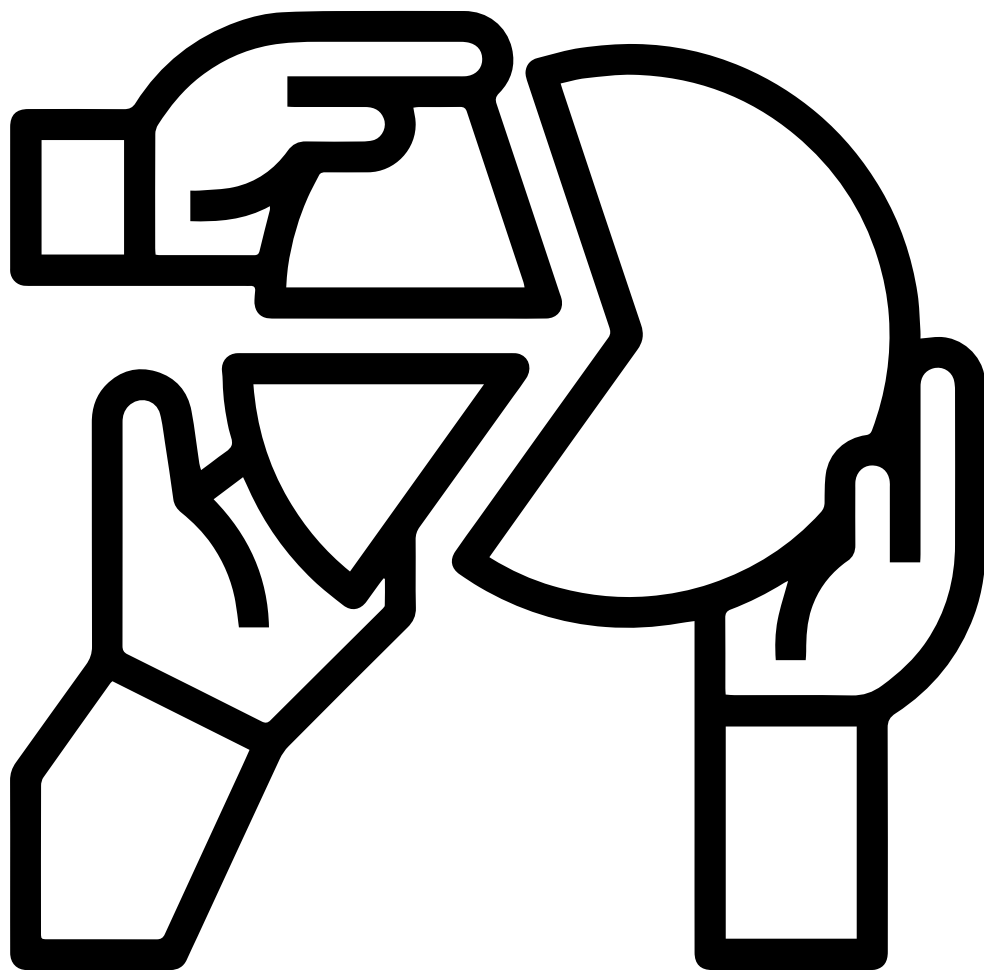


RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

TEMA

Samarbeid



RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

ÅRGANG 31 - 2023 / NR.2

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. *v/Anje Höper*

Trepartssamarbeidet: tautrekking mellom økonomiske rammevilkår og arbeidshelse – illustrert ved diskusjonen rundt fastsetting av nye grenseverdier. *v/Erik Dahl-Hansen*

Kartlegging av kjemisk eksponering offshore - et praktisk eksempel. *v/Elin Watts og Ann Kristin Gård.*

Samarbeid i bedriftshelsetenesta. *v/Morten Langeland.*

Avdelingslederforum for arbeidsmedisinske institusjoner. *v/Jan Villis Haanes.*

Bedriftshelsetjenesten og arbeidsmedisinske sykehusavdelinger – to forskjellige planeter i arbeidsmedisinens galakse? *v/Anje Höper.*

Arbeidsmedisinsk fokus på fastlegekontoret. *v/Gerd Sissel Andersen og Christin Ørbeck Sørheim*

