

# RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin



TEMA

## Arbeidsmedisinerens hverdag

ÅRGANG 27 - 2020 / NR.4



# RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids-  
- og miljømedisin

ÅRGANG 27 - 2020 / NR. 4

Utgitt av Norsk arbeidsmedisinsk forening

Legenes Hus, Akersgaten 2

Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

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

## Innhold

Leder. <i>Av Signe Lohmann-Lafrenz</i>	4
Min hverdag. <i>Av Carl Fredrik Fagernæs</i>	6
Egenomsorg, jobb-hjem balanse og korona. <i>Av Karin Isaksson</i>	8
Nye arbeidsmåter for arbeidsmedisinere. <i>Av Kristin H. Hovland</i>	11
Min hverdag. <i>Av Rubia Malik</i>	13
Risikovurdering av arbeidsforhold - hva med deg selv? <i>Av Signe Lohmann-Lafrenz</i>	15
Vil du som bedriftslege bidra til en europeisk undersøkelse om arbeidsrelaterte sykdommer? <i>Av Yogindra Samant</i>	18
En medisinstudents hverdag med koronatesting. <i>Av Thobias Møller Opdahl</i>	19
Ramazzinis termometer. <i>Av Anniken Sandvik.</i>	21
Ørneblikk 4/2020 - betraktninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja. <i>Av Ørn</i>	23
Styret spalte. <i>Av Kjersti Oddvarsdatter Sæther</i>	26

## Redaksjonskomiteen

### Anniken Sandvik (redaktør)

Seksjon for Miljø- og  
Arbeidsmedisin, OUS  
Postboks 4950 Nydalen  
0424 Oslo  
Tlf. 22 11 79 35  
anniks@ous-hf.no

### Signe Lohmann-Lafrenz

St Olavs Hospital HF  
Postboks 3250 Torgarden  
7006 Trondheim  
Tlf 72 57 13 13  
signe.lohmann-lafrenz@stolav.no

### Ole Jacob Møllerløkken

Arbeids- og miljømedisin, UIB  
Postboks 7800  
5020 Bergen  
Tlf. 55 58 60 01  
ole.mollerlokken@uib.no

### Anje C Höper

Arbeidshelse i nord  
Institutt for Samfunnsmedisin  
UiT Norges arktiske universitet  
Postboks 6050 Langnes  
9037 Tromsø  
Tlf 77 64 43 42

### Foreningsadresse

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

### Foreningssekretariat

Espen Slettmyr  
espen.slettmyr@legeforeningen.no  
Tlf. 23 10 90 00

Inger Marie Daffinrud  
inger.marie.daffinrud@legeforeningen.no  
Tlf. 23 10 90 00 - Faks 23 10 91 00

## Forsidebilde

Dykker på hjemmekontor i akvariet. Foto: Signe Lohmann-Lafrenz





# Redaktør

Anniken Sandvik

**M**ed dette nummeret ønsker vi Anje Höper velkommen som nytt medlem i redaksjonskomitéen. Tusen takk til Kristin Planting Mølmann for engasjert innsats i forrige periode. Det er et generasjonsskifte på gang i norsk arbeidsmedisin, noe vi merker også i arbeidet med Ramazzini. Mange arbeidsmedisinere med lang erfaring og solid fagkunnskap trer over i pensjonistenes rekker. Samtidig er det positivt å se at mange yngre arbeidsmedisinere entrer arenaen med ferskt

engasjement og nye faglige perspektiver. Rollen som arbeidsmedisinere er i stadig endring, noe Signe har ønsket å sette fokus på i dette nummeret. Det er utfordrende tider for norsk arbeidsliv og for arbeidsmedisinere. For noen har pandemien medført ekstra stor arbeidsbelastning, for andre har den betydd permittering og jobbusikkerhet. Jeg håper dette nummeret kan bidra til å styrke samhörigheten oss arbeidsmedisinere imellom. Her finner du mange ulike perspektiver og historier om hvordan hverdagen fortøner seg for tiden.

---

## Nytt medlem i redaksjonskomitéen

**A**nje Höper er utdannet lege fra Tyskland og fant veien til arbeidsmedisin etter litt omveier innom indremedisin og revmatologi, samt en doktorgrad i fysiologi. Hun har nylig blitt spesialist og deler sin jobbhverdag mellom Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord Norge og Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Hun er opptatt av å bygge bru mellom basalforskere, klinikere og epidemiologer, fordi hun er overbevist om at det er med et slikt samarbeid vi kan bidra best til å øke kunnskapen om arbeid og helse. Og så foretrekker hun ordet arbeidshelse framfor arbeidsmedisin fordi hun oppfatter det som et mer nøytralt ord som tar bedre hensyn til at arbeid kan påvirke helsa i begge retninger.

På fritiden liker hun å være sammen med familien, komme seg ut i naturen og å sy.

Vi ønsker Anje hjertelig velkommen i redaksjonen!





# Leder

Signe Lohmann-Lafrenz, spesialist i arbeidsmedisin og forsker på helsepersonells arbeidsmiljø, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs hospital HF og Institutt for Samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim.

Epost: [signe.lohmann-lafrenz@stolav.no](mailto:signe.lohmann-lafrenz@stolav.no), tlf. 98420713

Som nytt medlem i redaksjonskomiteen for Ramazzini ønsker jeg å sette fokus på legers og helsepersonells arbeidsmiljø, systematisk HMS-arbeid og arbeidskultur inkludert læring og pedagogikk.

Hensikten med dette temanummeret er å sette fokus på hvordan arbeid og fritid – spesielt i disse Corona tider – flyter over i hverandre. Derfor en flott og reflekterende artikkel om hjemmekontor. Legeforskningsinstituttet bidrar nok en gang med sin forskning og kunnskap om hvordan jobb-hjem situasjonen er for norske leger. I tillegg ønsker vi med dette temanummer å introdusere en ny spalte: «Min hverdag», hvor kommende arbeidsmedisinere, spesialister i arbeidsmedisin og kanskje pensjonerte arbeidsmedisinere fra hele landet beskriver sin

hverdag fra det virkelige livet. Dette med tanke på at vi kan speile oss i hverandres hverdag på jobb og på hjemmefronten og reflektere over og inspireres av dette. Håper dette tas godt imot og at flere vil bidra med å skrive en slik spalte i flere numre av Ramazzini fremover. (Send epost til meg!!) Mitt håp på sikt er at vi tør presentere utfordringer vi står i faglig som sosialt på fritiden slik det ikke bare blir en presentasjon av arbeidsmedisinske heltedåder! Jeg tør påstå at virkelig læring oppstår først når vi erkjenner vår egen inkompetanse...



I Genève-deklarasjonen er den Hippokratiske eden blitt revidert og det er tilføyd teksten: «I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard».

For å forebygge arbeidsrelatert sykdom blant oss selv samt bidra til at arbeidsmedisinere får mulighet til å bruke sin kunnskap har jeg valgt å rette risikovurderingsblikket mot oss selv. Dette med en artikkel basert på en kartleggingsmatrise jeg har brukt i mitt arbeid som bedriftslege i sykehus. For å gjøre rette tiltak bør en mer kvantitativ og systematisk kartlegging utføres med påfølgende risikovurdering, men her er et utkast, som jeg håper dere kan finne interessant og som et utgangspunkt for diskusjon og videre arbeid.

Jeg ønsker dere en riktig god jul og et forhåpentlig mindre koronafyllt nyttår!

# DIGITALT KURSPROGRAM

## Kurs i aktuell arbeidsmedisin – «Januarkurset» – 2021

Neste års Kurs i aktuell arbeidsmedisin – «Januarkurset» – 2021 blir digitalt.

Kurset blir tilgjengelig via den digitale plattformen It's learning med Zoom som integrert konferanseverktøy. Kurset vil bestå av presentasjoner, spørsmål- og svarseanser, faglige diskusjoner og enkle, digitale gruppearbeid. Det blir muligheter for individuell, digital bistand til oppkobling i forkant av kurset.

Kursdagene varer fra klokken 0900 til 1400 begge dager.  
Med forbehold om endringer av programmet.

### **ONSDAG 27. JANUAR 2021**

**Velkommen til digitalt kurs**  
– kort informasjon om kurset

**Kontorarbeidsplassen**  
– under og etter korona  
Stein Knardahl, STAMI

**Effekter av hjemmekontor på arbeidsmiljø og helse**  
Jolien Vleeshouwers, STAMI

**Sofaprat med Stein Knardahl og Jolien Vleeshouwers**

**Spørsmål og svar fra deltagerne**  
**Temaspørsmål som diskuteres i digitale grupper**  
Stein Knardahl, Jolien Vleeshouwers, Karl-Christian Nordby, STAMI

**Lunsjpause**

**Grønt arbeid**  
Helseeffekter av eksponering i avfallsbransjen  
Pål Graff, STAMI

**Grønt arbeid: Spørsmål og svar fra deltagerne**  
Pål Graff, STAMI

### **TORSDAG 28. JANUAR 2021**

**Nytt fra Arbeidstilsynet**  
v/ Tor Erik Danielsen, Arbeidstilsynet

**Nytt fra godkjenningssenheten for BHT**  
v/Mette Matre, Arbeidstilsynet

**Lunsjpause**

**Nytt fra bransjeforeningene for BHT**  
v/ Pål Lillebø, Bedriftshelsetjenestens bransjeforening

**Arbeidsmiljøatsningen og bransjeprogrammene – hvilke muligheter gir det BHT?**  
v/ Sture Rolfheim-Bye, STAMI



# Min hverdag

Carl Fredrik Fagernæs. Lege i spesialisering ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs hospital, Trondheim og begynte nylig som bedriftslege i 50% stilling i BHT-gruppen, hvor han gjør en innsats for å sette risikovurdering av støyeksponeering i system. Bor sammen med sin kone, som er i mammapermisjon fra LIS-jobb med vakt. Epost: Carl.Fredrik.Fagernes@stolav.no.

## 01.45 og 04.50

Dattera mi på 7 mnd vekker meg.

## 06.30

Vekkerklokka ringer, og føler meg ikke akkurat uthvilt. Jeg og dattera mi står opp sammen. Hun leker på gulvet mens jeg smører frokost til meg selv og kona mi, det samme hver dag: En skive grovbrød med leverpostei og sylteagurk, og en skive med skinke til hver av oss. Jeg sykler til jobb.

