninga i heimetenesta og samordna den i større grad med institusjonane (sjuke- og aldersheimane), tydeleggjere omfanget av tenesta og forståinga for dette hos brukarane, auka tilgangen på eigna hjelpemiddel og tilpassa brukarane sine heimar betre, og endra rutinar spesielt i høve til åleinearbeid.

Resultata av nye tilsyn i 329 kommunar i 2004 viste likevel at svært mange arbeidstakarar i heimetenesta framleis var utsette for uheldige belastningar. Arbeidstilsynet vil difor halda fram med å kikka tenesta i korta, m.a. med nye oppfølgingstilsyn i 2007. Spesielt er etaten oppteken av tidspress, både som ei stor belastning i seg sjølv, men også som ein overordna årsaksfaktor til at tiltak for å førebygga ergonomiske belastningar og trugsmål / vald i mange tilfelle ikkje vert gjennomført.

"God Vakt"

Neste storsatsing på helsevesenet frå Arbeidstilsynet si side var "God Vakt"-kampanjen (5) i 2005. Denne retta seg mot sjukehussektoren,

som er arbeidsplass for om lag 88.000 personar. Totalt vart det gjennomført 875 tilsyn i 22 helseføretak og 5 private sjukehus, fordelt over alle helseregionane i landet. I absolutt alle tilsyna vart det påvist avvik, noko som resulterte i til saman 292 pålegg av varierende omfang og alvorgrad. I stor grad synest også desse avvika å vera samanfallande i ulike føretak/sjukehus.

Arbeidstilsynet hadde på førehand definert fem hovudtema for kampanjen:

- 1) Organisering, kultur og teknologi (herunder balanse mellom oppgåver og ressursar, opplæring samt medverknad og rolleforståing)
- 2) Omstilling (herunder konsekvensvurdering før omstillingsprosessar, og oppfølging av einskildpersonar undervegs)
- 3) Psykiske og sosiale belastningar (utviklande oppgåver, konfliktløsning, isolasjon og trakassering samt kultur og tabu)
- 4) Ergonomiske belastningar (tunge løft, uheldige arbeidsstillingar / rørsler og tidspress)
- 5) Kjemisk og biologisk helsefare, smittefare (kartlegging/risikovurdering/tiltak, stoffkartotek, substusjon av helsefarlege kjemikalier og eksponeringsnivå)

Flest føretak/sjukehus fekk pålegg knytt til tema 1), 2) og 4), høvesvis 88%, 84% og 76%. Når tema 3) i mindre grad gav grunnlag for å gje pålegg, kan dette truleg henga saman med dei konkretiseringane av temaet som er valde frå Arbeidstilsynet si side, då oppleving av meningsfullt arbeid og rikt høve til personleg/fagleg utvikling i stor grad "alltid" har kjenneteikna helsearbeidarar sin arbeidssituasjon. Såleis er det forståeleg om dette vert oppfatta som meir tilfredsstillande enn andre område.

Tema 5) har tradisjonelt vore rimeleg godt ivareteke i sjukehus - kanskje delvis avdi det fell såpass mykje saman med ivaretakinga av pasientane, t.d. når det gjeld hygiene og smittevern? Helsearbeidarar sin synsvinkel har generelt vore sterkt prega av pasientperspektivet, også her: "Fokus på pasienten ... og om mogeleg skal me helst unngå å bli smitta sjølv..." Nett dette perspektivet kjem også Arbeidstilsynet inn på i omtalen av tema 3), der det blir slått fast at arbeidsmiljø (og -lovgeving) skal vega like tungt som behandlingssmiljø og pasientlovverk!

For øvrig nytta tilsynet høvet til å påpeika at arbeidet med Inkluderande Arbeidsliv - i og med at dei fleste sjukehusføretaka er IA-verksemdar - må sjåast i samanheng med førebyggjande HMS-arbeid i større grad enn det no vert gjort.

Høgare status og betra vilkår for vermeteneste og arbeidsmiljøutval er også moment som blir påpeika som viktige for betre arbeidsmiljø.

I tilrådingane i samlrapporten etter fullført kampanje vedgår Arbeidstilsynet at helseføretaka/sjukehusa har store utfordringar i forsøk på å stetta potensielt motstridande forventningar, t.d. pålegg om å sikra balanse mellom oppgåver og ressursar på den eine sida, og krav frå føretakseigar om økonomisk styring og balanse på den andre.

Det er difor også i denne delen av helsesektoren planlagt vidare oppfølging, både

med bistand til utvikling av gode rutinar og bygging av nettverk for å dra felles nytte av gode røynsler, og nye tilsyn, dels også i samarbeid med andre tilsynsetatar som t.d. Helsestilsynet.

Legar sitt arbeidsmiljø spesielt

I rapporten etter "God Vakt" er legane sine særlege arbeidsmiljøutfordringar og deira deltaking i HMS-arbeidet spesielt omtala, sidan Arbeidstilsynet har oppfatta at denne gruppa på visse område har annleis utfordringar enn andre faggrupper i sjukehusa. Tilhøva som blir skildra i dette avsnittet av rapporten er overraskande - og skuffande! - attkjennelege i høve til røynsler som turnuslege for meir enn 20 år sidan.

Arbeidstilsynet påpeikar i fyrste rekkje det store arbeidspresset for legegruppa, sjølv om dette også er gjennomgåande for mange helsearbeidarar i føretaka. Sjukehuslegar arbeidar no som før både lange og intensive arbeidsøkter, noko som delvis vert mogeleggjort grunna fritaket frå arbeidsmiljølovas krav om arbeids- og kviletid. I rapporten vert det hevda at det framleis er ein utbreidd kultur at "legene skal mestre alt, ha tid til alt, har ikke lov å gjøre feil og helst ikke ha behov for individuell tilrettelegging av noe slag". Dette kan m.a. gje seg uttrykk i lite rutinar eller praksis for debriefing (eller defusing) etter traumatiske eller vanskelige hendingar. Legane synest også å ha minst systematisk personaloppfølging i form av medarbeidersamtalar, deltaking i "ikkje-faglege" fora og medverknad i utforming av eige arbeidsmiljø, og dei får i mindre grad enn andre høveleg generell introduksjon som nyttilsett på ein arbeidsstad.

Det vert sagt i rapporten at legar identifiserar seg i liten grad med arbeidsmiljøarbeid, m.a. opplever dei ofte lite tilhøyrighet til verneområde eller verneombod - forståeleg nok ut frå alminneleg kjennskap til organisering av vernetenesta, då t.d. ein kirurg vanlegvis delar arbeidstida si mellom operasjonsavdeling, intensiv/postoperativ overvaking, poliklinikk(ar) og ein eller fleire sengepostar, som sannsynlegvis alle er separate verneområde. Når då i tillegg denne kirurgen kanskje har sin personlege kontor plass i enno ein annan fløy (verneområde...) på sjukehuset, bør vel ingen undrast over mangelfull tilhøyrighet?

Likevel må slike paradoks tas alvorleg, då legane sin manglande medverknad i det systematiske HMS-arbeidet også er eit problem for andre grupper som dei samhandlar med i den praktiske arbeidskvardagen - og i stor grad styrer den same kvardagen for. Pasientlogistikken i sjukehus kviler på at legane skal vurderer, avgjera, ordinere eller signere eitkvart, og sjølv i våre dagar går det mykje tid med til «å venta på legen», både for pasientar, pårørande og kollegaer. Legen på si side opplever stadig å bli avbroten i gjeremål og springa mellom oppgåver som overlappar i tid, styrt av «callingen» i lomma.

Heilskapsbiletet av sjukehuslegane som blir skildra i "God Vakt" er såleis at desse er "...arbeidstakere med stort faglig engasjement, som opplever å ha et meget meningsfullt arbeid, men som samtidig sliter med stort arbeidspress, krevende arbeidstidsordninger og et voldsomt ansvar." Rapporten konklude-

rar med at yngre legar ikkje synest å akseptere dette i same grad som før, og at sjukehusa difor må byrja å tenkja nytt innan arbeidsmiljø og HMS for legar. Reidar Tyssen peikar i sin oversynsartikkel (6) frå 2001 på mange av dei same tilhøva i legar sin arbeidssituasjon generelt. Han viser til ulike studier frå inn- og utland som tydar på høg førekomst av emosjonelt press, låg opplevd kontroll (autonomi) kombinert med høge krav, manglande sosial støtte i arbeidet, tidspress, avbrytingar og svevnmangel. Slike former for arbeidsstress synest å føra til psykiske plager, spesielt depresjon.