Ørneblikk. Samarbeid og kumlokk. *v/Ørn Terje Foss.*

Veiledningsgruppe i Nord-Norge. *v/Gerd Sissel Andersen.*

Festtale NAMF- vårkonferanse. *v/Geir Riise*

Styrets spalte. *v/Kjersti Skantze*

3

4

7

11

12

13

16

19

21

22

23

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

Morten Langeland

Bedriftshelse1
Region Sør
Postboks 178
5602 Norheimsund
Tlf 95726363
morten.langeland@bedriftshelse1.no

Anje C Höper

Arbeidshelse i nord
Institutt for Samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
Postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø
Tlf 77 64 43 42
anje.hoeper@uit.no

Foreningsadresse

Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Christiania Torv 5
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Foreningssekretariat

Anders Schröder Amundsen
anders.schroder.amundsen@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: Illustrasjon hentet fra Wikimedia commons.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Collaborate_icon_from_Noun_Project.png



Leder

Kjære lesere,

Som en stor tilhenger av samarbeid i alle farger og former, mellom forskjellige yrkesgrupper, fag og sektorer, er det en glede å kunne presentere dette nummeret av Ramazzini.

Vi har hatt den sjeldne erfaringen av å ha fått inn artikler på så godt som alle temaer vi hadde sett for oss – og litt til. Dere kan lese om samarbeid på mange områder av vårt brede fagfelt, både innad og mellom de forskjellige arbeidsmedisinske arenaene. Tekstene omfatter både beskrivelser av prosesser, rapporter av spennende prosjekter og refleksjoner, blant annet med en liten utfordring til vår egen yrkesforening 😊.

Skrivegleden hos flere ble så stor at en artikkel om samarbeid med kunstig intelligens må vente til neste nummer. Samtidig får vi en liten smakebit av dette temaet fra Ørn allerede nå.

Til slutt har vi fått Geir Riise til å gi oss en sammenfatning av festtalen han holdt på NAMFs vårkonferanse i slutten av april. En artikkel om resten av denne konferansen må også vente til neste nummer. Det er altså mye å se fram til både i dette og neste nummer.

Vi håper at alle får et godt og velfortjent avbrekk i sommer, slik at dere får ladet batteriene til den kommende høsten.

*På vegne av redaksjonen,
Anje*



Trepartssamarbeidet: Tautrekking mellom økonomiske rammevilkår og arbeidshelse – illustrert ved diskusjonen rundt fastsetting av nye grenseverdier

Av Erik Dahl Hansen, pensjonist, tidligere lege/fagsjef i Norsk industri.
Kontakt: edahlh@gmail.com

Begrepet arbeidshelse er ikke allment kjent. Forenklet vil jeg si at det er andelen av helsen som har blitt eller blir påvirket fra arbeidsmiljøet – på godt og ondt. Alle som er eller har vært i arbeid har i seg elementer av arbeidshelse. Partene i arbeidslivet er i store trekk enige om at et godt arbeidsmiljø er et sentralt og overordnet mål som gir god arbeidshelse. Mange vil også hevde at et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø (1) er et felles mål. Men det er arbeidsgiver som har ansvaret for at det er slik! (2). I erkjennelse av at «fullt forsvarlig» representerer et ideelt risikofritt miljø blir det nødvendig å drøfte og samarbeide om hvor lista skal ligge. HMS er derfor et meget aktuelt tema for trepartssamarbeid.

Jeg har hatt gleden av å jobbe i Norsk Industri – den største landsforeningen i NHO – fra 2013 til høsten 2022. Det har gitt god mulighet til å møte representanter fra arbeidstakersiden i ulike fora.

Mitt hovedinntrykk etter disse årene, er at representanter som jobber med HMS på vegne av partene i arbeidslivet er enige om mye. Det vi særlig kunne strides om var hvor raskt tiltak burde komme og hvor mye som burde investeres for å redusere risiko for arbeidsrelatert sykdom. Jeg har møtt mange dyktige personer med varierende utdannelse, men få eller ingen spesialister i arbeidsmedisin som direkte representerer organisasjonene på arbeidstakersiden. Det er etter min mening noe som burde prioriteres. I hvert fall bør LO unne seg slik kompetanse.