## 08.00

Mandag morgen, og 10 dager siden sist jeg var på BHT-jobben. Det ligger 20 nye eposter til meg, de fleste handler om helsekontroller i diverse bedrifter, et par handler om risikovurdering og arbeidsplassbesøk. Jeg registrerer at det har dukket opp mange nye konsultasjoner i kalenderen, de fleste oppfølging av avvikende audiometrier. Det store lyspunktet finner jeg på tirsdag etter lunsj: 3 timers arbeidsplassbesøk sammen med yrkeshygienikeren er avtalt ved en spennende bedrift. Jeg svarer ut de viktigste epostene med samtidig inntak av flere kopper kaffe.

## 08.45

Helsesekretæren banker på og lurar på om jeg har tid til å kikke en 66 år gammel rørlegger i ørene. Han propper papir i ørene om natten fordi kona hans snorker, og har fullt av gammelt papir klint inn mot høyre trommehinne som gir ham et betydelig mekanisk hørselstap. Jeg forsøker meg ikke på utfisking, men ber ham oppsøke fastlegen sin. Han anbefales vokspropper framfor papir i kampen mot den nattlige støyeksponeeringen.

## 10.00

Daglig leder har sendt meg en liste over tjenestene som bedriftshelsetjenesten vår tilbyr. Der står det et lite avsnitt om «allmenntilleggsmedisinske

konsultasjoner». Jeg svarer at jeg ikke visste at vi tilbød det. Overskriften endres til det mer diffuse «annen medisinsk bistand».



Han anbefales vokspropper framfor papir i kampen mot den nattlige støyeksponeeringen

## 10.15

Sjefen banker på og ønsker seleksjonsmedisinsk rådgivning knyttet til noen tømrere som ønsker å arbeide med sanering av asbest. Jeg leser meg opp på temaet og lager et opplegg for dem.

## 11.00

Helsesekretæren har problemer med å få tak i influensavaksiner i år. Det har aldri vært noe problem før. Jeg ringer smittevernoverlegen i kommunen, som sier at de ønsker å prioritere risikogrupperne først. Jeg videreformidler dette til helsesekretæren. Hun trenger dessuten at jeg bestiller tetanus- og hepatittvaksiner hos FHI.

## 11.30

Fysioterapeuten har noen spørsmål omkring COVID-19 og karanteneregler. Han følger opp flere håndverkere som pendler, både fra Sverige og Øst-Europa. Jeg leser meg opp på de gjeldende reglene.

## 12.00

Jeg arbeider med den nye prosedyren for helseovervåking av støyeksponteerte, der fanesaken min er risikovurdering med støymålinger på



arbeidsplassen. Arbeidet skjer med blandede følelser, da jeg er usikker på om prosedyren vil bli brukt av andre enn meg selv.

**14.00**

En rørlegger som har fått påvist en øyesykdom kommer for å diskutere tilrettelegging av arbeidet.

**16.00**

Jeg kommer hjem fra jobb og leker med datteren min mens jeg prøver å lære henne å si «Pappa». Setter pris på at min kone og jeg ikke begge går vakt som vi tidligere gjorde.

**17.00**

Svigmor inviterer til fersk fisk fra Frøya. Den smaker som alltid fortreffelig.

**18.00**

Visning sammen med kona på et rekkehus. Boligen ligger i nærheten av et jorde hvor det planlegges bygging av 1800 boliger i nær framtid. Jeg bekymrer meg for fremtidig støyeksposering. Yrkesskade?

**22.00**

Jeg går og legger meg, og sovner med en gang.



# Egenomsorg, jobb-hjem balanse og korona

Karin Isaksson Rø, PhD, MHA,  
Seniorforsker/lege ved LEFO – Legeforskningsinstituttet  
Rådgiver ved Ressurssenter Villa Sana  
Epost: Karin.Ro@legeforeningen.no

Den 12. mars snudde koronapandemien opp og ned på hverdagen for de fleste av oss. Mange, også leger, havnet på hjemmekontor – der man fra en dag til neste skulle håndtere barnehagebarn, skolebarn og egen jobb samtidig. Leger som fortsatt var på sine arbeidsplasser, var strengt oppfordret til å bli hjemme hvis de selv eller nærkontakter hadde den minste kjenning av forkjølelse eller hoste. Både balansen mellom arbeidstid og hjem/fritid (jobb-hjem balansen) og legers tendens til å gå på jobb på tross av egen sykdom (sykenærvær) ble utfordret.

William Osler (1849-1919), ofte kalt "den moderne medisins far", myntet begrepet "residents" om unge leger som i praksis bodde på sykehuset og var tilgjengelige på arbeidsplassen til enhver tid (1). Idealene som Osler peker på, om å være mye tilstede for sine pasienter og at egne behov burde nedprioriteres til fordel for pasientbehandling, har vært viktige i forståelsen av legeprofesjonen (2). Mange forskningsstudier viser at disse idealene lever videre i legegruppen. En stor majoritet av leger rapporterer at de går på jobb med plager som de ville sykmeldt sine pasienter for (3). Leger nøler også med å oppsøke behandling når de trenger det for egen del (3, 4). Ofte forklares dette med en sterk ansvarsfølelse for at pasientenes behandling skal ivaretas og for at kolleger ikke skal overbelastes (5). Leger oppgir også at det kan være vanskelig å vurdere alvorlighetsgraden av egen sykdom – vil det bli oppfattet som "legitimt" av kollegene at jeg er borte fra jobb med denne sykdomstilstanden? Det kan oppfattes som "svakheter" å bli hjemme ved sykdom.

Sammenlignet med den generelle ukearbeidstiden

i Norge på 37,5 timer har leger lange arbeidsuker på 45-48 timer i gjennomsnitt (6). Dette gjør det vanskelig å få en god balanse mellom jobb og fritid. I flere studier rapporterer en høy andel leger at de føler seg stresset med tanke på å kunne ivareta forpliktelser både på jobb og hjemme. (7). "Jeg går for tidlig fra jobb, og kommer for seint hjem" er en gjenkjennelig følelse for mange. Det er flere grunner til at slik "jobb-hjem stress" er blitt et stadig viktigere anliggende (8). Andelen kvinnelige leger øker, og både internasjonalt og i Norge tar kvinner fortsatt et stort ansvar for barneomsorg. Samtidig er begge parter i en relasjon ofte i fullt arbeid, slik at balansen mellom jobb og hjem utfordres på nye måter både for menn og kvinner. Vi ser også at forventningene i samfunnet er at både menn og kvinner deltar i omsorgsoppgaver.

Mannlige og kvinnelige leger rapporterer like høy grad av jobb-hjem stress (7). Blant kvinnene finner vi at det å jobbe noe redusert kan redusere slik stress (7). Imidlertid er deltidsarbeid fortsatt ganske uvanlig. I undervisning av siste-års medisinstudenter viste det seg at mange faktisk ikke visste at også leger har rett å jobbe deltid når barna er små, eller at man i prinsippet har rett til å si opp avtalen om utvidet arbeidstid (UTA). En av grunnene til dette er nok at det i stor grad mangler forbilder på leger som faktisk jobber deltid, og at det ikke er tilrettelagt for dette på arbeidsplassene.

Opplevelse av støtte er også viktig for håndtering av jobb-hjem balanse. Blant kvinnelige leger er støtte fra partner viktig for reduksjon av jobb-hjem stress (7). Blant mannlige leger kan opplevelse av støtte fra kolleger og ledere på arbeidsplassen





forebygge utvikling av utbrenthet ved jobb-hjem stress (8).

Medisinstudenter og unge leger er opptatt av disse temaene. Studenter i Bergen uttrykte bekymring for at de trolig må akseptere fremtidige arbeidssituasjoner der det kan være vanskelig å ivareta egne behov, som forutsigbar arbeidstid, sykefravær og mulighet for en god balanse mellom jobb og hjem (9). Leger de hadde møtt i praksis ble opplevd som gode rollemodeller på mange måter, men ofte ikke når det gjaldt egenomsorg.

I en studie fra Sverige sa både studenter og unge leger at mulighet for å ivareta en god jobb-hjem balanse var et av de viktigste kriteriene for fremtidig spesialitetsvalg (10).

"Care of the patient requires care of the provider" hevder Bodenheimer og Sinsky i en artikkel fra 2014 (11). Ivaretagelse av "hjelperne" kan ikke hovedsakelig individualiseres og overlates til den enkelte lege. Det er et viktig anliggende og ansvar også for arbeidsgiver. Organisatoriske forhold må legges til rette for å ivareta det komplekse samspillet mellom legers arbeidsmiljø og tilfredshet og god pasientbehandling. (12). Dette tas i største grad på alvor i en nyutkommet bok, der en av forfatterne er en nestor i forskning på hva som fremmer jobbengasjement og forebygger utbrenthet blant leger (13). I boken pekes på ulike organisatoriske forhold som må prioriteres for å fremme engasjement og glede i arbeidssituasjonen, forebygge utbrenthet og andre stressrelaterte tilstander og dermed også ivareta god pasientbehandling. Leger og ledere (og andre personalgrupper) trenger å jobbe sammen for å finne gode lokale løsninger, på avdelingsnivå eller enhetsnivå, på de områder man vet har betydning for velvære og tilfredshet. De som står midt oppi situasjonen er de som best kan identifisere utfordringene, og som kan foreslå mulige løsninger. Derfor trenger leger å involveres i slike endringsprosesser. Ledere må legge til rette for dette ved å anerkjenne og høre klinikerens stemme. Så kan leger og ledere i fellesskap foreslå tiltak som prøves ut og så evalueres (13). Det er viktig at slikt arbeid blir prioritert, og at ledelsen legitimerer at leger kan frigjøres fra noen kliniske oppgaver for å kunne jobbe med dette (12).

Et eksempel er opprettelse av en "Resident Wellness Committee". Noen leger i spesialisering sammen med noen spesialister på en neurologisk avdeling fikk av ledelsen avsatt tid regelmessig for å jobbe med fire områder man identifiserte som utfordrende for nytilsatte unge leger (14). Det var integrering av jobb-hjem situasjonen, psykisk velvære for å fremme resiliens og mening i arbeidet, fysisk velvære med trening, mat, søvn og sosialt engasjement med fellesskap på jobb.



Arbeid i bedriftshelsetjeneste/ arbeidsmedisin kan ofte bety at man som lege er alene eller en av få i egen yrkesgruppe på arbeidsplassen. Det kan føles mer krevende å fremme egne behov uten støtte fra kolleger.

Blant annet prøvde man på denne avdelingen ut mer fleksibilitet i arbeidstidsordninger ut fra den enkeltes behov. Denne prosessen fremmet velvære.