Var det betre før?

Truleg er svaret heller at mykje var annleis før. Utfordringar og faremoment i kvardagen til helsearbeidarane, i form av tidspress, arbeidsmengd, smitterisiko og tunge fysiske belastningar, var nok mykje større enn i dag. Mange "sto i det", andre makta det ikkje - og kanskje er det i ettertida fortalt mindre om desse...

Likevel er det truleg andre skilnader mellom før og no som trekkjer i positiv og helsefremmande lei, og kanskje gjev vel så store utslag? Slike faktorar kan m.a. vera ulike trekk i helsearbeidarar sitt sjølvbilet, deira autonomi, status, eigne (og andre sine) rolleforventningar, og det kan vera kompleksiteten i rollekrava. Såleis er det vel god grunn til å hevda at jamvekta mellom krav og kontroll er ein vesentleg nøkkel til å forstå jobbtrivsel, meistring, arbeidsmiljø og helse hos helsearbeidarar.

Referansar:

1. Arntzen KJ. Arbeidsmedisinske veiledninger: Eksponeringsfaktorer & Yrker: Helsearbeider. Norsk arbeidsmedisinsk forening, 2005 <http://www.nhi.no/amv/asp/document.asp?id=1012>
2. Arbeidstilsynet si nettside -> Om Arbeidstilsynet -> Kampanjer <http://www.arbeidstilsynet.no/index.html>
3. Utaaker E, Madshus AC, Flesjø M et al. Prosjektrapport "Rett Hjem". Kampanje i hjemmetjenesten 2002-2004. Bergen: Arbeidstilsynet; 2006. <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=40933>
4. Moland LE. Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene. Fafo-rapport 221, 1997.
5. Østhagen T, Haugsgjerd BF, Lund PH et al. Prosjektrapport "God Vakt". Arbeidsmiljø i sykehus. Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005. Bodø: Arbeidstilsynet; 2006. Rapport . Prosjektnr. 01119, saksnr. 2006/3594. <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=40667>
6. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 30, 2001; 121: 3527-32 http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PALTS_Vis_Seksjon?vp_SEKS_ID=460967

Røntgenstråler, sykehusarbeid og kreft - med appell

BENTE E. MOEN,
SEKSJON FOR ARBEIDSMEDISIN,
UNIVERSITETET I BERGEN
(BENTE.MOEN@ISF.UIB.NO)



Bakgrunn

På Haukeland universitetssykehus har man sterk mistanke om at en gruppe sykepleiere har fått kreft pga. røntgenstråleeksponering i arbeidet (1). Disse sykepleierne har bistått ved spesialprosedyrer som for eksempel hjerte-kateterisering og innlegging av pacemaker. Forskjellen på disse sykepleierne og de fleste andre som tar røntgenbilder, er at de ikke går ut av rommet når strålekilden brukes, da de har arbeidsoppgaver som gjør at de må bli værende der. Sykepleierne forteller om utilfredsstillende vernetiltak over mange år, med lange arbeidsdager nær et hyppig brukt gjennomlysningsapparat, med blyfrakker som ikke har dekket hele kroppen. De har i liten grad vært flinke til å bruke dosimeter, slik at målinger som er registrert hos Statens Strålevern ikke er pålitelige mht. deres eksponering, da de åpenbart vil vise for lav eksponering i forhold til virkeligheten.

Med dette som bakteppe, er det av interesse å studere aktuell litteratur som har med kreft og arbeid med røntgen på sykehus å gjøre, og her er derfor en kort oppsummering om temaet.

Kreft og røntgen generelt

Conrad Røntgens oppdagelse av røntgenstrålens evne til å gå gjennom menneskekroppen og vise skjelettet kom i 1885, og har gitt betydelige diagnostiske muligheter verden over (2). Dessverre oppdaget man raskt at strålingen også hadde bivirkninger. Røntgenstråler kategoriseres gjerne som "ioniserende stråling". Denne type stråling har evnen til å ionisere materialet som treffes, dvs. slå løs elektroner fra atomer og molekyler. På denne måten dannes ioner. Disse er reaktive og kan føre til kjemiske eller biokjemiske forandringer. Dette kan gi forskjellige typer skader og endringer i biologiske funksjoner som kan vise seg etter kort eller lengre tid. Røntgenstråler og stråling fra radioaktive stoffer er typiske eksempler på ioniserende stråling.

Bivirkningene fra denne type stråling kan være både raskt oppstående i form av hudendringer, hårtap og mageplager, og i form av hudkreft (3). Etter hvert ble man også klar over at strålingen kunne gi andre krefttyper, både relatert til arbeid og til atombombeekspløsjoner (Hiroshima og Nagasaki), og strålingen kan også gi grå stær (katarakt). Man beskriver disse

to forskjellige typene helseskader som deterministiske (tidlige effekter) eller stokastiske (sen-effekter) (4). Uttrykkene er ikke helt synonyme med tidlige eller sen-effekter, men brukes ofte slik. Uttrykket deterministisk har med det faktum å gjøre at disse effekter bestemmes av dosen. Får du en høy stråledose, kan du få en lett forbrenning. Dersom du får en høyere stråledose, får du en mer alvorlig forbrenning. Det eksisterer ikke en tilsvarende relasjon som vi kjenner til mellom dose og effekt for de sene effektene. Det er i dag ingen tvil om at man kan få kreft av ioniserende stråling, men det er diskusjon om hvor stor stråledosen må være for at dette skal kunne skje. I Norge har vi en overvåking av eksponerte arbeidstakere som er slik at dersom man bruker dosimeter, vil man få estimert eksponeringen, og få tilbakemelding fra Statens Strålevern dersom dosen er for høy.

Kreft og arbeid på røntgenavdelinger

Siden ansatte på ordinære røntgenavdelinger er dem som har blitt mest eksponert for røntgenstråling etter at slike av-

delinger startet, er det blitt utført grundige studier av radiologer.

Mest kjent er studier av dødelighet fra England, der man har fulgt opp fire grupper britiske radiologer, de som arbeidet før 1921 og de som arbeidet i 1921-34, 1935-54 og 1955-77. Materialet inneholder i alt 2698 mannlige radiologer. Dødeligheten for kreft var høyere i de tre første gruppene enn i befolkningen ellers, men i mindre grad for den siste gruppen. Dette er blitt tolket dit hen at man tror det skyldes bedre beskyttelse mot strålingen på arbeidsplassene. En vurdering av alle disse studiene konkluderer imidlertid med at studiene ikke har vært gode mht. eksponeringsvurdering, og at det er usikkert hvor mye som skal til for å utvikle en slik stråleforårsaket kreft (5).

Krefttypene som særlig beskrives er kreft i bukspyttkjertelen, lunge, leukemi og hud (6). En av de siste analysene av denne gruppen radiologer har vist at det også finnes en overhyppighet av lymfom (non-Hodgkin) (7).

En annen stor studie er fra USA, der 6500 radiologer er fulgt fra 1920 til 1969, hvor man i særlig grad har funnet overhyppighet av leukemier og hudkreft, samt at risikoen for kreft totalt sett synker med årene. Det er få kvinner i denne studien (8).

En tredje stor studie er fra Kina (9). Denne er annerledes, da man her har studert insidens (=antall nye tilfeller i tidsperioder) av kreft blant 27 011 arbeidstakere eksponert for røntgen, fulgt fra 1950 til 1995. Her er både menn og kvinner undersøkt.

Man har funnet økt risiko for kreft i denne gruppen sammenlignet med befolkningen ellers både for leukemi, hudkreft, brystkreft og skjoldbruskkjertelkreft.

Det er gjennomgående i alle disse tre studiene at man har indikasjoner på at kreftrisikoen synker og er liten på røntgenavdelingene i dag, da forebyggende arbeid har vært virksomt.

Det er utført en nyere dansk studie av ansatte i radioterapi avdeling som ikke viste sikre funn. Dette var en studie av 4151 ansatte i tiden 1954-1982, og det var relativt få (126) som hadde arbeidet helt fra 1954, da stråleeksponeringen sannsynligvis var høyere enn i dag. Det antas at de fleste i denne studien har arbeidet mens forebyggende tiltak har vært

rimelig gode og med lav stråledose (10).