Rammevilkår

Norske bedrifter som konkurrerer med utlandet, er opptatt av at rammevilkårene skal være de samme der det er mulig. Dette gjelder både i lønsspørsmål

Faktaboks 1

Frontfagsmodellen, eller hovedkursteorien, ble lansert i 1966. Kjernen i modellen er at over tid bestemmes størrelsen på konkurranseutsatt sektor av lønnsomhetsutviklingen i samme sektor. Dette medfører at reallønnsnivået i Norge ikke kan være høyere enn det pris- og produktivitetnivået i konkurranseutsatt sektor gir grunnlag for.

Den representerer et fundament for norsk lønnsdannelse ved at norsk eksportindustri skal forhandle først i lønnsoppgjøret. Man legger til grunn at lønnsveksten for den delen av industrien som er utsatt for internasjonal konkurranse, ikke må være større enn at de beholder sin konkurransekraft. Tanken er at hvis andre bransjer får økt sine lønns tillegg mer enn frontfaget, vil det legge press på konkurranseutsatte næringer og drive opp lønnsnivået der. Da vil norske virksomheter risikere å tape i konkurransen mot virksomheter i andre land. I verste fall kan dette lede til høyere arbeidsledighet og industridød. Det vil kunne svekke norsk økonomi og på sikt true velferdsstaten. Frontfaget skaper en norm for øvrige oppgjør.

(Kilder: Parat media og NHO)

og for grenseverdier for kjemisk eksponering. Den såkalte frontfagsmodellen (se faktaboks 1) får mer omtale, men tariffforhandlinger involverer i liten grad oss fra helsesiden.

Den grunnleggende tanken om å sikre konkurranseutsatt næringsliv vilkår som gjør det mulig å operere i et internasjonalt marked, er den samme når det gjelder



grenseverdier for kjemikalier i arbeidsatmosfæren. Lave grenseverdier innebærer rammevilkår som ofte krever investeringer. Hvis norske eksportbedrifter må konkurrere med land med rimeligere produksjonsvilkår, vil vi kunne miste markedsandeler og i verste fall måtte legge ned bedrifter.

EØS-avtalen begrenser også handlingsrommet vi har for å sette norske grenseverdier. Der det blir satt bindende grenseverdier i Europa (BOELs – se faktaboks 2), krever avtalen at Norge innfører de samme. Så lenge grenseverdier er indikative (IOELs) har vi imidlertid et nasjonalt slingsrom.

I bunn og grunn koker det ned til hvilken risiko vi er villige til å utsette arbeidstakere for. Med bakgrunn i grundige kriteriedokumenter fra STAMI skal partene konkludere med hvor en ny grense skal settes. Vi har noen, men allikevel begrenset kunnskap fra målinger som kan si hvor nivået ligger i bedrifter det aktuelle stoffet finnes i arbeidsatmosfæren. Ulike risikomodeller kan stipulere hvor mange ekstra tilfeller av sykdom vi vil få ved ulike nivåer. Kan vi tolerere 5 tilfeller per 10 000 arbeidstakere over et normalt arbeidsliv?

Vi kunne ha livlige diskusjoner under drøfting av nye grenseverdier for kjemikalier. Dette er en typisk treparts arena. (Arbeidstilsynet, LO og NHO / Norsk Industri). LO møtte med sterk faglig kompetanse i dette forumet.

Grenseverdi for benzen som eksempel.

Benzen finnes blant annet i råolje og er klassifisert som kreftfremkallende siden det kan forårsake visse typer leukemier. Et sentralt spørsmål er om benzen virker via terskel-mekanismer eller om det ikke finnes noe nedre sikkert eksponeringsnivå.

I 1946, satte man i USA en grenseverdi på 100 ppm. Denne har så blitt senket siden man ved betydelig lavere konsentrasjoner kunne påvise toksisitet på gennivå og økt forekomst av sykdom hos eksponerte i epidemiologiske studier. Inntil 2021 var grenseverdien 1 ppm i Norge. Til drøftingen mellom Arbeidstilsynet og partene i 2020-2021 laget Arbeidstilsynet et grunnlagsdokument (3) inkludert et eget kapittel om toksikologiske vurderinger gitt av den toksikologiske ekspertgruppen ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Det danner et viktig faglig grunnlag for drøftingene og anslår blant annet en modell for risiko for kreft ved fallende eksponeringsnivåer for benzen. Min kollega fra LO mente på basis av dette at 0,1 ppm ville være et riktig nivå i Norge.