Arbeid i bedriftshelsetjeneste/arbeidsmedisin kan ofte bety at man som lege er alene eller en av få i egen yrkesgruppe på arbeidsplassen. Det kan føles mer krevende å fremme egne behov uten støtte fra kolleger. Derfor er det viktig å delta i grupper og ulike fora der vi som kolleger kan diskutere disse temaene og støtte hverandre i å ta det opp på våre ulike arbeidsplasser.

Koronapandemien har på en tydelig måte vist at det å ta egen helse på alvor, og å bli hjemme når man er syk, er viktig for å ivareta seg selv, pasienter og kolleger. Å gå på jobb med sykdom kan få alvorlige konsekvenser for alle involverte.

Koronatiden har også, på en ny måte, satt søkelys på balansen mellom ansvar på jobb og ansvar utenom jobb. Grenseoppgangene mellom jobbsituasjon og hjemmesituasjon har for mange blitt mer utydelige når man har sittet hjemme og jobbet og vært lærer/barnehagelærer/ aktivtør.



Det kan gi viktige innspill til hvordan man skal tenke rundt jobb-hjem balansen også i mer "vanlige" sammenhenger. Det er interessant at selv William Osler, på begynnelsen av 1900-tallet, faktisk også understreket betydningen av å ha en balanse mellom jobb og fritid – det han kalte legens "vocation and avocation". Han minnet om betydningen av en god balanse mellom disse og skrev: «Every day do some reading or work apart from your profession (1).» En god balanse gir oss flere bein å stå på, slik at vi står stødig både som profesjonelle og private.

Det blir interessant å se om erfaringene gjennom koronapandemien, i kombinasjon med økende opptatthet av temaene blant studenter og leger, kan bidra til at vi utfordrer profesjonskulturen som sosialiserer leger inn i et mønster med mangel på egenomsorg og mangel på jobb-hjem balanse.

Vi trenger en diskusjon innad i profesjonen – og i samfunnet - om at en "god lege" er en lege som også ivaretar egen helse og har en god balanse mellom jobb og fritid. Det vil være viktig for legene som gruppe og for å kunne gi pasienter god behandling.

Med den bakgrunn og kunnskap vi har som arbeidsmedisinere bør vi ha særlige forutsetninger for å kunne bidra i diskusjonen om egenomsorg og jobb-hjem balanse – i egen spesialitet og generelt blant kolleger.

---

## Referanser:

1. Celebrating the Contributions of William Osler 1849-919, The Johns Hopkins Health System, The Johns Hopkins University 1999 [cited 2020 30th Oct]. Available from: <https://medicalarchives.jhmi.edu:8443/osler/osler150.htm>
2. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R, Aasland OG, Rø KI. The good doctor - strong and persevering. Tidsskrift for den Norske lægeforening 2016;136(19)
3. Sendén MG, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). Swiss Med Wkly. 2013;143:w13840.
4. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. Industrial Health. 2007;45(5):599-610.
5. Giæver F, Lohmann-Lafrenz S, Løvseth LT. Why hospital physicians attend work while ill? The spiralling effect of positive and negative factors. BMC Health Services Research. 2016;16(1):548.
6. Rosta J, Aasland OG. Doctors' working hours and time spent on patient care in the period 1994 - 2014. Tidsskr Nor Lægeforen. 2016;136(16):1355-9.
7. Hertzberg TK, Tyssen R, Skirbekk H, Rø KI. Work-home balance in two cohorts of Norwegian doctors. Tidsskrift for den Norske lægeforening 2019;139(10).
8. Hertzberg TK, Rø KI, Vaglum PJW, Moum T, Røvik JO, Gude T, et al. Work-home interface stress: an important predictor of emotional exhaustion 15 years into a medical career. Industrial Health. 2016;54(2):139-48.
9. Fimland SK, Kjenås AS, Rø KI, Schaufel MA. Medisinstudenters holdninger og forventninger til fremtidige arbeidsvilkår. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2019.
10. Diderichsen S. It's just a job: a new generation of physicians dealing with career and work ideals (Thesis). Umeå: Umeå university; 2017.
11. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. The Annals of Family Medicine. 2014;12(6):573-6.
12. Baathe F, Rosta J, Bringedal B, Rø KI. How do doctors experience the interactions among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital. BMJ Open. 2019;9(5):e026971.
13. Swensen S, Shanafelt T. Mayo Clinic Strategies To Reduce Burnout: 12 Actions to Create the Ideal Workplace ) New York: Oxford University Press Inc; 2020.
14. Ramanan VK, Inbarasu JD, Jackson LM, Jones Jr LK, Klaas JP. Promoting well-being among neurology residents: a data-driven approach. Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes. 2020;4(5):469-74.



# Nye arbeidsmåter for arbeidsmedisinere

Kristin H. Hovland, bedriftslege PhD, Skanska Norge AS

Epost: kristin.hovland@skanska.no

Dette året har gitt oss nye utfordringer på mange plan. Plutselig traff biologisk eksponering arbeidsplassene på en ny måte. Dette er ikke eksponering slik vi vanligvis jobber med arbeidsrelatert biologisk eksponering, men for mange av oss har nok store deler av siste halvår gått med til smitteforebyggende arbeid.



Tidligere tullet vi med «gjemmekontor». Nå produserer vi for fullt hjemmefra. Vi må slutte å si «når vi kommer tilbake på jobb», for vi er på jobb - hjemme. Kanskje mye mer enn før?

Pandemien har gitt større forskjeller i arbeidslivet, noe som gjenspeiles hos kollegaene. Jeg ble svært overrasket da kollegaer ble permittert i mars, mens andre aldri har jobbet så intenst tidligere. Avhengig av hjemmesituasjon, satt noen og skulle jobbe hjemmefra med barn, partner eller alene i stua, mens andre var på jobb som før. De som betjener helsevesenet, skulle bistå dem som stod i første rekke. Kompetanse om risikovurdering, eksponering og verneutstyr var til liten nytte, når utstyr ikke fantes.

For mange arbeidsmedisinere er møte med ansatte en vesentlig del av arbeid dagen, enten det er i målrettede helseundersøkelser, sykefravær/rus/akanoppfølginger eller på gruppenivå

i forbindelse med eksempelvis AMU eller kurs. Kunne dette gjøres digitalt? Erfaringene etter 8 måneder er at jo, mer enn det vi trodde, kan gjøres hjemmefra, men det personlige møtet er fortsatt nødvendig av og til. Noen har utsatt helseundersøkelsene, mens andre var raske til å omgjøre dem til digitale samtaler. Kurs på nett sparer både reisetid og miljø. Mange er godt fornøyde med å kunne følge et kurs fra hjemme i sofaen. Men, dialogen underveis og utvekslingen av informasjon over kaffen i pausene, er vanskeligere å få til. Og hvis ingen har video på/presentasjonen hindrer en i å se kursdeltagerne, er det mer krevende å forelese. Hvordan kan psykososialt arbeidsmiljø følges opp? Og hvor flinke er vi til å bruke kompetansen vi har, overfor oss selv? Mange andre ansatte ble både permittert og mistet samtidig tilgangen på BHT, når vi kunne vært der og bistått. Og hvem var der for bedriftshelsepersonellet som ble permittert? Forskning innen virtuell ledelse har pågått i mange år. Denne kunnskapen var det bare å ta i bruk. Vi står i en krevende situasjon for ansatte og ledere som ikke kan jobbe samme sted. Virtuell ledelse gir nye, og andre, utfordringer enn vanlig ledelse. Og det å være ansatt «digitalt» er heller ikke enkelt. Her kan vi bidra med vår kunnskap, for et bedre arbeidsmiljø.

Vi er ute og bistår kundene med alle fasetter av eksponering i arbeidslivet. For arbeidstakere som er på sin vanlige jobb er hverdagen full av nye utfordringer, og BHT kan bistå med kompetanse om hvordan bedriftene kan ha godt smittevern for sine ansatte, i tillegg til det vi ellers jobber med.

Hvordan har vi klart dette skiftet i eget arbeidsforhold? Hvordan er det mulig å gjøre så mye hjemmefra? Og hvordan ser det egentlig ut der hjemme?



Tidligere tullet vi med «gjemmekontor». Nå produserer vi for fullt hjemmefra. Vi må slutte å si «når vi kommer tilbake på jobb», for vi er på jobb - hjemme. Kanskje mye mer enn før? Skillet jobb-hjem har blitt enda mer utvisket i denne perioden. Nå er vi tilgjengelige 24/7. Hvordan ivaretar vi oss selv i denne situasjonen? Den beste stillingen er den neste, reklamerer fysioterapeuten hos oss, for. Det viser seg at hjemmekontorene er litt ymse utrustet; fra pinnestol, bord i feil høyde og små skjermer på lette, bærbare pc'er. Vi kan da bedre? Kanskje du skulle ta et hjemmebesøk hos deg selv og gi noen gode råd?



Skillet jobb-hjem har blitt enda mer utvisket i denne perioden. Nå er vi tilgjengelige 24/7. Hvordan ivaretar vi oss selv i denne situasjonen?

Og hvordan har du det egentlig? Er du bekymret, lei eller går det ganske greit? Hva går greit å ta digitalt, og når bør dere forsøke å legge til rette for fysiske møter, enten det gjelder egen arbeidsplass eller jobben ut mot kundene. Selv om en sitter i møter/kurs/samtaler hele dagen på teams el.l, og snakker med andre, så blir småpratene borte. Innovasjon, det å fange opp informasjon «i farta», gruppedynamikk og gruppeutvikling er vanskeligere bak en skjerm. Ta tak i utfordringene dette gir på din egen arbeidsplass, og finn på måter som passer for gruppen til å ta tak i dette. Det kan eksempelvis være å «henge igjen» på vei ut av møtet, avtale felles lunsjer, tøy&bøy, «walk the talk» eller ringe opp en kollega uten at det er avtalt på forhånd for å høre hvordan det går el.l. Vi må bygge opp kompetanse på hva som er lurt å gjøre fra hjemmekontor, hva som er mulig, og hva som ikke går så bra. Digitaliseringen har vel aldri gått så fort, og for noen arbeidsoppgaver har det gitt nye og bedre muligheter. Vi må fortsette å bruke dem, selv om vi etter hvert kan være mer sammen igjen.

Skal vi holde ut denne rare tiden må vi gjøre gode valg. Vi har kompetansen – og må huske å bruke den, også på oss selv og våre kollegaer.



# Min hverdag

Rubia Malik, bedriftslege ved Equinor Stavanger, spesialist i allmenntilleggsmedisin og under spesialisering i arbeidsmedisin. Tar samtidig mastergrad (Executive MBA) og har opprettet facebookgruppen for Arbeidsmedisinerne i Norge. Bor sammen med sin mann og barn.