Det er videre utført en studie av radiologi-teknikere fra USA, der man har vist økt risiko for leukemi (11). Det er litt uklart hvilke yrkesgrupper denne studien omfatter.

Annet sykehusarbeid der røntgen brukes

Som nevnt i innledningen, finnes arbeidssituasjoner der røntgen brukes som er annerledes enn ved standard fotografering. Forholdene kan være helt annerledes for spesialpersonell som utfører spesielle prosedyrer. Det finnes knapt – om noen – studier av kreft hos spesialpersonell som arbeider på denne måten med røntgenstråling. Dette skyldes nok at slike avdelinger er få, eller at det er få slike personer på en røntgenavdeling, og det er vanskelig å følge dem opp i større epidemiologiske studier.

Det som finnes, derimot, er noen få studier av eksponeringen for stråling av helsepersonell som utfører spesialundersøkelser som kan ha relevans. Det er for eksempel utført en sveitsisk studie av kirurger som utfører fluoroskopisk assistert perkutan vertebroplastikk (12). Videre finnes en studie av personell som utfører endoskopisk retrograd choleangiopancreatografi - ERCP (13). Her er også annet personell enn leger vurdert. Begge studiene har nøye målt eksponeringen under prosedyrene over lengre tid. Begge viser høy eksponering for røntgenstråler av personell som utfører prosedyrene, og er et varsku om at man bør ha ekstra god overvåkning av slike personer på sykehuse.

Appell

For bedriftshelsepersonell på sykehus: Undersøk prosedyrene rundt strålehygiene blant ansatte som holder på med spesialundersøkelser på sykehusene, og ikke minst: Sjekk om dosimeterene faktisk brukes. Det hjelper ikke å ha rutiner for overvåkning dersom dosimeterene ikke er plassert og brukt der de skal.

Referanser

1. Bergens Tidende. Røntgenmaskiner kan ha gitt kreft. 13.januar 2007.
2. Röntgen C. Über eine neue Art von Strahlen. Sitzungsberichte der Gesellschaft der Physic-Med. Zu Würtzburg 1895;132-141.
3. Doll R. Hazards of ionizing radiation: 100 years of observation on man. Br J Cancer 1995;72:1339-1349.
4. Schleipman AR. Occupational radiation exposure: Population studies. Radiological technology 2005;76:185-191.
5. Doll R. Mortality of British Radiologists: A lecture note. J Radiat Res 2005;46:123-129.
6. Smith PG, Doll R. Mortality from cancer and all causes among British radiologists. Br J Radiol 1981;84:187-194.
7. Berrington A, Darby SC, Weiss HA, Doll R. 100 years of observation on British radiologists: mortality from cancer and other causes 1987-1997. Brit J Radiol 2001;74:507-519.
8. Mantanoski Gm, Seltser R, Sartwell PE, Diamond EL, Elliott EA. The current mortality rates of radiologists and other physician specialists; specific causes of death. Am J Epidemiol 1975;100:199-201.
9. Wang JX, Zhang LA, Li BX, Zhao YC, Wang ZQ, Zhang JY, Aoyama T. Cancer incidence and risk estimation among medical x-ray workers in China, 1950-1995. Health Phys 2002;82:455-466.
10. Andersson M, Engholm G, Ennow K, Jessen KA, Storm HH. Cancer risk among staff at two radiotherapy departments in Denmark. Brit J Radiol 1991;64:455-60.
11. Linet MS, Freedman DM, Mohan AK, Doody MM, Ron E, Mabuchi K, Alexander BH, Sigurdson A, Hauptmann M. Incidence of haematopoietic malignancies in US radiologic technologists. Occ Environ Med 2005;62:861-867.
12. Harstall R, heini PF, Mini RL, Orler R. Radiation exposure to the surgeon during fluoroscopically assisted percutaneous vertebroplasty. Spine 2005;30:1893-1898.
13. Naidu LS, Singhal S, Preece DE, Vohrah A, Loft DE. Radiation exposure to personnel performing endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Postgrad Med J 2005;81:660-662.

Løsemiddelskader og administrativ norm

Under tittelen Arbeidsgruppe – løsemidler, i siste nr av Ramazzini, skriver Kristin Buhaug om det arbeidet som er satt i gang for å samordne utredningen av løsemiddelpasienter ved de arbeidsmedisinske avdelingene (1). Hun avslutter med å fortelle at noe arbeid gjenstår, men at "Foreløpig er vi enige om at kumulativ eksponering for organiske løsemidler i 10 år rundt administrativ norm gir liten risiko for falske negative, men sannsynlighet for en del – eller mange – falske positive diagnoser".

At utredningen av løsemiddelpasienter tas opp igjen, på bred basis, er prisverdig, så komplisert som dette arbeidet er. Det jeg finner å måtte reservere meg mot er henvisningen til administrativ norm. Så vidt jeg veit er ingen administrativ norm for løsemidler

satt ut fra risikoen for encefalopati og vi veit ingenting om relasjonen mellom den normbestemmende effekten (i de fleste tilfeller er det akutt slimhinneirritasjon) og risikoen for encefalopati. Administrativ norm er dermed irrelevant. En forstyrrende faktor, i tillegg, er at administrative normer gjelder for enkeltstoffer, mens så godt som samtlige pasienter har vært eksponert for blandinger av enkeltstoffer. Summeformelen som brukes for å regne seg fram til en norm i slike tilfeller er ikke gyldig for å anslå risiko for encefalopati. En av flere forutsetning for å bruke summeformelen er at normene for enkeltstoffene er satt ut fra samme effekt, noe som sjelden vil være tilfelle for de blandingene som er aktuelle. Dessuten har vi lite kunnskap om de aktuelle eksponeringsnivåene i norsk arbeidsliv de siste tiårene (2). Få målinger har vært yrkeshygienisk tilfresstillende (for få enkeltmålinger og for kort registreringstid i de fleste tilfellene) og de er sjelden tilfredsstillende

dokumentert. Det betyr at vi i knapt noen gang kan si noe bestemt om hvilke nivåer pasientene vår faktisk har vært utsatt for.

Henvisningen til administrativ norm gir arbeidet med å estimere risiko for encefalopati en falsk legitimitet og det kan føre til feilaktige konklusjoner. Det er, forresten, grunnen til at jeg mener begrepet "standardisert løsemiddelår" er uegnet i dette arbeidet.

Trondheim 4. januar 2007

Håkon Lasse Leira

Referanser

1. Buhaug K. Arbeidsgruppe – løsemidler. Ramazzini 2006;13:7.
2. Sivertsen I. Løsningsmiddel-eksponering i Norge. Rapport nr 2, 2003. Arbeidsmedisinsk avdeling, St Olavs Hospital, 7006 Trondheim (www.stolav.no/arbeidsmedisin, klikk på rapporter)

Løsemiddelskader og administrativ norm – svar til Håkon Lasse Leira

Jeg viser til Håkon Lasse Leiras innlegg der han kommenterer mitt innlegg i forrige utgave av Ramazzini. Han uttrykker seg kort og konsist, og jeg oppfatter at hans hovedanliggende er å "arrestere" bruken av administrativ norm i utredning av løsemiddelpasienter. Videre konkluderer han med at "begrepet "standardiserte løsemiddelår" er uegnet i dette arbeidet."

Begrepet har gjerne vært knyttet til utredningspraksis ved yrkesmedisinsk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus (HUS). Det synes derfor å være et behov for en nærmere beskrivelse av vår utredning av denne pasientgruppen. Først vil jeg imidlertid få presisere at jeg i forrige innlegg skrev som referent i arbeidsgruppa for løsemidler, og innholdet i dette referatet var en oppsummering av de ytringer som kom frem fra deltakerne i denne arbeidsgruppa. Dette innlegget skriver jeg på vegne av yrkesmedisinsk avdeling, HUS. Som Leira også nevner i sin kommentar, er utredning av løsemiddelpasienter et komplisert arbeid. Jeg finner det derfor riktig å gå litt i detalj i denne presentasjonen.

Bakgrunn

Mange av studiene som har vært brukt som dokumentasjon for løsemiddelbetinget kronisk toksisk encefalopati (KTE) har hatt metodiske svakheter. Bla har entydige og godt etterprøvbare kriterier for å karakterisere løsemiddelleksponering, symptomer og nevro psykologiske funn vært mangelfulle.