Faktaboks 2

Binding Occupational Exposure Level - BOEL: Gjelder stoffer hvor EU har fastsatt en bindende grenseverdi og har anmerkningen G. Norge har da ikke anledning til å innføre en høyere grenseverdi, men kan velge å innføre en lavere grenseverdi

Indicative Occupational Exposure Level IOEL: Gjelder stoffer hvor EU har fastsatt en veiledende grenseverdi og har anmerkningen E.

Hvordan EU setter grenseverdier for kjemikalier er beskrevet på denne lenken: <https://echa.europa.eu/oel-process>

EU har en grenseverdi på 1 ppm frem til 5/4-2024, 0,5 fra 5/4-2024 til 5/4-2026 og 0,2 ppm fra 5/4 2026. Yrkeshygieniske målinger fra Norge har vist gjennomsnittsverdier like i overkant av 0,2 ppm.

Etter en lengre forhandling og det vi kanskje kan kalle en form for tautrekking, aksepterte jeg på vegne av NHO/Norsk Industri å allerede nå sette det lavere nivået (0,2 ppm) som EU først etablerer i 2026 og LO godtok under tvil å ikke stå fast på kravet om en grense på 0,1 ppm.

Konklusjonen fra drøftingen ble: Arbeidstilsynet tok hensyn til tekniske eller økonomiske forhold og foreslo å sette ned grenseverdien fra 1 ppm til 0,2 ppm med virkning fra juli 2021. Dette forslaget ble deretter sendt på høring og resultatet ble en grenseverdi på 0,2 ppm.

Idealer og kompromisser

Oftest er det ikke mulig å oppnå null risiko. Alvorlighetsgrad av sykdom, hvor mange bedrifter som er berørt, hvor enkelt og effektivt det er å benytte verneutstyr og hva som vil være forventet investeringskostnad for å redusere luftforurensning i bedriften blir sentrale momenter som kan veies ulikt av partene i arbeidslivet. Over tid kommer det også gjerne et gi og ta perspektiv som kan legge grunnlag for en form for gjensidig forståelse. Jeg tror vi er heldige i Norge som har oppnådd en ganske høy grad av slik gjensidig anerkjennelse. Arbeidsgiversiden erkjenner at dyktige og krevende tillitsvalgte på sikt bidrar til levedyktige bedrifter og arbeidstakersiden må av og til akseptere at ting tar tid for å unngå at for store investeringskrav kan gjøre det vanskelig for bedriften å overleve i et tøft marked.



Vi som representerer partene, har ofte en bakgrunn innen helsefag der vi bærer med oss et ideal om at ingen skal påføres helseskade hverken på kort eller lang sikt. Når vi lander på kompromisser, vil vi til en viss grad ha reonsert på idealene. Det er en integert del av trepartssamarbeidet slik jeg ser det. Oppgaven er å vite hvem du representerer, og hva du derfor må vektlegge, samtidig som du bærer med deg din faglige integritet. Heldigvis har jeg sjelden opplevd at dette har blitt et problem. Vel tilbake i egen leir er det selvfølgelig også viktig å stimulere til tiltak og forbedringer selv om man har oppnådd utsettelse eller vilkår som gjør at bedrifter slipper store kostnader på kort sikt. Man må være forberedt på å møte kritikk

fra bedrifter som oppfatter at du ikke gjorde nok for å stoppe det de oppfatter som helt urimelige krav. På den annen side kan du også få faglig kritikk for at du aksepterte for høy risiko for arbeidstakerne.

Arbeidet med å fastsette nye nasjonale grenseverdier er, i de tilfellene vi ikke er bundet av EU, et tydelig eksempel på det viktige trepartssamarbeidet vi har i Norge. En arbeidsmedisiner kan i løpet av sin karriere havne i roller på begge sider av bordet. Det kan være utfordrende og paradoksalt om man føler at man lykkes på vegne av arbeidsgiversiden, men i sitt stille sinn tenker at den andre parten burde ha fått sitt forslag gjennom.