Epost: dr.rubia.malik@gmail.com



## 06.30

Jeg står opp og skummer gjennom hovedpunktene for en artikkel som del av min pågående mastergrad. Barna står opp i ulikt tempo. Setningene i artikkelen blir avbrutt av varme god morgen klemmer og smil.

## 08.00

Jeg logger meg på fra hjemmekontoret og går gjennom innkomne mailer og Teams kanalene. Grunnet Covid19 foregår mye av fagarbeidet i Teams grupper, en effektiv måte å jobbe kollaborativt på! Slik holder vi oss alle fortløpende oppdatert på tvers av fagdisipliner og leveransegrupper.

## 10.00

Teams møte med HMS koordinatorene (sykepleierne) på offshore installasjonene jeg er bedriftslege for. På to av installasjonene er jeg leveransekoordinator for et tverrfaglig team bestående av meg som bedriftslege,

yrkeshygieniker, ergonom. Vi trekker inn psykososialt team ved behov. Akkurat nå pågår det en arbeidsmiljøkartlegging (WEHRA)- her koordinerer jeg leveransene mellom HWE (vår avdeling) via leveranseteamet vårt, installasjonsledelsen via SSU leder (HMS leder), HMS koordinatører, vernetjenesten og de ulike avdelingene offshore. Jeg opplever at det arbeidsmedisinske tverrgående overblikket hjelper til å raskt identifisere behov og trekke inn rett spisskompetanse. Parallelt med dette hjelper dette overblikket i større fora som hav/land møter og AMU.

## 12.00

Samtale med en leder som har behov for råd. Ansatt med mistanke om psykisk lidelse. Vi snakker om den hårfine balansen mellom arbeidsgivers omsorgsplikt, mulig sikkerhetsrisiko (inkludert omdømmerisiko for ansatt og arbeidsgiver), mulige påvirkninger på arbeidsmiljøet



samt funksjons og arbeidskrav. Vi avtaler at leder kaller inn til et møte med den ansatte og gir tilbud om samtale med bedriftslege, men under forutsetning at bekymringene blir adressert til den ansatte på en ryddig, åpen og omsorgsfull måte. Leder kommer frem til at det kun foreligger nok informasjon til å melde bekymring relatert til oppgaver i første omgang.

#### **14.00**

Møte med UK teamet bestående av HR ledere og prosjektledere for kontorene. De fleste ansatte har hatt hjemmekontor i flere måneder, og noen få viser tegn til begynnende helseplager (muskel og skjelett) eller opplever mistriivsel grunnet hjemmeforhold. Gruppen balanserer omsorgsplikt versus risiko for smitte, og selskapet har en policy om å prioritere ansatte med slike plager først når kontorene gjenåpner. HR informerer i møtet at statsministeren har gitt signaler om at smittesituasjonen er i forverrelse og arbeidsgivere med mulighet for hjemmekontor anbefales å vurdere det de kommende 6 måneder. Gruppen blir enig om å tilby ansatte i gruppen nevnt ovenfor samtale hos bedriftshelsetjenesten slik at HR kan prioritere de få som fremdeles tillates arbeid fra kontorlokasjonene (foruten de med forretningskritiske stillinger).



Jeg logger meg på fra hjemmekontoret og går gjennom innkomne mailer og Teams kanalene. Grunnet Covid19 foregår mye av fagarbeidet i Teams grupper, en effektiv måte å jobbe kollaborativt på!

#### **16.00**

Henvendelsene fra sykepleierne offshore er håndtert i journalen. En røykdykker som ikke oppfylte helsekrav ønsket samtale, og skjønner nå at han grunnet hjertesykdom må gi opp funksjonen som røykdykker. Audiometrier er vurdert for andre etter risikobasert helseovervåking.

#### **16.30**

Vi lager middag og spiser sammen.

#### **18.00**

Life in the time of Corona. Jeg har funnet enda mer glede i vår lille hobbyhage, og vi står et par timer med hodet ned i pallekarmer etter en del graving i jord- vi setter hvitløk for første gang! Kinderegget av fysisk aktivitet og skaperglede når det (noen ganger) kommer opp noe du selv har dyrket frem har gitt meg, oss som familie, og nabolaget (når vi deler fruktene av arbeidet) mye glede!

#### **20.00**

Vår datter på 8 år varmer opp til sin daglige protest mot legging, det er faktisk lyst ute enda! Hun innser hun må øke repertoaret av sine motargumenter, og sukker seg i seng til slutt. Guttene snakker litt om dagen før de legger seg de og.

#### **21.30**

På tide å ringe min mor som har valgt å bo alene og er i risikogruppe. Whatsapp fatigue har begynt å sette inn, vi avtaler en tur ut ila helgen for å fylle på litt positive opplevelser. Vennemeldinger besvares, venninne som trenger råd ringes opp. Jeg ser på vår rene-sokker kurv som venter på sortering og aksepterer det jeg allerede vet: barna tar ikke skade av u-matchede sokker, særlig når de selv synes det er morsomt. Vi velger å se en film: Enola Holmes- den anbefales!



# Risikovurdering av arbeidsforhold - hva med deg selv?

Signe Lohmann-Lafrenz, spesialist i arbeidsmedisin og forsker på helsepersonells arbeidsmiljø, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs hospital HF og Institutt for Samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim.

Epost: [signe.lohmann-lafrenz@stolav.no](mailto:signe.lohmann-lafrenz@stolav.no), tlf. 98420713

## Introduksjon

STAMI har med Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) gjort en stor jobb med å systematisere og skape en enkel tilgang på eksponeringsforhold for ulike bransjer og yrkesgrupper. De har i tillegg produsert pedagogiske videoer som beskriver eksponeringsforhold knyttet til enkelte bransjer, noe som er svært nyttig, særlig for bedriftshelsetjenester, som skal undervise arbeidsgivere og ansatte. Som tidligere bedriftslege i sykehus har jeg også brukt krefter på å gjøre risikovurderingsprosessen mer pedagogisk. Jeg vil i denne artikkelen ta utgangspunkt i kartleggings sirkelen som jeg har brukt for ansatte i sykehus og bruke den på oss – arbeidsmedisineren.

Arbeidet som arbeidsmedisiner enten i BHT, arbeidsmedisinsk avdeling, Arbeidstilsynet mm vil ofte kunne kategoriseres i rethning av en kontorjobb og blir derfor ofte sett på som en trygg arbeidsplass uten eksponering for de tradisjonelle fysiske arbeidsmiljøfaktorene. Gjennom årene som bedriftslege har jeg imidlertid gjort meg mine erfaringer og jeg har sett en god del turnover blant bedriftsleger - enten de har sluttet som bedriftsleger eller avansert opp i bedriften og inn i ledelsen. Det har jeg tenkt litt over og mener det er relevant å se på i et samfunnsøkonomisk perspektiv, men også tolket inn dette temanummeret om hvordan arbeid, identitet og fritid preger hverandre.

Det spennende med arbeidsmedisineren er i likhet med samfunnsmedisineren at man lett kan plassere oss i kategorien kunnskapsarbeidere. Jevnfør Sandvik måles graden av kunnskapsarbeid på autonomi, kompleksitet,

informasjonsprosessering, problemløsning, mangfold av ferdigheter og spesialisering. Han sier også at: «mange personer man i utgangspunktet kategoriserer som kunnskapsarbeidere faller utenfor denne definisjonen. For eksempel en del kirurger som utfører rutinepregede operasjoner, og revisorer som gjør det samme dag etter dag». Det vil si at måten vi får lov å bruke den kunnskapen vi har tilegnet oss til å utføre og systematisere arbeidsoppgavene våre på er svært viktig.

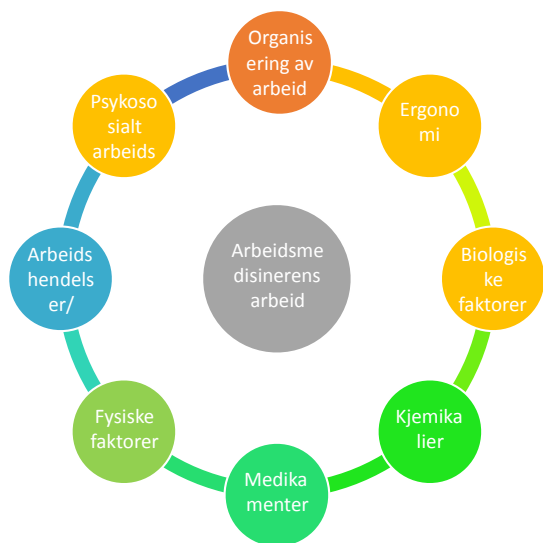
Da jeg opplever at ordet «eksponering» refererer best til en biologisk organisme, som utsettes for et kjemisk, biologisk materiale, så velger jeg her å bruke risikoforhold/-faktorer, da klangen går bedre overens med de mere organisatoriske og psykososiale forhold. Jeg vil i tillegg komme med hypoteser underveis og tentative diagnoser, som gjerne fortjener innspill/diskusjon!

## Kartlegging av risikoforhold

Arbeidsmedisineren utfører ofte sine primære arbeidsoppgaver ved dataskjermen og ved kommunikasjon med arbeidsgiver/ansatte/pasienter/kolleger/andre og iblant bedriftsbesøk. Med utgangspunkt i dette kan potensielle risikoforhold oppstå innen organisatorisk, psykososialt og ergonomisk arbeidsmiljø (markert med gult/oransje i figur 1 under). En pandemi med Covid-19 er selvsagt en risikofaktor på jobb i kontakt med kollegaer og pasienter samt for reisen til og fra jobb. Risikofaktorer som støv, støv, ioniserende stråling, kjemikalier er i mindre grad tilstede, men vil selvsagt kunne forekomme ved bedriftsbesøk.