Triebig og Hallermann (1) gjorde en studie ved å innhente informasjon om praksis ved diagnostisering av kronisk encefalopati i flere europeiske land. I den sammenheng ble det

også spurt om hvilke eksponeringsnivå som ble lagt til grunn. Blant de land som svarte, krevde man "kronisk og omfattende eksponering."

"Kronisk" betydde: Langvarig eller permanent eksponering i minst 10 år i Belgia, Sveits, Tyskland, Sverige og Finland og mindre enn 10 år i Danmark (6 år) og Nederland (5 år).

"Omfattende" betydde: Over aktuelle grenseverdier i Belgia, Sveits, Tyskland, Danmark, Frankrike, Norge og Finland. Grenseverdier i flere av disse landene er høyere enn i Norge, men nivåene har blitt redusert med årene i flere land inkludert Norge.

Administrativ norm (ADN) som utgangspunkt for vurdering av nødvendig eksponeringsnivå

Yrkesmedisinsk avdeling sin bruk av begrepet ved beregning av eksponering bygger bl.a på opplysninger gitt foran. Grenseverdier er som nevnt høyere i mange andre land enn i Norge og var også høyere hos oss på 1970- og deler av 1980- tallet enn nå. Normene har først og fremst blitt redusert fordi det har vært teknisk mulig å overholde lavere nivå i Norge og ikke primært fordi det er vitenskapelig belegg for å si at en kan få løsemiddelskade ved lavere eksponeringer enn de tidligere normene. Reduksjonen i de administrative normene kan dermed ha ført til at sikkerhetsmarginen for hva som kan gi løsemiddelskade er større enn tidligere.

Vi bruker begrepet ADN fordi vi mener at

eksponeringsnivåer over og under dette området sier noe om reell risiko for å utvikle løsemiddelskade. Vi kunne for så vidt ha brukt andre begreper for å karakterisere eksponeringen, som f.eks "sikker", "sannsynlig", "mulig", "usikker", eller "ingen betydning" uten at vi kan se at dette representerer noe bedre eksponeringsmål.

Ved vår avdeling kategoriseres historisk eksponering i to eller tre konsentrasjonsområder avhengig av eksponeringsprofilen: under ADN, rundt ADN og over ADN. Dette bygger på arbeidshistorie, målinger og deskriptive opplysninger. Det kan enkelte ganger være vanskelig å kategorisere hvilket konsentrasjonsområde pasienten har vært utsatt for. For å ta høyde for denne usikkerheten, velger vi gjerne å kategorisere eksponering høyere enn det vi anser mest sannsynlig når vi er usikre på konsentrasjonsområdet ("worst case"). I praksis betyr dette at en del av eksponeringen som blir kategorisert rundt ADN, i virkeligheten ligger betydelig lavere. Det er også godt kjent fra litteraturen at usikkerhet mht eksponeringsgrad gir seg utslag i overestimering av eksponeringen (2,3).

"Standardiserte løsemiddelår" som eksponeringsmål

Kumulativ eksponering er ansett for å være et egnet eksponeringsmål for sammenheng mellom eksponering og sykdomsutfall. En mye brukt metode til å angi kumulativ eksponering er konsentrasjon x år. Denne metoden er mye brukt i artikler som omhandler KTE. Standardiserte løsemiddelår (LMÅ) er en eksponeringsindeks som har konsentrasjon x år som enhet.

Grunnlaget for bruken av "standardiserte løsemiddelår" ved Yrkesmedisinsk avdeling

Avdelingen gjorde en evaluering av egen praksis i 1996. Da gjennomgikk Kari Troland og Ann Helen Skorve med medarbeidere (4) alle pasientjournalene med løsemiddelutredning ved Yrkesmedisinsk avdeling i femårsperioden 1990- 1995. Det var 363 pasienter. I den enkelte pasientjournal var eksponeringsgrunnlaget godt beskrevet, men ikke kvantifisert på en standardisert måte. I forbindelse med den retrospektive undersøkelsen var en derfor ute etter en mer kvantifiserbar og reproduserbar metode for å karakterisere eksponeringen. Det var ikke minst viktig når en skulle gjennomgå materialet fra en forholdsvis heterogen gruppe mennesker. Den nevnte eksponeringsindeksen "standardiserte løsemiddelår", ble derfor introdusert og brukt for den enkelte pasient i journalmaterialet. Resultatet av studien viste at der diagnosen løsemiddelskade eller kronisk toksisk encefalopati var vurdert mest sannsynlig i journalen, hadde pasienten vært eksponert i gjennomsnitt 21,5 "standardiserte løsemiddelår". De som ikke hadde fått denne diagnosen var gjennomsnittlig eksponert 10,6 "standardiserte løsemiddelår".

Ved å sette grensen for videre utredning av pasienter med mistenkt KTE til ca 10 standardiserte LMÅ, har vi lagt oss på et nivå der vi anser at risikoen for å underkjenne reell løsemiddelskade er minimal med henblikk på eksponeringsvurderingen. Dette ut fra erfaringer fra andre land og egen gjennomgang av nevnte femårsmateriale.

Vi setter også pris på det engasjement som nå er i gang for å få frem ulike syn på løsemiddelutredningen i Norge. Vi håper derfor at Leira kan gi uttrykk for sitt syn på hvilke kriterier han legger til grunn for å konkludere med tilstrekkelig- og helst også ikke tilstrekkelig - løsemiddeleksponering for å utvikle løsemiddelskade.

Bergen 15.mars 2007
Kristin Buhaug

Referanser

1. Triebig G, Hallermann J. Survey of solvent related chronic encephalopathy as an occupational disease in European countries. *Occup Environ Med* 2001; 58: 575-581.
2. Cherrie JW, Schneider T. Validation of a new method for structured subjective assessment of past concentrations. *Ann. Occup. Hyg* 1999;43:235-245.
3. Tesche K, Olshan AF, Daniels JL, et al. Occupational exposure assessment in case-control studies: opportunities for improvement. *Occup Environ Med* 2002; 59:575-594.
4. Troland K, Thompson M, Bentsen T, Skorve AH. Solvent induced chronic toxic encephalopathy: A retrospective clinical study, (finnes kun i abstract) *JINS* 1997; 3: 226.

Historisk innspill - Hygiene er svært viktig i sykehus

BENTE E. MOEN,
SEKSJON FOR ARBEIDSMEDISIN,
UNIVERSITETET I BERGEN
(BENTE.MOEN@ISF.UIB.NO)



I utarbeidelsen av dette nummer av Ramazzini, viet helsepersonell, fikk redaktøren et presserende behov for å finne ut av "oppdagelsen" av barselfeberen. Dette har bare indirekte med arbeidsmiljøet å gjøre, men hører egentlig til vår barnelærdom, så derfor ble dette notatet til. Det kan jo hende det er flere som trenger en liten påminnelse?

Hvordan var det nå med denne barselfeberen og hygiene?

Vi må tilbake til attenhundretallet for å få klarhet i dette. Legen Ignaz Philipp Semmelweis hadde registrert at hyppighet av barseldød var høyere på fødeavdelingen hvor medisinske studenter ble undervist enn på tilsvarende avdeling hvor jordmødre stort sett arbeidet alene. Semmelweis, som da var assisterende professor ved en fødeklinikk i Wien, førte nøyaktig statistikk over barseldød samtidig som han forlangte at studentene skulle vaske hendene før hver undersøkelse. Da falt dødeligheten av barselfeber fra 18,3 prosent til 1,3 prosent. Men hans undersøkelser møtte sterk motstand og han mistet jobben. Senere er hans funn om håndvask et av de mest anerkjente tiltak for å forebygge infeksjoner.

Semmelweis

Vil du lese mer om Semmelweis, kan du for eksempel studere artikkelen til Lund PJ. Semmelweis - en varsler *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1776-9. Sammenbraget er som følger, men du kan finne hele artikkelen på tidsskriftets sider:

"Ved hjelp av observasjoner, statistisk analyse og vitenskapelige resonnementer fant den ungarske legen Ignaz Philipp Semmelweis (1818 - 65) årsaken til barselfeber og foreslo antiseptiske tiltak som profylakse. Hans kritikk av gjeldende prosedyrer ble oppfattet som provoserende, og han fikk lite gjennomslag for sine synspunkter. Hans frustrasjon over dette ble stadig større, og da hans hovedverk om barselfeber stort sett ble negativt mottatt, skrev han åpne brev til kjente obstetrikere og beskyldte dem for mord. Han utviklet en psykose, ble innlagt i sinnssykehus og døde der av sepsis under uklare omstendigheter. Semmelweis' rolle som systemkritiker og som offer for autoritetenes blindhet er beskrevet av flere. I artikkelen blir det understreket at det er viktig at alle systemer er åpne for varsling av kritikkverdige forhold."