Referanser

- [1] **Arbeidsmiljøloven (AML)** § 4-1 <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/§4-1>
- [2] **AML § 2-1** <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/§2-1>
- [3] **Arbeidstilsynet**. Benzen, Grunnlagsdokument <https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/48c413c2d32c46f4a47f51d1d4651371/benzen-grunnlagsdokument-2021.pdf>



Kartlegging av kjemisk eksponering offshore - et praktisk eksempel

Av Elin Watts, Fagansvarlig lege Equinor.
Ann Kristin Gård, sertifisert yrkeshygieniker Equinor.
Kontakt: elin.watts@gmail.com; ann.kristin.gard@outlook.com

Innledning

Det foreligger ny kunnskap som viser at eksponering for benzen kan gi helseeffekter ved lavere eksponeringsnivå enn tidligere antatt. Grenseverdiene har blitt innskjerpet og arbeidet med å redusere risiko for benzen-eksponering er gitt høy prioritet i olje- og gassnæringen.

For rundt 10 år siden kom det tydelig frem at bransjen ikke hadde tilstrekkelig oversikt over alle arbeidsoppgavene som kunne medføre økt risiko for benzen-eksponering. Det ble etter hvert gjennomført omfattende kartleggingsprosjekter i flere oljeselskaper. Kartleggingene skulle avdekke identifisere arbeidsoppgaver med risiko for eksponering for kjemiske forbindelser som kan gi helseeffekter, og dekket KMB-forbindelser (karsinogene-, mutagene- og blyforbindelser), hvor benzen blir særskilt omtalt grunnet sin lave og stadig synkende grenseverdi.

Denne artikkelen er basert på det arbeidet som ble utført på en bore- og produksjonsplattform i Nordsjøen i 2017. Formålet med arbeidet var todelt. Første del handlet om å få oversikt over de ulike arbeidsoppgavene som kunne gi eksponering for KMB-forbindelser. Del to handlet om å utvikle og iverksette risikoreducerende tiltak slik at utførelse av arbeidsoppgavene hadde en akseptabel risiko. Helse og arbeidsmiljøavdelingen utførte dette arbeidet i tett dialog med ansatte, vernetjeneste og selskapets ledelse. På installasjonen var det seks fagdisipliner i målgruppen; mekanisk, prosess, automasjon, laborant, logistikk og elektriker.

Forfatterne ønsker med denne artikkelen å formidle hvordan arbeidet med kartleggingen ble utført,

hva resultatene fra kartleggingen ble, og det viktige oppfølgingsarbeidet som var avgjørende for å oppnå risikoreduksjon. Den tette relasjonen til arbeidstakerne, vernetjenesten og ledelsen under hele prosessen var avgjørende for å lykkes. Det som også må nevnes er hvor faglig inspirerende og samlende det var å jobbe tverrfaglig mot felles mål om risikoreduksjon.

Metode

Helt i begynnelsen av prosjektet ble det opprettet en interessentgruppe bestående av driftsleder, hovedverneombud, sykepleier på plattformen, HMS-leder på land og plattformsjef. Interessentgruppen ble informert om prosessen underveis.

Videre ble data samlet inn fra ulike kilder. Dette inkluderte selskapets eget arkiv, selskapets verktøy for registrering av hendelser og arbeidsoppgaver og database for registrering av kjemikalier. Forfatterne fikk en grundig prosess- og systemgjennomgang av fagansvarlig for operasjonsprosessen. Eksisterende kartlegginger og yrkeshygieniske målinger ble også gjennomgått som en del av forberedelsene. I tillegg ble det gjort litteratursøk hvor informasjon fra flere publikasjoner ble brukt i det videre arbeidet. Eksempelvis ble rapport fra seksjon for arbeidsmedisin ved Universitetet i Bergen «Eksponering for kreftfremkallende faktorer i norsk offshore petroleumsvirksomhet 1970-2005» (1) brukt som startgrunnlag for oversikten over kreftfremkallende faktorer offshore.