## Diskusjon og tentativ arbeidsmiljø diagnose

Arbeidsmiljøet til en arbeidsmedisiner kan særlig



grov kartlegging av risikofaktorer i arbeid

Type risikoforhold	
Organisatoriske risikofaktorer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Små stillingsprosenter/midlertidige stillinger.</li><li>• Lite fokus på opplæring innen konkrete ferdigheter</li><li>• Mangel på gode stillingsbeskrivelser</li><li>• Uklare roller/mtp. medisinsk faglig ansvarlig.</li><li>• Mangel på medisinsk faglig ledelse</li><li>• Uklarhet i rammeverket i lovtekst (AML, Helsepersonell-loven, Spesialisthelsetjeneste loven og Folketrygdløven m.fl)</li><li>• Nye digitale verktøy som mer eller mindre understøtter arbeid. (Kommunikasjonsverktøy og journalsystemer)</li><li>• Kvantitative krav - mange journaler/spesialisteklæringer som skal ferdigstilles og vanskelig og få gjort ferdige.</li><li>• Turnover/rekrutteringsvansker</li></ul>
Psykososiale risikofaktorer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alenearbeid (faglig sett, spesielt i BHT, men også under pandemien på hjemmekontor)</li><li>• Emosjonelle krav/trusler/klager</li><li>• Lite påvirkningskraft/opplevelse av at arbeid ikke er meningsfullt</li><li>• Vanskelig å få brukt sin kompetanse</li><li>• Rollekonflikt mellom kompetanse og det som etterspørres</li><li>• Mangel på faglige utviklingsmuligheter spesielt etter ferdig spesialisering</li></ul>
Ergonomiske risikofaktorer	<p>Dataskjermarbeid</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeid karakterisert ved høy mental aktivitet men fysisk stillesittende arbeid</li><li>• Bøyd nakke/vridd nakke</li><li>• Bruk av grovmuskulatur til finmotorisk, repetitivt arbeid (bruk av mus)</li><li>• Hjemmekontor (under pandemien) med ergonomisk dårlig utstyr</li></ul>
Biologiske faktorer	<p>Smitterisikogruppe 3</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Covid-19</li></ul> <p>Smitterisikogruppe 1-2</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diverse</li></ul>



være utfordret av organiseringen av arbeidet. Små stillingsstørrelser, alenearbeid, rollekonflikt, emosjonelt krevende oppgaver, mangel på utviklende og meningsfullt arbeid og faglig dårlig ledelse er risikofaktorer for arbeidsmedisineren. Det er klart at det er stort spenn i arbeidsforholdene og risikofaktorer fra en bedriftslege i 30% stilling til en lege i fast stilling på en arbeidsmedisinsk avdeling. Arbeidstilsynets arbeidsmiljømodell fremhever hvor sentralt organiseringen av arbeid er. Organiseringen av arbeidet er avhengig av samfunnets prioriteringer og lovverk og vil påvirke hvordan de psykososiale og ergonomiske arbeidsforholdene til arbeidsmedisineren blir.

Fravær av mere tradisjonelle risikofaktorer er bra, men kan kanskje også tilsløre viktigheten av å ha fokus på organisering av arbeid? Ifølge en artikkel fra Legeforeningens forskningsinstitutt med tittelen: «How do doctors experience the interaction among professional fulfilment, organisational factors and the quality of patient care?» trues den profesjonelle identitet av at leger ikke kan levere høy kvalitet i pasientbehandlingen fordi «produksjonen» er viktigere. Det går an å fremheve at arbeidsmedisineren er en kunnskapsarbeider hvor det å ha handlingsrom og posisjon til å bruke den kunnskap vedkommende har for å utføre og systematisere arbeidsoppgavene er svært viktig. Faglig rollekonflikt kan fort bli en krevende risikofaktor, som potensielt kan påvirke faglig integritet og mental helse. Meningsfullt arbeid og rammer for å utføre meningsfullt arbeid er særdeles viktig for en kunnskapsarbeider som arbeidsmedisineren.

#### Referanser:

<https://noa.stami.no/>

<https://enbradagpajobb.no/>

Verktøy for risikovurdering av arbeidsrelatert Covid-19 smitte  
Signe Lohmann-Lafrenz, spesialist i arbeidsmedisin, signe.lohmann-lafrenz@stolav.no  
Kristin Mølmann Planting, spesialist i arbeidsmedisin,

[kristin.planting.molmann@unn.no](mailto:kristin.planting.molmann@unn.no)

<https://forskning.no/ledelse-og-organisasjon-norges-handelshoyskole-okonomi/den-nye-arbeiderklassen/736886>

<https://www.arbeidstilsynet.no/hms/arbeidsmiljomodellen/>

Fredrik Baathe, Judith Rosta, Berit Bringedal, Karin Isaksson Rø

**SPIRARE**

**Virus- og bakteriefilter**  
beskyttelse mot krysskontaminering  
og personalbeskyttelse.

Maksimal hygiene, da alle  
komponenter som utsettes for  
pasientluft er engangsbruk.

[www.spirare.com](http://www.spirare.com)

Tlf. 2292 4000



# Vil du som bedriftslege bidra til en europeisk undersøkelse om arbeidsrelaterte sykdommer?

Invitasjon til deltakelse på European Occupational Physicians Network Survey (EOPNS) on work-related diseases. Yogindra Samant, Namf / Nfam

EOPNS er et europeisk nettverk dannet av arbeidsmedisinere som blant annet jobber ved bedriftshelsetjenester på tvers av Europa. Det er ledet av Lode Godderis, professor i arbeidsmedisin ved det Katolske Universitet i Leuven, og inkluderer per i dag ti europeiske land.

Målet med dette nettverket er å etablere et europeisk overvåkingsystem basert på informasjon fra arbeidstakere som er i kontakt med sin bedriftslege. Det vil si at bedriftslegen er inngangen til informasjonshenting fra arbeidstakeren. Nettverket har allerede satt i gang en forskningsstudie om arbeidsrelaterte sykdommer hvor de skal samle data om eksponering og helse i arbeidssammenheng. Et annet mål med dette nettverket er at det kan brukes til å på kort varsel samle informasjon på dagsaktuelle temaer som for eks. koronavirus og arbeidsmiljøtiltak.

Nettverket ønsker at bedriftsleger i Norge kan bidra til dette unike europeiske samarbeidet innen arbeidsmedisin. EOPNS ønsker ca. 50 bedriftsleger fra Norge som kan tenke seg å bli med i nettverket. Oppgaven for bedriftslegen blir å bistå med å administrere et digitalt spørreskjema på norsk til ca. 50-100 arbeidstakere (pasienter) to ganger i løpet av et år. Det vil ta ca. 10 minutter å gjennomføre spørreundersøkelsen på et nettbrett eller datamaskin.

Arbeidstakere som blir med på spørreundersøkelsen velges ut basert på kriterier som kan være så enkelt som for eks. hver 5. arbeidstaker som dere undersøker eller en annen utvalgsmetodikk

som kan passe deres bedriftshelsetjeneste. Utvalgskriteriene kan nok diskuteres og tilpasses med forskningsleder (Lode Godderis).

Spørsmålene kan gjelde dagsaktuelle problemstillinger, som for eks. bruk av personlig verneutstyr og covid-19. Etter at de innsamlede dataene er analysert, skal forskerne dele de nasjonale resultatene med deltakende bedriftsleger, slik at de kan sammenligne sine resultater med resultater fra ti andre europeiske land. Dette er også en gylden anledning til å bli med i et internasjonalt fagnettverk av arbeidsmedisinere, noe som ellers er en sjelden begivenhet i faget vårt.

Deltakelsen er frivillig, og i første omgang ønsker styrene i Namf/NFAM å høre om dette er noe som bedriftsleger ønsker å bidra i. NFAM vil tildele et visst antall poeng til obligatorisk etterutdanning for spesialiteten arbeidsmedisin, som et insitamment for deltakelsen i prosjektet.

Hvis dere er interessert i å delta i en slik undersøkelse, ta kontakt med: [yogindra.samant@arbeidstilsynet.no](mailto:yogindra.samant@arbeidstilsynet.no)

Ytterligere Informasjon finnes på <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-arbeidsmedisin/aktuelt/2020/european-occupational-physicians-network-survey-eopns-on-work-related-diseases/> og spørsmål om prosjektet kan hentes direkte fra Lode Godderis [lode.godderis@kuleuven.be](mailto:lode.godderis@kuleuven.be)

---

<sup>1</sup> European Occupational Physicians Network Survey (EOPNS) on work-related diseases.



# En medisinstudents hverdag med koronatesting

Tobias Møller Opdahl, medisinstudent, Tromsø  
Epost: top008@post.uit.no

To dager etter at bedriftshelsetjenesten på UNN, sammen med samvalgssenteret, fikk beskjed om å etablere en prøvetakingsenhet for Sars-CoV-2, sto prøvetakingsenheten åpen vis-a-vis det gamle sykehushotellet på sørsiden av UNN 14. mars. Jeg og 9 av mine medstudenter hadde meldt oss frivillig til å bistå sykehuset i å drifte denne enheten. Vi var alle spente på hva vi hadde i vente da vi møtte opp, da dette for de fleste av oss var første gangen vi skulle inn på sykehuset og gjøre en jobb.

Jeg merket tidlig at det var mye armer og bein fra forskjellige avdelinger som nå var samlet for å få enheten til å rulle, og det hele virket veldig kaotisk. Det nærmeste jeg har vært noe lignende, var da jeg va på nyinnføring i heimevernet noen måneder tidligere. Enkelte sprang rundt med store bunker med ark, andre sto høyløyt i telefonen, og noen satt på pauserommet med hendene i kryss og øynene lukket. Min umiddelbare tanke var at denne jobben ikke var noe for meg.

Etter hvert ble vi tatt med inn på et møterom, der det i plenum ble fordelt arbeidsoppgaver av dagens koordinator. Vi fikk ikke vite noe særlig om hva disse arbeidsoppgavene innebar, bare hvor vi skulle oppholde oss. Når arbeidsoppgave nummer to, «å bistå en av legene» ble utlyst, rakk jeg opp hånda av solidaritet da det ikke var noen andre som gjorde det. Jeg ble så fulgt opp til samvalgssenterets og bedriftshelsetjenestens kontorfløy. Der ble jeg plassert på et kontor, før det etter hvert kom en sykepleier som ga meg opplæring i det elektroniske journalsystemet vi

skulle bruke for å holde oversikt over hvem som testet seg og deres prøvesvar. Mine medstudenter ble delegert til forskjellige arbeidsoppgaver – noen skulle registrere rekvisisjoner, andre skulle bistå i andre logistiske oppgaver, en skulle alltid sørge for at det var kaffe (pluss kjeks og twist) tilgjengelig på pauserommet, mens jeg fikk oppgaven i å sende ut prøvesvar til ansatte som hadde testet seg for Sars-CoV-2.

Jeg husker at jeg var overrasket over hvor mange ressurser som krevdes for å opprettholde driften i denne enheten. Det var selvfølgelig forventet at det krevde mye planlegging for å drive en poliklinikk, men graden av planlegging og administrasjon var større enn jeg noensinne kunne forestilt meg. Alt fra sertifiserte helsepersonell for å ta prøvene, ansatte for å geleide og dirigere de som skulle teste seg til riktig container og samtidig opprettholde tilstrekkelig avstand mellom alle og enhver, koordinator, medisinsk ansvarlig, registrering av rekvisisjoner, utsending av prøvesvar m.m.