Allergier hos helsepersonell

Intervju med overlege Erik Florvaag

KRISTIN BUHAUG, OVERLEGE VED YRKESMEDISINSK AVDELING, HUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS

Tenk deg at du er på hyttetur. Du er fritatt for oppvasken, men så kommer "oppvaskeren" ved et uhell så vidt borti deg med lateks-hanskene, og det resulterer i en kraftig allergisk reaksjon. Ambulansehelikopter blir rekvirert, for situasjonen er alvorlig. Det siste du husker er legen og medhjelperen som kommer styrtende til for å hjelpe deg iført full "mundur" inkludert latekshansker...

Redaksjonen har fått avtale om et intervju med Erik Florvaag; allergolog og lungespesialist, og vi møtes på kontoret hans ved Seksjon for Klinisk Spesialallergologi ved Haukeland Universitetssykehus (HUS), der han er leder.

Det gikk bra med den kvinnelige hytteturisten, selv om opplevelsen var dramatisk nok. Hun er ikke alene om å kunne fortelle at det ikke var spøk å havne på sykehus med lateksallergi, lenge før det eksisterte "latekstrygge sykehus." Det skal vi høre mer om etter hvert, bare nevne at denne pasienten hadde fått sin alvorlige lateksallergi godkjent som yrkessykdom etter eksponering i helsevesenet.

Men for å starte med det første først, Florvaag. Hva var de første allergiske problemene man så blant helsepersonell?

– I den tiden medikamenter ble blandet av sykepleiere på post, var det nok en del reaksjoner - både reell allergi og overfølsomhet - på antibiotika eller andre medikamenter. En annen årsak var formalin. Før innføring av engangsutstyr var formalin mye brukt i forbindelse med sterilisering av instrumenter. En kjenner til en rekke tilfeller av utviklet allergi mot dette stoffet på 60- og 70-tallet. Det har dessuten vært spekulert i om narkosegasser har medført allergi – men dette var nok snarere en toksisk påvirkning. Vi snakker om en periode da f.eks halotan ble tilført



Erik Florvaag er ikke bare interessert i allergi, men også i Sjøfartsmedisin. Her er han i lystig lag ved åpning av Sjøfartsmedisinsk senter i Bergen i 2005. Fra venstre: Vilhelm Koefoed, Sjøforsvaret; Tor Aasen, Yrkesmedisinsk avdeling i Bergen; Erik Florvaag og Leif Aanderud, Senter for hyperbar medisin i Bergen (Foto B.E.Moen).

i åpne system, og før man hadde fått kontroll på ulike vernetiltak som bl.a monterte avsgug. En periode da det var en helt annen bevissthet – eller retttere sagt mangel på bevissthet - rundt slike problemer.

Men tilbake til lateks, Florvaag. Hvordan startet egentlig oppmerksomheten rundt dette?

– Problemstillingen dukket opp på 80-tallet. Finland og Tyskland var mest "våkne" og dermed tidligst ute med å beskrive fenomenet. Selv fikk jeg min første befatning med dette i min jobb ved Lungeavdelingen på midten av 80-tallet. Flere sykepleiere ble henvist på grunn av anafylaktisk reaksjon på banan, kiwi eller avokado. De første ble testet ut med prikktest, funnet positive og fikk streng beskjed om å unngå inntak av den eller de fødevarerne de reagerte på. Dette var beskjeden til de første 5 -10 pasientene, før man ble kjent med fenomenet kryssallergi. Da var vi kommet til ca 1985. Det begynte å komme artikler om at lateksallergikere kunne utvikle kryssallergi mot bla de nevnte fruktene. Imidlertid var situasjonen utfor-

drende da det ikke fantes gode ekstrakter å teste med på lateks. De fantes å få kjøpt, men var lite standardiserte og av usikker biologisk styrke.

Hva tester man på, når man tester?

– Hanskene som ble brukt i helsevesenet på denne tiden (for eksempel type "triflex") var billige og hadde et høyt innhold av plante proteiner; vi snakker faktisk om 30 til 40 ulike proteiner. Et ekstrakt måtte derfor omfatte disse proteinene. Vi fant en god løsning på problemet – syns vi selv i alle fall: 7 gram lateks pulverhanske ble lagt i 25 ml natriumklorid i ett døgn i romtemperatur. Supernatanten som ble dannet viste seg å være et veldig potent ekstrakt for allergitestning. Dette "husets eget latekseksktrakt" ble så lagt rett på huden når vi gjorde prikktest.

Vi spør hva man hadde funnet ut om problemstillingen ute i verden på denne tiden?

Florvaag forteller at det kom flere studier på 80-tallet som viste en forekomst av lateksallergi på opptil 17-20% hos ulike typer helsepersonell og man antok at ca. 1 % av befolkningen var IgE sensibilisert mot la-

teksproteiner. Selv deltok han i prosjektgruppen som gjennomførte en større undersøkelse ved HUS i perioden 1997 – 2001. Alle ansatte ved sykehuset mottok et spørreskjema som omhandlet lateksallergi. 4000 svarte på undersøkelsen (80 %), og av disse svarte ca 900 (24 %) at de mente å reagere allergisk på lateks.

– Dette fikk viktige konsekvenser for sykehuset. Vi skrev en rapport til administrerende direktør, og denne medførte at sykehuset vedtok et forbud mot pudrede lateks-hansker. Samtidig la man en strategi for at HUS skulle bli et "latekstrygt sykehus".

Før du forteller mer om dette Florvaag, hva var det med latekshanskene som var så farlig?

– Det var særlig to ting: For det første; at det var pudrede hansker. Ved bruk vil pudde-ret som frigis til luften bringe med seg lateksproteiner som så kan komme i kontakt med slimhinner og luftveier hvor de forårsaker sensibilisering. For det andre; de lateks-hanskene som var i bruk i denne perioden var av mindre bra kvalitet og hadde et særlig høyt innhold av planteproteiner; altså svært mange potensielle allergener.

HUS ble det første offisielle latekstrygge sykehuset i landet. Det var særlig to forhold som måtte rettes på når det gjaldt de hanskene som var i bruk. Man måtte slutte med pudrede hansker, og man måtte velge annet hanskemateriale. Primært skiftet man til vinyllhansker, men der det er nødvendig av hensyn til arbeidets art benyttes fortsatt lateks. Da bruker man imidlertid høykvalitets-hansker, dvs hansker med lite rester av planteproteiner og uten pudder.

Innkjøpsavdelingen har bygget opp en stor kompetanse på dette området- også når det gjelder annet utstyr, selvsagt. Det var jo ikke bare hansker som var lateksholdige! Vi snakker om katetere, slanger, blodtryksmansjetter, sprøytestempel, med mer. *Her avbryter Florvaag seg selv, og må fortelle om en pasient som kom inn med anafylaktisk reaksjon, og så skjønte man ikke først hvorfor behandlingen ikke hadde effekt. Pasienten fikk injisert adrenalin – så var det bare det at sprøytestempelet var gummiholdig...*

– Som ledd i "latekstrygt sykehus" ble det bestemt at alle medisinske produkter som ble innkjøpt skulle være lateksfri så sant det er mulig. Dersom det er nødvendig å bruke lateksholdige produkter, skal disse være deklarerert. Det vil si at det skal fremgå av produktinformasjonen om de inneholder lateks eller ikke.

Ellers innebærer "latekstrygt sykehus" at det nå er etablert rutiner for å ta imot pasienter med lateksallergi. Disse skal nå trygt kunne utredes og opereres dersom det er aktuelt.

Men tilbake til de ca 900 personene som hadde svart positivt på spørreundersøkelsen. Hva skjedde videre?

– Alle ble invitert til å delta i en klinisk undersøkelse, der man gjorde prikktest og lappetest og målte IgE antistoffer i serum. Resultatet var overraskende: < 1 % hadde IgE-mediert lateksallergi (pos prikktest og/eller pos blodprøve). < 1 % hadde allergisk kontakteksem (pos lappetest) mot standardpanel av gummitilsettingskjemikalier.