Summen av forarbeidet ga oss et solid grunnlag for å gjennomføre effektive arbeidsmøter med alle de seks fagdisiplinene. I arbeidsmøtene deltok ansatte



i hver fagdisiplin som hadde god og detaljert kunnskap om arbeidsoppgavene, fagansvarlige for disiplinen, verneombud og sykepleier ved installasjonen. Hver enkelt arbeidsoppgave ble gjennomgått og risikonivå ble vurdert i henhold til virksomhetens kriterier. Selskapets verktøy for registrering av arbeidsoppgaver og risikonivå ble brukt for dokumentasjon. Verktøyet gjorde det lett å få oversikt over den enkelte fagdisiplins samlede arbeidsoppgaver med tilknyttet KMB-risiko.

Resultater

På den aktuelle installasjonen ble det identifisert totalt 129 arbeidsoppgaver med mulig eksponeringsrisiko for KMB-forbindelser. Risikonivå knyttet til oppgavene ble vurdert og rangert på fire nivå; høy og uakseptabel (rød), høy (oransje), under kontroll (gul), lav og akseptabel (grønn). Det ble ikke tatt hensyn til bruk av personlig verneutstyr ved vurdering av risikonivå. Innenfor kategorien høy og uakseptabel risiko, var det også arbeidsoppgaver som hadde ukjent risiko hvor det var behov for ytterligere vurderinger. Fordelingen etter kartleggingen var 4 røde, 65 oransje, 45 gule, og 4 grønne arbeidsoppgaver.

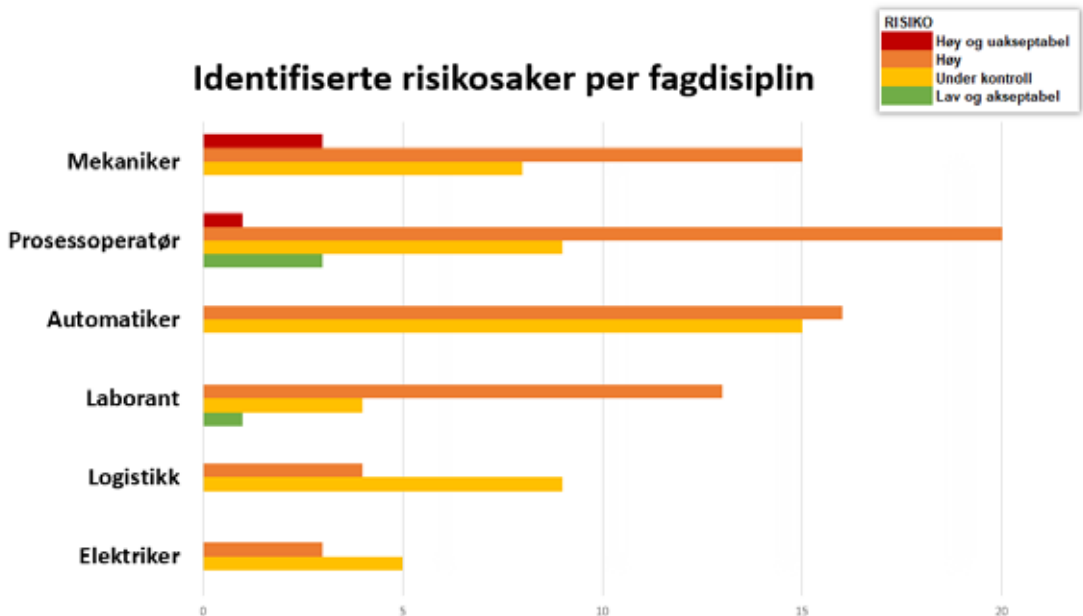
Bildet nedenfor viser antall identifiserte arbeidsoppgaver per fagdisiplin (enkelte arbeidsoppgaver gikk



«Kartlegginger og ambisjoner har liten effekt alene. God implementering av tiltak, etterlevelse og videre oppfølging er helt avgjørende for å oppnå effekt.»

på tvers av flere fagdisipliner), med tilhørende risikonivå. Mekanisk var faggruppen som samlet hadde flest oppgaver med høyest risiko. Prosess, automasjon og laborant hadde også en del arbeidsoppgaver med mulig eksponering for KMB-forbindelser. Logistikk og elektriker hadde færrest oppgaver med denne type risiko.