Jeg tror jeg kan snakke for alle, både faste ansatte og oss studenter, når jeg sier at vi gikk litt «på tærne» de første ukene. Hundrevis av UNN-ansatte var i karantene, og oppgaven vår var å teste dem og få dem tilbake i jobb. Når testenheten åpnet, ante vi ikke hvor mange av disse som var smittebærere, ei heller ikke om vi selv var asymptotiske bærere. Frykten for å være smittebærer i denne nye jobben var noe jeg følte skikkelig på med tanke på at jeg vandret så mye rundt på sykehuset og ofte endte i kontakt med mange forskjellige mennesker. Jeg overvåket og vurderte enhver



antydning til symptomer som kunne skyldes Covid-19. Vurderingen jeg gjorde hver gang jeg gikk opp trappen fra 1. etasje der prøvetakingsenheten lå til kontoret i 4. etasje, jeg tenkte på om jeg ble like sliten på vei opp trappen som jeg normalt ville blitt, er i dag litt komisk å tenke tilbake på. Under lunsjen luktet jeg litt ekstra på matpakken min, og vurderte om den smakte like mye som jeg normalt ville syntes den gjorde. Hver morgen når jeg sto opp svelga jeg flere ganger etter hverandre for å kjenne etter antydninger til halssmerter.

Det var et stort fokus på å holde avstand til hverandre, desinfisere kontaktpunkter og minnere antall nærkontakter i starten. Ikke nok med at vi var nødt å passe på smittevern og selve driften, men måtte vi også passe på at det juridiske ble gjennomført på tilfredsstillende vis. Om det er noe som virkelig har overrasket meg i denne perioden som ansatt i BHT, er det mangfoldet av juridiske reglement som ligger til grunne når noe skal gjennomføres eller nytt skal vedtas (som for øvrig skjedde omtrent hver dag de første månedene), og hvor liten grensen er mellom hva som er lovlig og ikke. Sett utenfra er det umulig å forestille seg alt som må tas hensyn til, og jeg har fått et litt nytt perspektiv på kritikken det offentlige har fått for at saksbehandlinger og prosesser tar tid. Når jeg ser hvor mange unntak som gjøres fra normale, juridiske regler under unntaktstilstanden vi var/til dels er i, skjønner jeg hvor utrolig vanskelig det er drifte en avdeling på et sykehus.

I retrospekt, etter å ha vært ansatt i BHT det siste halvåret, synes jeg vi som enhet ivaretok smittevern og arbeidsmiljøet på en rosverdig måte både individuelt og kollektivt. Alt fra å henge opp påminnelseslapper om å holde avstand, markere hvor det er greit og hvor det ikke er greit å sitte på pauserommet og stille spritflasker rundt omkring har blitt lagt stor vekt på under hele perioden. Til tross for stor arbeidsbelastning for mange har det sosiale behovet også blitt vektlagt. Arrangering av «pølsefest» i lunsjen, treningstimer a la «bring sally up» i korridoren med kollegene våre på smittevernscenteret (noe jeg forøvrig er sikker på ville blitt en slager på både youtube og vgtv dersom det ble lekket til offentligheten), og vinlotteri enkelte fredager.

Samtidig som retningslinjene fra FHI ble mykere,

merket jeg at både jeg og mine kolleger gradvis endret atferdsmønsteret vårt i tråd med dette. Jeg ble mindre opptatt av smittevern til enhver tid – uten at jeg er helt sikker på om dette er fordi jeg var lei eller fordi jeg glemte det av. Å se hvor kjapt man går tilbake til gamle vaner så snart noe normaliserer seg er en tankevekker, og nok en påminnelse om den individuelle og kollektive dugnaden vi etter all sannsynlighet står ovenfor en stund videre for å holde smittetallene nede.

Summa summarum har det å få lov til å bidra der jeg kan, bli tildelt ansvar og tillit, delta på møter med erfarne helsearbeidere og følge opp Covid-19 positive vært ekstremt lærerikt. At jeg i tillegg har blitt spurt om forslag og tanker rundt eventuelle driftsutfordringer og forbedringspunkter til tross for at jeg jobbet med mye mer kvalifiserte og erfarne helsearbeidere enn meg selv, gjorde det hele enda mer meningsfylt og givende. Samtidig tror jeg det har blitt en form for synergi da vi studenter også har bidratt med nye synsvinkler og nyanseringer på problemstillinger der det ikke har funnet noen fasitsvar eller en gullstandard å forholde seg til, noe som har gjort at enheten har fungert på en adekvat måte til tross for en ekstremt variert arbeidsgruppe sammensatt av et stort aldersmangfold med forskjellig bakgrunn og kompetanse.



# Ramazzinis termometer

Anniken Sandvik, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Vi står nå midt i en situasjon der beskyttelse av arbeidstakere mot virusssmitte har blitt et grunnleggende premiss for arbeidshelsen. I den forbindelse kan det være grunn til å minne om at også Bernardino Ramazzini (1633-1714) arbeidet i en kontekst der epidemier var en del av hverdagen.

Ramazzini var fra Carpi i Nord-Italia og jobbet som lege i Modena og Padova. Nettopp Nord-Italia ble kjent for oss i våres som et område som var særlig hardt rammet av Covid-19-pandemien. Ramazzinis verk av år 1700 om arbeideres sykdommer, *De Morbis Artificum Diatriba*, er godt kjent for oss arbeidsmedisinere. Det er imidlertid verdt å merke seg at Ramazzini har skrevet en rekke øvrige medisinske verk, hvorav mange omhandler epidemier. Han beskrev for eksempel et utbrudd av latyrisme<sup>1</sup> i Modena i 1690. Ramazzini engasjerte seg også i epidemiologiske undersøkelser av både malaria og tyfoidfeber, sykdommer som begge var vanlig forekommende i Nord-Italia på slutten av 1600-tallet. Videre analyserte han et utbrudd av kvegpest som rammet den Venetianske republikken i 1711. Han omtaler denne epidemien i sin tale av 9.november 1711 (1). Det er i denne talen han lanserer prinsippet om at «forebygging er langt bedre enn å kurere». Kvegpest var en av de klassiske smittsomme sykdommene hos storfe. Den var forårsaket av et morbillivirus, var svært smittsom og hadde høy dødelighet. Nylig har man erklært kvegpesten som utryddet på verdensbasis (2). Kvegpesten skapte stor bekymring i Italia, da man økonomisk sett var helt avhengig av husdyrholdet på Posletta. Sykdommen rammet ikke mennesker, men Ramazzini ble likevel rådspurt om hvordan man kunne begrense smittespredningen i husdyrpopulasjonen. I talen sin beskriver Ramazzini at han samarbeidet med anatomer og veterinærer i arbeidet med å identifisere årsaken til sykdommen. I sine overveielser var han bevisst på først og fremst å anbefale enkle tiltak for begrensnig av smitte. Han kritiserte samtidens leger og mente de var redde for ikke å bli tatt på alvor

dersom de ikke anbefalte kompliserte remedier (3). Tiltakene Ramazzini anbefalte mot kvegpesten var blant annet å holde låvene rene og sørge for at kyrne fikk friskt og rent høy. Ikke minst anbefalte han å holde syke og friske dyr adskilt fra hverandre. Det ble også gjort tiltak for å forebygge smitte til mennesker ved at man forbød salg av kjøtt fra syke dyr og begrenset mobiliteten til mennesker som hadde vært i kontakt med syke dyr. Ramazzini avsluttet talen sin med å fremsette det grunnleggende prinsippet om forebygging: «I would like to conclude with a few preventive arguments, since it is far more critical to preserve than to cure, just as it is better to foresee the storm and avoid it, rather than to escape from it.» (siteret etter 3).

Ramazzini hadde et stort kontaktnett blant intellektuelle i hele Europa. Blant annet skal han i sine arbeider ha vært inspirert av engelskmannen Thomas Sydenham (1624-1689) og av franskmannen Guillaume de Baillou (1538-1616) (4). Ikke minst finnes det bevart en utstrakt korrespondanse mellom Ramazzini og den tyske filosofen Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1689) (5). I disse brevene kommer det tydelig frem at Ramazzini var inspirert til å studere sammenhengen mellom natur og klima og human helse. Blant annet gjorde han en rekke målinger med termometer og barometer, førte statistikk over målingene og forsøkte å knytte disse til endringer i befolkningens helse og forekomsten av epidemier. I Tyskland hadde Leibniz liknende tanker og beskjefte seg med å knytte flere ulike vitenskaper sammen i det såkalte «bioklimatologiske prosjekt» (6). Etter oppfordring fra Leibniz publiserte Ramazzini sine undersøkelser i avhandlingen «*De constitutione anni 1690 ac de rurali epidemia quae Mutinensis agri, & vicinarum regionum colonos graviter afflixit, dissertatio*».

Interessen for sammenhengen mellom klima og epidemiske sykdomsutbrudd har en lang forhistorie. Vi finner eksempler på slike studier helt tilbake til de hippokratiske skriftene. Fra tidlig på



1800-tallet økte interessen for dette spørsmålet. I 1830 sendte regjeringen i Norge ut en forordning til legene i landet om at de i medisinalrapportene skulle gi opplysninger om: «Hvilken innflytelse en mener været har hatt på helsetilstanden i sin alminnelighet, og på oppkomsten av enkelte av de nevnte sykdommer i særdeleshet. Om mulig angis også de meteorologiske observasjoner som er gjort gjennom året med grunnlag i barometerets, termometerets og hygrometerets stand (...)» (7). Utover på 1800-tallet ble medisinsk meteorologi tilsidesatt til fordel for årsaksteorier om *miasmer* og *kontagion*. Vi finner imidlertid en kontinuitet mellom medisinsk meteorologi og

de nye årsaksteoriene: Man mente at miasmene (forurensninger) kunne oppstå i vann, dårlig luft eller i utdunstinger fra jordens indre. Årsaken til at slike miasmer oppsto anså man blant annet å være nettopp klimatiske forhold (8). Studiet av sammenhengen mellom klima og sykdom er fremdeles aktuelt. Vi ser for eksempel klare sammenhenger mellom sesonginfluensa og klima. Ikke minst er koronapandemien en tydelig illustrasjon på hvordan klimaendringer påvirker kontakten og smitteoverføringen mellom dyr og mennesker. Det virker slett ikke så utdatert å gjøre som Ramazzini: Hente frem termometeret.

## 1

Latyrisme er en forgiftning som skyldes toksiner i erteplanter. Tilstanden rammer hyppigst nervesystemet, men kan også affisere bein eller kar. Latyrisme opptrer oftest ved fattigdom og sult der folk inntar mye erteplanter og har dårlig tilgang på annen mat.