Dette er jo svært lave tall sammenliknet med studiene fra utlandet som rapporterte opp mot 20 %?

– Ja, det fikk vi jo høre også! Andre forskere reiste spørsmål ved metodene vi brukte, og mente at ekstraktene vi brukte ikke var sensitive nok. Men vi testet både med eget ekstrakt, og med tilgjengelig kommersielt – som nå var blitt bedre – og det var rimelig godt samsvar mellom resultatene.

Det kan godt tenkes forekomsten er høyere innen visse risikogrupper, f.eks hos anestesipersonell, og operasjonspersonell. Vår undersøkelse omfatter jo alle arbeidstakergrupper på sykehuset. Studien er imidlertid ikke avsluttet. Vi har hatt en oppfølging etter 2 år (2004) og planlegger en ny nå når det har gått 5 år.

Men hva er forklaringen på at så mange mente de hadde allergi?

– Her har det nok dreid seg om irriterende håndeksem utløst av en kombinasjon av fuktig arbeid og mye hanskebruk. I tillegg kan nok den økede oppmerksomheten omkring lateks som helseproblem i helsevesenet ha vært en faktor.

Hva har skjedd med de pasientene (som samtidig er helsepersonell) som hadde en reell lateksallergi?

– Den første pasientgruppen slet veldig med forståelse innad i sitt miljø; både fra kolleger og ledere, og fikk lite hjelp da de ble syke. Pasientene hadde ulike plager: konjunktivitt, rhinitt, kontakturticaria, astma, allergisk oralt syndrom, anafylaksi.

De aller dårligste pasientene ble uføretrygdet, og stod overfor en stor utfordring ved å skulle sanere hjemmemiljøet. Lateks fins "overalt". Florvaag nevner i fleng; tepper, madrasser, håndtak, bilinnredning, klær. I tillegg til lateksholdige produkter, anbefales at man unngår de nevnte fødevarer man

har utviklet kryssallergi mot.

Han forteller at situasjonen i dag er slik at du fint kan arbeide i sykehus som lateksallergiker. Svært mange avdelinger er helt uten lateksholdige produkter. Selv for allergiske kirurger, er det håp: Det går fint an å bruke bomullshansker under latekshanskene og det er på markedet lateksfrie operasjonshansker av stadig bedre kvalitet og brukervenlighet. Faktisk forteller han at mange allergikere opplever seg mindre plaget på jobb nå, enn ute i samfunnet ellers.

En stund støtte disse pasientene på enda en utfordring: De måtte kjempe mot trygeetaten for å kunne bli værende i jobben sin! Holdningen var nemlig den at "har du fått lateksallergi, så må du ut!" Florvaag har selv skrevet flere erklæringer for sykehusansatte, for å informere om at det er medisinsk forsvarlig at de fortsetter i jobben sin fordi den er latekstrygget. Nå ser han ikke så mange helsearbeidere med slik allergi lenger, selv om inntrykket er at det fortsatt brukes mye pudrede latekshansker utenfor sykehus; ved legekontorer og enkelte offentlige institusjoner. Det er en praksis han karakteriserer som "klart uforsvarlig." På tide for noen og enhver å ta en ekstra kikk på kontoret?

Vi avslutter intervjuet med å spørre om allergologen ser noen potensielt nye allergener for oss helsearbeidere?

– Sånn umiddelbart ser han ikke det nå, i alle fall ikke av en slik utfordring som lateksallergi utgjorde. Men, det kommer stadig nye produkter og kjemiske substanser på markedet og det er ved allergi nødvendig med kontakt med allergener over tid, dvs. eksponering, før det opptrer sensibilisering og klinisk allergisk sykdom. Så hvem vet slik sett hva fremtiden vil by på av yrkesallergologiske overraskelser og utfordringer?

Dessuten er det blant helsearbeidere, som i befolkningen ellers, en tilsynelatende økning av subjektiv overfølsomhet. Det vil si at mennesker mener seg overfølsomme mot ting i omgivelsene, uten at vi med dagens kunnskap og metoder sikkert kan dokumentere årsakssammenheng eller sykdomsmekanisme. Et eksempel kan være "sykt hus" -problematikken, andre er overfølsomhet overfor lukter, stråling og kjemikalier. Dette er i dag ressurskrevende utfordringer som nok ytterligere vil kreve mer av både bedriftshelsetjeneste, arbeidsmedisiner og yrkesallergolog i årene som kommer, tror han.

Lag bedriftshelsetjenestennettverk for helseforetakene!



ARVE LIE,
FAGSEKRETARIATET FOR
BEDRIFTSHELSETJENESTEN,
STATENS ARBEIDSMILJØINSTITUTT

Arbeidstilsynets kartlegging av arbeidsmiljøet på norske sykehus viser et stort forbedringspotensial. Til nå har helseforetakene vært lite villige til å satse på bedriftshelsetjenesten (BHT) som virkemiddel til å bedre forholdene. Ved å organisere BHT-nettverk rundt helseforetakene med støtte fra de arbeidsmedisinske avdelingene kunne mye blitt bedre enn i dag.

Arbeidsmiljø i sykehus

I 2006 kom Arbeidstilsynets rapport fra God Vakt prosjektet. Rapporten forteller at alt er ikke såre vel på sykehusene (1). Om lag en av fire av de ansatte har helseplager som de mener skyldes arbeidsforholdene, og halvparten av sykepleierne og to tredjedeler av legene har ikke fått nødvendig opplæring i helse-miljø- og sikkerhet (HMS) i forhold til egne arbeidsoppgaver. Over halvparten mener at arbeidstempoen er økt de siste par årene og nesten 60 % svarer "nei" eller "vet ikke" på spørsmålet om de regner med å holde ut til pensjonsalder. Sykefraværet er høyt, oppunder ti prosent, og økende, og en god del av det skyldes i arbeidsforholdene, i følge Arbeidstilsynet. Verneombudene har ikke rammevilkår for å gjøre jobben sin skikkelig og det samme gjelder førstelinje ledere. Men oppgavene de ansatte har oppleves som interessante og utviklende. Det veier, heldigvis, opp en del.

Arbeidstilsynet hevder i sin rapport at det systematiske HMS-arbeidet ikke er tilstrekkelig prioritert, mangler status, respekt og anerkjennelse ikke som nyttig styringsverktøy i sykehusenes endringsarbeid (1).

Det er lite lystelig lesning med den store oppmerksomheten som for tiden er rettet mot sykefravær og inkluderende arbeidsliv. Her er utvilsomt mange forhold å ta tak i. Myndighetene har her en gyllen anledning til å gå foran og vise at HMS og inkluderende arbeidsliv (IA) er to sider av samme sak som prioriteres høyt innen offentlig virksomhet. Her burde det være nok av oppgaver å ta fatt på for helseforetakene og gjerne i samarbeid med en god bedriftshelsetjeneste, selv om sykehusene altså ikke plikter å ha BHT.

Organiser nettverk for bedriftshelsetjenesten på sykehusene.

Jeg har tidligere tatt til orde for å lage BHT-nettverk for helseforetakene (2). God Vakt-rapporten viser at det er mye å ta tak i. Dagens situasjon for BHT på sykehusene ser ut til å være lite ressurser og mange arbeidsoppgaver innen

HMS-området. Siden sykehusene ikke plikter å ha en BHT, er BHT gjerne salderingsobjekter i dårlige tider. BHT på sykehuset i Tromsø (UNN) er for eksempel nylig blitt nedlagt. Sykehusenes vanskelige økonomiske situasjon er vel allment kjent. I forbindelse med innsparringstiltak innen offentlig virksomhet ellers brukes gjerne kreative modeller som å inkludere BHT-personellet i personalavdelingen med noen HMS-oppgaver på si. Dette er, etter min vurdering, en dårlig organisasjonsform som ikke bidrar til BHTs frie og uavhengige stilling.

Mange av problemstillingene vi i Fagsekretariatet får spørsmål om når det gjelder BHT og sykehus, handler om oppbygging av rutiner, prosedyrer og kvalitetsutvikling. Inntrykket er at hver BHT skal bidra til egne rutiner, enten det er vaksinasjonspolicy, håndtering av personer som har stukket seg på sprøytespisser eller andre forhold. Det finnes et visst samarbeid mellom BHT på noen av sykehusene, men jeg tror likevel at mye kunne vært bedret ved at dette ble satt mer i system.