Resultatene ble, i tillegg til å bli registrert i selskapets verktøy, presentert i en rapport slik at det var lett for hver fagdisiplin å finne sine arbeidsoppgaver med tilhørende risiko. Hver arbeidsoppgave med høy risiko (rød eller oransje) ble detaljert beskrevet i rapporten, og informasjon om eksponeringsnivå fra tidligere utførte kartlegginger ble presentert. For hver arbeidsoppgave med eksponeringsrisiko ble det gitt konkrete anbefalinger til bruk av verneutstyr samt beskrivelse





av hvilke ytterligere tiltak som burde vurderes av ledelsen (f.eks. tekniske tiltak, anbefalinger til ombygginger, nye metodevalg og annen informasjon knyttet til muligheter høyere i tiltakspyramiden).

Listen nedenfor viser arbeidsoppgavene som ble identifisert med høyest risiko for fagdisiplinen mekanisk. De andre fagdisiplinene hadde en tilsvarende oversikt for sine arbeidsoppgaver.

Arbeidsoppgaver med høy risiko for eksponering for KMB-forbindelser (mekanisk 2017)

- Rengjøring av hydrosyklon
- Vedlikehold av pumper
- Drenering av oljefilter
- Vedlikehold på lasteventil ved prooverball
- Splitting og vedlikehold av PSV ventiler
- Flensedreining
- Skifte pulsdemper på glykolpumper
- Vedlikehold på varmevekslere (gass-system)
- Korrektivt vedlikehold på varmevekslere
- Sveising og sliping i mekanisk verksted
- Bytte av hoved-dieselfilter
- Filterbytte/rengjøring av målepakken (råolje)
- Rengjøring/entring av tank
- Korrektivt vedlikehold på crude-oil platekjølere
- Vedlikehold – åpning av flowline
- Sjekk av prooverball
- Oljeprøver på turbiner/gasskompressor
- Rengjøring av filter før plate-kjølere
- Eksponering fra vent ved opphold i modul

Oppfølging etter kartlegging i 2017

KMB-rapporten, med alle resultatene, ble først gjennomgått i AMU-møte og i møter med selskaps ledelse. Deretter ble resultatene presentert for den enkelte fagdisiplin, på alle tre offshore-skiftene. Det ble gjennomført korte møter (30 minutter) der listen over arbeidsoppgavene for den aktuelle fagdisiplin ble gjennomgått. I møtene fikk fagarbeiderne formidlet hvilke arbeidsoppgaver som var forbundet med høy risiko. Det ble tydelig for dem at det var behov for å utarbeide ytterligere avbøtende tiltak for arbeidsoppgavene med høyest risiko. Tiltakspyramiden (bildet under) ble forklart, slik at de fikk forståelse for og kunne bruke hele tiltakshierarkiet. I etterkant av disse gjennomgangene organiserte fagdisiplinene seg, og arbeidsoppgavene ble fordelt på de ulike skiftene. På den måten ble det en jevn fordeling og en overkommelig arbeidsmengde på hvert skift.

Tiltakspyramide



Videre oppfølgingsarbeid i 2018-2019

Kartlegginger og ambisjoner har liten effekt alene. God implementering av tiltak, etterlevelse og videre oppfølging er helt avgjørende for å oppnå effekt. Etter 2017 fortsatte helse- og arbeidsmiljøavdelingen å jobbe i tett samarbeid med de ansatte, vernetjenesten og ledelsen. De ansatte bidro aktivt i arbeidet med å identifisere, utarbeide og gjennomføre tiltak.

Eksempler på utførte tiltak:

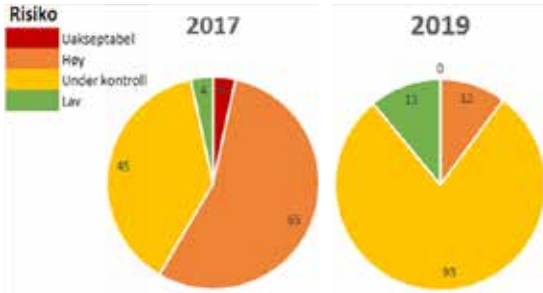
- Eliminering av oppgaver
- Utbedring av punktavsug / ventilasjon
- Anskaffe ejetektor
- Anskaffe induksjonsvarmer
- Bruk av vanntåke
- Utbedring av prøvetakingspunkt
- Krybbe og lokk ved prooverball
- Forbedret klargjøring og rengjøring
- Redusert frekvens på oppgaven
- Nye krav og retningslinjer for bruk av åndedrettsvern
- Nye krav og retningslinjer for bruk av kjemikalihansker