---

### Referanser:

1. Ramazzini B. Orazione Tredicesima. I Foà V, Zocchetti C (eds): Orazioni. Med Lav 2010;101 (suppl 3): 139-157.
2. Store norske leksikon, oppslagsord "kvegpest", 11.11.20. <https://snl.no/kvegpest>
3. Franco G. The 1711 Rinderpest in Bernardino Ramazzini's XIII Oration and the COVID-19 public health emergency: facts and common aspects. *Medicina del Lavoro* 2020;111,4:321-325.
4. Riva MA et al. Bernardino Ramazzini (1644-1714). *Journal of Neurology*, 2018;265:2164-2165.
5. Leibniz GW. *Sämtliche Schriften und Briefe*, Berlin, Akademie Verlag 2003, III Reihe, V Band: XLIX-LV.
6. Obst G. Leibniz' Vorstellungen über den Zusammenhang von Meteorologie und Anthropologie: "physica specialis cum medicina provisionalis" – Das bioklimatologische Projekt. *Studia Leibnitiana*, 1992;24:7-24.
7. Thurmman L. Samling af Love, Forordninger, Kongelige Reskripter og Resolutioner, Plakater, Reglementer, Instrukser, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyrlæger og Gjordemødre i Kongeriget Norge. Christiania, 1851:163, modernisert språkdrakt, (sitert etter 8).
8. Schiøtz A. Viljen til liv. Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid. Samlaget, 2017.



# Ørneblikk 4/2020 – betraktninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja

Ørn

## Arbeidsmedisinerens hverdag

Her kommer et nytt skråblikk fra den lykkeligste fasen i mitt liv; Arbeidsmedisinsk pensjonist. I henhold til arbeidsmiljølovens formålsparagraf skal arbeidsmiljøet være sånn at når du går ut av arbeidslivet skal du være et friskere og mer komplett og erfarent menneske enn da du motvillig sto opp i ørnska og møtte på din første arbeidsplass som ung og uerfaren rekrutt. Den egentlige teksten (til aml § 1-1. Lovens formål) finner du på Lovdata [1], men dette er essensen når forebyggende og helsefremmende arbeid fungerer, og med meningsfylte arbeidsoppgaver under sikre og forutsigbare rammer, slik jeg har hatt.

De fleste arbeidsmedisinere predikerer sikkert noe lignende for ansatte og ledere i de bedriftene deres bedriftshelsetjeneste betjener, men hvor ofte tenker vi at det samme må gjøres gjeldende for arbeidsmedisineren selv? Jeg unner alle arbeidsmedisinere som har både 10, 20 eller enda flere år igjen av sitt yrkesaktive liv å få oppfylt intensjonen i arbeidsmiljølovens formålsparagraf, men det kommer ikke av seg selv. Som veileder i det obligatoriske to-årige gruppebaserte veiledningsprogrammet har jeg også etter å ha blitt pensjonist, hatt anledning til å følge med på hvordan arbeidsmedisinerens hverdag utvikler seg. Og det jeg har hørt fra veilandene de siste årene, gjør meg skikkelig bekymra.

## Helsekontroller og meningsfylt arbeid

Det finnes gode unntak, men altfor ofte får jeg høre om unge bedriftsleger som har hele arbeidsdagen fylt opp med 12-13 helsekontroller, ingen deltagelse i verneverdier, arbeidsmiljøutvalg, sykefraværsoppfølging, risikovurdering, arbeidsmiljøopplæring eller andre oppgaver som vi forutsetter at en

spesialist i arbeidsmedisin skal kunne bidra med. Hvilke tjenester BHT har avtalt å levere til bedriften, er avtalt av en administrativ leder uten at legen er involvert/forespurt. Ikke blir de ansatte friskere av disse helsekontrollene, ikke blir legen klokere av å drive med det, og spesialist i arbeidsmedisin blir man ikke ved å jobbe nesten utelukkende med det. Hvis du er i tvil om hva det forventes at en spesialist i arbeidsmedisin skal kunne, så sjekk veiledningshåndboka som kom i revidert utgave i 2020 [2].

Med ny spesialistutdanning har det kommet krav om en rekke læringsmål som må nås, og for å få tellende tjeneste må bedriftshelsetjenesten være en registrert utdanningsvirksomhet. I det ligger en forpliktelse til at BHT må legge til rette for at leger i spesialisering (LIS) kan nå de fleste læringsmålene der, og ha avtale med annen BHT eller arbeidsmedisinsk avdeling hvor de resterende læringsmålene kan nås. BHT må også tilby individuell veiledning til LIS, og de små BHTene med kun én bedriftslegestilling må derfor samarbeide med andre som kan stille med en ferdig utdannet spesialist i arbeidsmedisin som veileder.

For mange av de som er eneste lege i en BHT er veiledningsgruppa det første sosiale nettverket de deltar i innen fagområdet, og at BHT gir dem tid og anledning til å delta her og på kurs og samlinger for å utvide sitt kontaktnett er vesentlig – dessverre hører jeg også at noen må bekoste deltagelsen sjøl og legge deltagelse på egen fritid eller jobbe inn timene de er borte fra de fakturerbare BHT-oppgavene.

Når perioden med overgangsordning for de som har påbegynt spesialisering etter gammel ordning



før 1. mars 2019 er over, ligger det an til å bli et kjempeproblem fordi så få BHTer har søkt om å få godkjenning som registrert utdanningsvirksomhet, og mange fortsatt driver nesten utelukkende med generelle helsekontroller. Spør du meg, burde det være en forutsetning for å bli godkjent BHT (Arbeidstilsynets ordning) at BHT også var godkjent som en registrert utdanningsvirksomhet. Først da kan en sikre seg at arbeidet for arbeidsmedisineren kan være meningsfylt, slik aml forutsetter.

### Arbeidsliv i endring

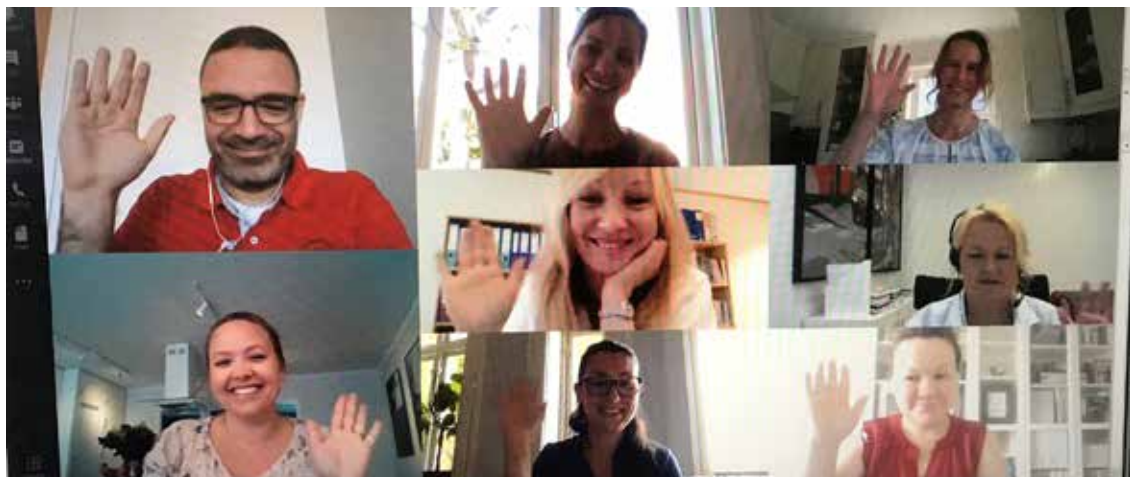
Som jeg har vært inne på flere ganger før, endringer i arbeidslivet med stadig flere eksempler på sosial dumping og et «race to the bottom» for mange arbeidstakergrupper, er en utfordring for godt arbeidsmiljøarbeid. Når det nå fra 1. november er åpnet for frislipp innen taxinæringen i Norge, er det lagt til rette for at Uber etablerer seg med sjåfører som ikke blir ansatt, men som driver som selvstendig næringsvirksomhet. Selv om transportbransjen er blant de som er pålagt å ha en godkjent BHT tilknyttet virksomheten, er det lite som tyder på at den enkelte Uber-sjåfører kommer til å bruke penger på å kjøpe BHT-tjenester.

Korriger meg hvis jeg tar feil, men jeg tviler også på at det er noen særlig etterspørsel etter BHT med bistand innen forebyggende og helsefremmende arbeid for de tusenvis av lastebilsjåfører fra Baltikum, Polen, Slovakia, Romania og andre lavkostland som nå trafikkerer norske landeveier. I luftfarten har Wizz Air startet opp med flyvninger

i Norge, med en klar holdning om at de ikke ønsker fagorganisering av de ansatte [3]. Når det ikke er fagorganiserte i Wizz Air, Amazon, innleide arbeidstakere fra utenlandske bemanningsbyråer i bygg- og anleggssektoren og andre konkurranseutsatte næringer, blir det stadig vanskeligere å etterleve den nordiske modellen for treparts-samarbeid i arbeidslivet. Uten fagforeninger blir den arbeidsmedisinske kompetansen mindre etterspurt, med færre jobbmuligheter for arbeidsmedisinere, og dette skjer som en følge av politiske vedtak som kan snus.

### En ny, digital hverdag

Er arbeidsmedisinsk praksis og virksomhet for tradisjonell og sidrumpa? Da koronaepidemien slo til våren 2020, ble mange i BHT permittert fordi det ble vanskelig å drive med individuelle helsekontroller. Men de som var på hugget og raskt oppdaterte seg på koronaspmåsmål (prosedyrer, maskebruk, testing, vaksinetekniske og medisinske-faglige spørsmål), ble viktige referansepersoner hvor bedriften kunne henvende seg for informasjon i stedet for at hver medarbeider fant sine forskjellige svar på Google. Og informasjonen har i mindre grad blitt basert på fysiske møter og trykt informasjonsmateriell, slik at de som raskt etablerte digitale møteplattformer og var i stand til å utnytte sosiale medier med formidling av korte, konsise budskap har hatt en fordel. Vi har klart å holde veiledningsgrupper i gang i koronatiden ved å kjøre videosamlinger [bilde 1], og flere BHTer har utviklet praksis for smittefri kontakt med ansatte via video når fysiske møter har blitt vanskeligjort.