I dag sitter mange i bedriftshelsetjenesten som en eller noen få fagpersoner som skal dekke det meste uten å ha andre å rådføre seg med enn dem man har klart å lage sitt eget uformelle nettverk med. Mange gir opp og går over i både bedre betalte og mer utfordrende stillinger både innenfor og utenfor BHT. Dette bidrar til høy turnover som neppe er særlig utviklende eller lønnsomt for verken BHT eller kundene deres. Jeg er blitt fortalt at noen har forsøkt å ta dette opp, men blitt møtt med liten interesse av eget helseforetak.

Forslag til modell

Jeg har tidligere antydnet at hvert helseforetak kunne lage et eget BHT-nettverk med oppgaver bl.a. å lage felles prosedyrer og felles kvalitets-system. Med dagens muligheter med webteknologi kunne dette ganske enkelt la seg gjøre, og man kunne gi hvert helseforetak tilgang til et bredt spekter av fagpersoner som gjerne kunne sittede desentralt, men som kunne hatt et formalisert samarbeid. Man kunne dessuten kanskje brukt noen av de ressursene som finnes ved de arbeidsmedisinske avdelingene i dag som faglig støtte på spesielle problemstillinger. Da kunne hvert sykehus hatt tilgang på ekspertise innen felter som arbeidsmedisin, ergonomi, smittevern, organisatorisk arbeidsmiljø og yrkeshygiene. En viss opprusting av de arbeidsmedisinske avdelingene hadde nok vært nødvendig, men den totale ressursbruken trenger ikke nødvendigvis bli veldig mye større enn i dag. Via dette nettverkssamarbeidet burde det være muligheter for betydelig effektivisering innen hvert helseforetak. På landsbasis kunne man, hvis man ville, hatt en sentral nettverksoverbygning.

Man kunne fått gjort langt mer enn det man

gjør i dag. At behovet er der, er utvilsomt. BHT kan gjøre en viktig jobb, noe som et prosjekt fra Rikshospitalet er et eksempel på (3). Dessuten tyder mye på at en god BHT er lønnsomt for helseforetakene, i hvert fall hvis man skal tro erfaringer fra andre bransjer (4-6). God Vakt-rapporten viser at forbedringspotensialet er stort når det gjelder HMS på sykehusene.

Det finnes dessuten faglig hjelp å få internasjonalt. "International Commission on Occupational Health" (ICOH) er et internasjonalt nettverk hvor bl.a. "Occupational Health for Health Care Workers" inngår, med Internett link: <http://www.arbmed.uni-wuppertal.de/icoh-sc-hcw/>

Ved å knytte et regionalt eller nasjonalt BHT sykehusnettverk til et slikt kompetansenettverk kunne man følge med på, men også bidra til det internasjonale fagmiljøet som driver med HMS innen helsesektoren. Det kunne vært et kjempe-løft for BHT/HMS på sykehusene. Trolig ville dette gjort BHT på sykehusene til en mer attraktiv arbeidsplass enn i dag.

Obligatorisk BHT for helseforetakene?

God Vakt-rapporten ikke skriver noe om BHT som virkemiddel til et bedre arbeidsmiljø. Jeg har lett etter hva Arbeidstilsynet mener kunne være BHTs rolle, men selv om det er mange flinke folk bak rapporten er ikke ordet "bedriftshelsetjeneste" nevnt en eneste gang. Det er egentlig litt pussig tatt i betraktning at mange av sykehusene allerede har BHT på frivillig grunnlag. Forslaget om obligatorisk BHT for helse-tjenesten i Norge har vært reist tidligere. Arbeidstilsynet har nå en gyllen mulighet til å gjøre noe med dette gjennom den revisjonen av bransjeforskriften som nå skal finne sted.

Referanser

1. Østhaugen T, Haugsgjerd BF, Lund PH, Wannag A, Storseth M, Brakstad MH, et al. Prosjektrapport "God Vakt". Arbeidsmiljø i sykehus. Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005. Bodø: Arbeidstilsynet Rapport, Prosjektnr. 01119, saksnr. 2006/3594.
2. Lie A. Lag nettverk for bedriftshelsetjenesten på sykehusene. Arbeidsmiljø 2006;(2):32.
3. Sanne L, Steen Peersen V. Refleksjoner etter en omfattende arbeidsmiljøkartlegging ved sykehusavdeling. Ramazzini, Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin 2003;10(3).
4. Norges offentlige utredninger. Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle. Rapport 1992, No. 20.
5. Lie A. BHT lønner seg. Ramazzini 2004;(3):11.6. Johnsson J, Lugn A, Rexed B. Långtidsfrisk. Så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet. Lund, Sverige: Ekerlids förlag; 2003.

Redaksjonen vil fra nå av forsøke å samle 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/>).

91. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening 4. desember 2006 i Oslo

- Diskusjon om HODs utspill om arbeidsmedisinen i Norge: Lederen og sekretæren hadde deltatt på møte med Anders Smith i Sosial- og helsedirektoratet sammen med Unni G. Abusdal fra NHO og Bjørn Erikson fra LO. Lederen orienterte fra møtet, og han hadde også laget en skriftlig oppsummering som er vedlagt referatet.
- Hvordan bli synlige i media: Styret mener det er viktig at arbeidsmedisinen blir mer synlig i media. Marit Skogstad kunne vise til et oppslag i Dagens Medisin om støy, og hun mente at media var interessert i denne typen informasjon. Niels Kirkhus og Inger Lise Fjellanger hadde skrevet et innlegg om bedriftshelsetjenestens rolle i sykefravær som skal oversendes Tidsskriftet. Styret besluttet videre å nedsette en mediagruppe som skal komme med saker til media 3-4 ganger i året og prøve å få saker inn i NRK-programmet Puls en gang i året. Kristian Vetlesen kontaktes aktuelle kandidater.
- Namfs lover - endringer i forhold til ny fagmedisinsk forening: I forbindelse med opprettingen av fagmedisinske foreninger i Legeforeningen må Namf endre lovene sine. Sekretariatet utarbeider forslag til nye lover til neste styremøte.
- Svalbardkurset 2007: Per 4.12.06 var det 20 påmeldte til Svalbardkurset. Styret besluttet at deltakerne skal faktureres for hele beløpet med betalingsfrist 15.12.06. Kurset avlyses ved for få påmeldte i forhold til budsjett.
- Kurs i trafikkmedisin februar 2007: En gruppe arbeidsmedisinere planlegger et kurs i trafikkmedisin og ønsker et samarbeid med Namf. Namf mente dette var et viktig initiativ og vil støtte kurset, men kan ikke garantere for et eventuelt underskudd.
- Fagmedisinske foreninger: 1.1.2007 er den fagmedisinske forening i arbeidsmedisin formelt opprettet. Fagutvalget fungerer som interimsstyre frem til valg i mai 2007. Lederen og sekretæren møter med interimsstyret 12. januar 2007 kl. 12.15.
- Kvalitetssikring av BHT: Niels Kirkhus, Arne Morterud og Inger Lise Fjellanger orienterte fra det første møtet med gruppen som skal vurdere kvalitetssikring av BHT. Målet er at vurderingen skal være klar 1.6.2007.
- Kristian Vetlesen refererte fra et møte på Stami om rekruttering til arbeidsmedisin der alle arbeidsmedisinere i Østfold, Oslo og Akershus var inviterte.

92. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening 7. februar 2007 i Oslo.