I dette ligger at en arbeidsmedisiner som ikke skal bli hektet av, må være årvåken når det oppstår nye problemstillinger innen arbeidsmiljø og helse, og sikre seg tilstrekkelig styring over sine arbeidsoppgaver til å kunne sette av tid til å kunne oppdatere seg, jf. aml § 1-1 e). Å lage en videosnutt, oppdatere prosedyrer på digitale plattformer, arrangere webinarer og spre brukertilpassete budskap til forskjellige målgrupper er kanskje blitt viktigere egenskaper for en arbeidsmedisiner enn å skrive en lang og balansert, saklig informasjonsartikkel (der har jeg et forbedringspotensiale). Og det blir viktigere å beherske digitale medier for selv å få lagt ut nyheter når de er varme enn å vente på at ting skal tilpasses layout, trykkes og distribueres via snailmail (der har Ramazzini en utfordring). Prosedyrer og lærebøker som er foreldet når de kommer ut er passé, elektroniske/digitale løsninger må tilbys av arbeidsmedisinere for å bli etterspurt i den nye, digitale hverdagen.

### Når pensjonistlivet blir bonustid

Som pensjonist har jeg nå det privilegium at jeg kan sette av tid til å skrive om dette uten at det går på bekostning av et lønnet arbeid. Ikke må jeg gå ned i lønn eller stillingsprosent som noen yrkesaktive må for å beholde jobben sin, og man blir jo ikke permittert fra Statens pensjonskasse eller NAVs folketrygd selv om landet rammes av en koronaepidemi. Hjernetrim blir ivaretatt med språkkurs, så når de røde flaggene blir borte eller vaksinen er klar, står jeg klar til reising med tog og elbil. Fysisk trening har jeg tid til å ivareta på dagtid i nærområdet [4] og på årlig fjelltur med Leger over 2000, årlig skitur iblandet mer tvilsomme folkehelseaktiviteter med Norsk Selskap for Selskapsmedisin (NSSM).

Jeg kan bruke min ervervete kompetanse på arbeidsmiljøområdet i politisk arbeid, og får deltatt på møter og demonstrasjoner hvor jeg

forhåpentligvis også får påvirket samfunnsutviklingen slik jeg skulle ønske at Legeforeningen bidro sterkere til. Og sist, men ikke minst; de kreative sidene får jeg dyrket ved bl.a. å bygge lekehus til barnebarna og tre-etasjers fuglematingshus med bad for småfuglene utafor stuevinduet på hytta på fjellet [Bilde 2]. Jeg anbefaler varmt en sånn pensjonisttilværelse for alle arbeidsmedisinere, men minner om at nesten all denne aktiviteten bygger på kompetanse, sosiale nettverk og kontakter opparbeidet gjennom et langt arbeidsmedisinsk arbeidsliv med en hverdag hvor kravene i arbeidsmiljølovens formålsparagraf var oppfylt – kjemp for å beholde det for kommende generasjoner av arbeidsmedisinere!



---

### Referanser:

1. Arbeidsmiljølovens formålsparagraf: <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/§1-1>
2. Veiledningshåndbok i arbeidsmedisin: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/f98e7ade527745c596a526257b2b7b55/veiledning-arbeidsmedisin-v2.1-20200604.pdf>
3. Fri Fagbevegelse: Wizz Air etablerer seg i Norge 03.11.2020: [https://frifagbevegelse.no/nyheter/kabinansatte-mircea-fikk-sparken-da-han-startet-fagforening-i-wizz-air-6.158.741031.75455a57c3?fbclid=IwAR3EmF94he5pkBewdJq1qF\\_5bgT-9M5GjQxrjPePqEnYCbLIxtTLSO6AxBg](https://frifagbevegelse.no/nyheter/kabinansatte-mircea-fikk-sparken-da-han-startet-fagforening-i-wizz-air-6.158.741031.75455a57c3?fbclid=IwAR3EmF94he5pkBewdJq1qF_5bgT-9M5GjQxrjPePqEnYCbLIxtTLSO6AxBg)
4. Trening i Kværnertrappa: <https://www.oerneblikk.com/442071590>



# Styrets spalte

Kjersti Oddvarsdatter Sæther, styremedlem, For styrene Namf/NFAM

Arbeidsmedisinerens ståsted med en fot i medisinen og en fot i et bredt og mangfoldig arbeidsliv, legger til rette for en arbeidshverdag som er både variert og utfordrende med stadig nye virksomheter, nye arbeidsprosesser og nye eksponeringsmuligheter å bli kjent med.

Arbeidsmedisineren har gått gjennom et langt spesialisingsløp (fem år i forlengelsen av seks års medisinstudier) for å tilegne seg denne spisskompetansen. Det er vanskelig å se for seg noen andre faggrupper som har tilnærmevis en så solid kompetanse til å kunne bistå arbeidsgivere med kloke og velbegrunnede råd om tiltak som skal sikre arbeidstakere et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, samt ivareta arbeidstakeres behov og rettigheter der arbeidskrav og helse ikke lenger er avpasset. Derfor er ett av styrets satsingsområder å jobbe for at godkjent BHT skal ha minimum én lege som er spesialist eller under spesialisering i arbeidsmedisin i 100 % stilling.

Arbeidsmedisineren har med bakgrunn i sin kompetanse en sentral plass, ikke bare i bedriftshelsetjenesten i førstelinjetjenesten, men også i statlige etater som Arbeidstilsynet og Nav, samt i annenlinjetjenesten på sykehusavdelingene for utredning av yrkessykdommer, og i Krefregisteret for å forstå sammenhenger mellom kreftsykdom og arbeidseksponering.

På tross av denne unike kompetansen, opplever fagmiljøet for mange eksempler på at kompetanse ikke verdsettes eller prioriteres.

Vi får mange signaler om at arbeidsmedisinere i fellesordninger i BHT opplever en presset tilværelse, der andre faggrupper enn arbeidsmedisineren prioriterer bedriftshelsetjenestens

leveranser og metodevalg, mens bedriftslegen kun i begrenset grad har mulighet til å utøve et reelt arbeidsmedisinsk fagansvar. Mange opplever å bli tilgodesett med en mindre stillingsprosent, og arbeidsoppgaver som i stor grad er preget av minimumsløsninger i form av helsekontroller, arbeidsmedisinsk poliklinikk, og skikkethetsvurderinger (også kalt sertifiseringsmedisin). En viktig oppgave for veiledningsgruppene vil derfor være å bevisstgjøre de kommende arbeidsmedisinerne på deres betydning av å styre tjenestetilbudet i bedriftshelsetjenesten i retning av mer risikovurdering og forebyggende helsearbeid ute i virksomhetene, istedenfor individuelle helsekontroller av arbeidstakere uten større kjennskap til om det i det hele tatt foreligger en reell helseskadelig eksponering.

Vi må jobbe for at både fellesordninger og egenordninger i større grad benytter arbeidsmedisineren som en rådgiver i det forebyggende helsearbeidet på arbeidsplassen. Her er arbeidsmedisinerens deltakelse og overordnede ansvar i tverrfaglige risikovurderinger og vurderingen av risiko for helseutfall under ulike arbeidsprosesser selvfølgelig, slik kompetansespekteret i BHT tilsier.

Bedriftslegens deltakelse som rådgiver i AMU bør prioriteres i større grad enn det som er vanlig i svært mange ordninger i dag. AMU er virksomhetens viktigste forum for systematisk, forebyggende og gjenopprettende arbeidsmiljø- og arbeidshelsearbeid. Selv da forskriften eksplisitt definerte bedriftslegen som et obligatorisk medlem i AMU, ble dette punktet oversett i svært mange AMU – og i svært mange bedriftshelsetjenester.

For å dekke behovet for arbeidsmedisinere i første- og annenlinjetjeneste, både i private og offentlige



virksomheter, er utdanningsløpet sentralt.

Dessverre har det nye spesialistløpet ikke evnet å ta høyde for arbeidsmedisinens spesielle karakter, der mye av spesialistutdanningen er lagt til privat-finansierte bedriftshelsetjenester, som forventes å samarbeide, men som står i konkurranseforhold til hverandre og er styrt av markedskreftene. Det er helt nødvendig å få på plass offentlig finansiering av veiledning av leger som er under spesialisering i arbeidsmedisin. Og det er på overtid å finne en løsning på hvordan delingen av utdanningsløpet mellom de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene og bedriftshelsetjenesten skal organiseres og formaliseres. Det er et paradoks at helsemyndighetene har bestemt at en lege må jobbe i en godkjent BHT for at det skal telle til spesialiteten arbeidsmedisin. Mens en tilsvarende bestemmelse

fra arbeidsmiljømyndighetene mangler: det kreves ikke at BHT må ha lege som er spesialist eller under spesialisering i arbeidsmedisin for å bli godkjent av Arbeidstilsynet.

Styrene for Namf og NFAM har fortsatt tro på at arbeidslivet også i framtiden – direkte eller indirekte – vil nyte godt av kompetansen til arbeidsmedisinerne. Men i større grad enn andre medisinske disipliner, krever nok det at både den enkelte arbeidsmedisiner og vi som organisasjon, jobber aktivt med å være relevante og med å synliggjøre og kommunisere kompetansen vi besitter. Arbeidsmedisineren bør ta større plass, og i større grad sette seg i førersetet i den arbeidsmedisinske hverdagen.

## Ønsker du å annonsere i tidsskriftet?

Kontakt Silje på epost eller telefon:

[silje.undal@apriil.no](mailto:silje.undal@apriil.no)  
+47 930 27 413

NORGE P.P.

Returadresse:  
April story AS  
Kong Christian  
Frederiksplass 3,  
5006 Bergen

## Når hvert sekund teller!

En **helautomatisk hjertestarter** analyserer hjerterytmen og gir selv et støt hvis det trengs. På den måten unngår man unødvendige forsinkelser.

2500 dør av **hjerrestans** hvert år. Flere kunne vært reddet hvis det hadde vært en hjertestarter i nærheten.



# HELAUTOMATISK HJERTESTARTER NYHET! KUN 14.990,- eks. mva.

Ink. mva. 18.738,- Førpris: Kr. 19.990,- eks. mva. **SPAR KR. 5000,-**

- Gir tilbakemelding på kvaliteten av brystkompresjonene.
- Både norsk og engelsk språk.
- Svært brukervennlig.
- Tester alle systemene daglig.
- Tilpasser støt etter pasienten.
- RescueReady - Alltid klar!



**Røde Kors**  
Førstehjelp

**BESTILL I DAG! Tlf: 56 12 37 00**

Internett: [www.rodekorsforstehjelp.no](http://www.rodekorsforstehjelp.no) | Telefon: 56 12 37 00 | E- post: [post@rodekorsforstehjelp.no](mailto:post@rodekorsforstehjelp.no)