- Utkast til nye lover for Namf: I forbindelse med opprettelsen av egen fagmedisinsk forening i arbeidsmedisin var det behov for å endre Namfs lover. Det forelå utkast til nye lover for Namf. Styret besluttet å legge forslaget fram for generalforsamlingen.
- Forslag på kandidater til vårens valg på president og sentralstyre i Dnlf: Styret foreslår Gunnar Skipenes som medlem av sentralstyret.
- Landsstyresak - Forslag om endringer i Legeforeningens lover. Frist 25. mars. Styret sluttet seg til forslagene til lovendringer.
- Landsstyresak - Forslag til nytt Prinsipp- og arbeidsprogram 2008-2009. Frist 25. mars. Namf har forslag til kapitlene 2 og 4: 2. Inntekts- og arbeidsforhold. Strekpunkt 6 tillegges et siste ledd om legers helse: - arbeidstidsordninger i sykehus som ivaretar krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og legers helse. 4. Forebyggende og helsefremmende arbeid Overskriften inneholder også et ledd om helsefremmende arbeid, mens ingen av strekpunktene har dette med. Namf forslår derfor nytt strekpunkt: - styrke innsatsen for helsefremmende og inkluderende arbeidsplasser
- Mediautvalg: Mediautvalget består av Kristian Vetlesen, Lena Gran og Haakon Lasse Leira. Tore Tynes er konsultativt medlem. Hensikten med utvalget er å gjøre arbeidsmedisinen med synlig i media. Vetlesen redegjorde for utvalgets planer.
- Rekruttering til arbeidsmedisin: Det ble holdt et medlemsmøte for Østfold, Akershus og Oslo på Stami før jul. Styret mener studentene bør ha kontakt med bedriftshelsetjenesten når studentene er ute i praksis i kommunehelsetjenesten. Institutt for allmennmedisin i Oslo organiserer praksisen for studentene i allmennpraksis. Styret vil ta kontakt med instituttet for å undersøke mulighetene for å delta på et av møtene for praksislærerne. Styret vil oppfordre de fylkestillsvalgte til lage et opplegg slik at turnuslegene får besøke en bedriftshelsetjeneste med lege (fortrinnsvis spesialist) i sitt fylke. Styret utarbeider et opplegg som de fylkestillsvalgte kan bruke overfor kommunelegene i sitt fylke. Styret vedtok å skrive brev til Legeforeningen for å be Legeforeningen bidra til at turnuslegene kan få besøk i bedriftshelsetjenesten mens de er kommunehelsetjenesten. Styret vil oppfordre Kristin Hovland til å arbeide videre med denne saken.
- Policydokument om sykefravær: Legeforeningen utarbeider et policydokument om sykefravær. Inger Lise Fjellanger utarbeider forslag til innspill fra Namf.

Fagkonferanse for tillitsvalgte i Norsk arbeidsmedisinsk forening, Soria Moria 8. og 9. februar 2007

Vel tretti iherdige arbeidsmedisinere møttes til den årlige fagkonferanse for tillitsvalgte på Soria Moria. Redaktøren av Ramazzini var invitert, og møtte opp med ørene åpne, for her skulle spennende ting skje!

Bedriftshelsetjenesten (BHT) i Norge - referansegruppe

Første dag fikk vi høre hvordan vårt medlem Torstein Seip Johnsen har opplevd å sitte i referansegruppe for videre vurdering av bedriftshelsetjenesten i Norge. Hans fremstilling var både ustyrtelig morsom og ustyrtelig sjokkerende! Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) har satt ned en liten prosjektgruppe som skal gi en vurdering av bedriftshelsetjenesten i fremtiden; bedriftshelsetjenestens rolle, bransjeforskriften, behov for kvalitetskrav og økonomiske og administrative konsekvenser av BHT. Prosjektet startet sommeren 2006, og skal ha ferdig teksten 1. september 2007. I prosjektgruppen er AID representert. Arbeidstilsynet har vært med, men av meget uklare grunner er de ikke lenger der. Det ryktes om at de har blitt kastet ut av gruppen eller at de har trukket seg fordi de ikke ble hørt på. Ingen av disse alternativene er særlig gode, spør du meg. Og sannheten vet vi ikke.

Det er laget en referansegruppe, der vår kollega Torstein sitter. Denne har en rekke medlemmer, slik som LO, YS, NHO, Unio, NAVO, HSH, KS, Akademikerne, BHT-sekretariatet, Geir Riise og NAV. Arbeidstilsynet hadde visst flyttet til denne gruppen etter at de gikk ut av prosjektgruppen. Referansegruppen hadde ingen kontakt med prosjektgruppen fra juni til oktober 2006, da hadde de et møte uten diskusjon. Og siden har de visst hatt et møte til, denne gang med litt diskusjon. Torstein kunne for eksempel fortelle at prosjektgruppen hadde gitt uttrykk for at vi ikke lenger trenger bedriftsleger, da disse kun tar blodprøver og gjør helsekontroller, og dette behøver vi ikke lenger. Vi forsto da at veien fram er lang fra denne prosjektgruppen til det virkelige liv. Hva skal vi gjøre???? Diskusjonen videre var særdeles engasjert, og noen sitater gjengis:

Hill Øien (Nordland): Arbeidslivssente-



Det var en stor jobb å styre diskusjonen på fagkonferansen som hadde mange engasjerte mennesker i salen. Dette ble gjort av Niels E. Kirkhus og Inger Lise Fjellanger fra styret.

rene er et problem. De er gratis og kan gjøre flere av oppgavene til bedriftshelsetjenesten, men har lite kompetanse.

Knut Andersen (Vestfold): Er vi tydelige nok? Jeg har opplevd BHT-tilbud i form av "Bli ny" og "aromaterapi". Dette er JUKS, og vi burde som forening ta tydeligere avstand enn vi gjør.

Arve Lie (BHT-sekretariat): Alle partier unntatt Fremskrittspartiet ønsket BHT for alle og kvalitetessikring ved forrig korsvei.

Unni Abusdal (NHO): BHT må bli mer synlig og vi må være enige i hva vi mener!

Bjørn Erikson (LO): Det hele oppleves som en mur av motstand. BHT har for mange "eiere", med ansvar i flere departementer. Ressurser til forebygging sloss mot ressurser til behandling. Kampen om ressurser veksler mellom voldtekt og forføring. BHT har en altfor svak rolle i IA.

Gunnar Skipenes (Troms): Prosjektgruppen er virkelig som bukken og havreseken! Vi må gi AID en klar forståelse av hva BHT er og gjør.

Knut Skyberg (Institusjonsutvalget): Hva har gått feil? Vi har skrevet rapport etter rapport om BHT gjennom årene uten virkning. Jeg er redd bransjeforskriften

fjernes helt.

Steinar Berge (Vest-Agder): Man må forstå at BHT gjør andre ting enn å ivareta kjemisk helsefare. Mobbing er for eksempel en arena der vi har stor betydning, like så med IA og tilbakeføring i jobb. Dagens arbeidsmiljøproblemer gjelder absolutt alle bedrifter!!

Arbeidsmedisinske avdelinger

Bjørn Eriksson fra LO holdt et interessant og viktig innlegg om våre arbeidsmedisinske avdelinger. Det var særdeles støttende for virksomheten på disse avdelingene, med fokus både på deres oppgaver i form av forebyggende arbeid og ved å hjelpe de som rammes. I dag arbeider avdelingene altfor mye med pasientutredninger, og får i liten grad utført sin virksomhet som en ressurs innen forebygging innen sin region.

Alle arbeidsmedisinere i salen var taknemlige for de konstruktive tankene som ble lagt fram.

Men hva mener Legeförening-en?

På konferansens annen dag kom President Torunn Janbu på besøk. Fantastisk! Vi satt

som tente lys for å høre hva hun hadde å si om legeforeningens satsning mht. BHT. Hun la fram mange interessante ting, deriblant fem punkter som Den norske lægeforening vil gjøre:

- Den vil styrke de arbeidsmedisinske avdelingene
- Den vil arbeide for å rekruttere nye bedriftsleger
- Den vil videreutvikle bruk av BHT innen IA-systemet
- Den vil ha en godkjenningsordning for BHT
- Den vil gi arbeidsmedisinere opplæring i forhandlingsteknikk

Dette var vel og bra, men det viktigste for de fremmøtte (oppildnet av diskusjonen dagen før) var egentlig svaret på spørsmålet: Vil Legeforeningen gå inn for BHT for alle? Svaret på dette var et "Nei". Presidenten mente det ikke lar seg gjøre da det ikke er fagfolk nok. Så da ble alle litt deprimerede, for vi forstår dessuten at Legeforeningen er noe sterkere enn NAMF. Styret har en jobb å gjøre med denne saken!!



LO møte med Bjørn Eriksson og Wenche Thommessen. De viste seg som gode støttespillere for arbeidsmedisinens virksomhet.



Om kvelden fikk vi middag. her en liten, men intens gruppe: Fra venstre: Jan Schmitz, Jørund Resell, Tone Eriksen, Peter Nygaard og Hill Øien.