For å få bedre dokumentasjon på eksponeringsrisiko ble det utført en rekke målinger, med både direktevisende utstyr og med ulike typer yrkeshygieneiske målinger. Parallelt med flere av målingene ble det utført biologisk monitorering av risikoutsatte arbeidstakere. Dette ble gjort på arbeidstakere under utførelse av arbeidsoppgaver med forventet høy risiko for eksponering. Disse arbeidsoppgavene ble utført med bruk av verneutstyr. Biologisk monitorering (måling av nedbrytningsproduktet S-fenylmerkaptursyre, S-PMA, i urin) ble utført for å verifisere at verneutstyr hadde tilstrekkelig beskyttelse. Ingen av prøvene knyttet til biologisk monitorering viste opptak av benzen.

Etter omfattende forbedringsarbeid i perioden fra 2017 til 2019 gikk forfatterne systematisk gjennom de 129 ulike arbeidsoppgavene og vurderte risikonivået på ny for å kunne tallfeste risikoreduksjon.



Sektordiagram nedenfor illustrerer risikoreduksjon fra 2017 til 2019.



Hva er status i 2023

Som en del av arbeidet med denne artikkelen var det naturlig å ta en utsjekk på status i dag, fire år etter at KMB-prosjektet ble avsluttet for vår del. Det er gledelig å registrere at arbeidet er videreført, og



Det å dra nytte av hverandres kunnskap og erfaring gjorde at vi fikk fram hvor mye mer verdiskapende det er å jobbe sammen, enn om vi hadde jobbet hver for oss.

at installasjonen fortsatt jobber systematisk med å redusere KMB-risikoen. Flere arbeidsoppgaver med tilhørende risiko er eliminert. En ser også at det er tilkommet nye arbeidsoppgaver grunnet nye arbeidsprosesser og endrede tekniske forhold.

Det jobbes aktivt med å oppdage, forebygge og redusere risikoen knyttet til arbeidsoppgaver som kan utgjøre en helsefare. Selskapet har satt krav til nye systematiske gjennomganger minimum hvert femte år, eller ved endringer i den enkelte prosess/arbeidsoppgave.



På bildet: Ann Kristin Gård (til venstre) og Elin Watts (til høyre) samarbeider for å ta ned eksponeringsrisiko for KMB-forbindelser. Her ute på installasjonen med prøvetakingsutstyr (Ann Kristin med ATD-rør (Automatic Thermal Desorption) og Elin med S-PMA test).

Konklusjon

Dette praktiske eksempelet viser at systematisk, langsiktig og forpliktende HMS-arbeid bærer frukter i form av betydelig risikoreduksjon. Etablering av interessentgruppen sikret nødvendig forankring og gjorde prosjektgjennomføringen smidig. Det tette samarbeidet mellom installasjonen og bedriftshelsetjenesten (forfatterne) var også av stor betydning for å nå målet om risikoreduksjon.

Suksessfaktoren i dette prosjektet har nok vært det tette samarbeidet mellom arbeidsmedisiner og yrkeshygieniker. En tverrfaglig tilnærming var svært nyttig i både forarbeidet, kartlegging av risikobildet, forståelse av ulike problemstillinger, valg av tilpassede løsninger, og for effektiv utvikling og implementering av tiltak. Det å dra nytte av hverandres kunnskap og erfaring gjorde at vi fikk fram hvor mye mer verdiskapende det er å jobbe sammen, enn om vi hadde jobbet hver for oss.

Litteratur referanser

- [1] Steinsvåg, K; Bråtveit, M; Moen, BE. Eksponering for kreftfremkallende faktorer i norsk offshore petroleumsvirksomhet 1970-2005. (2005) <https://w2.uib.no/filearchive/eksponering-for-kreftfremkallende-faktorer-i-norsk-offshore-petroleumsvirksomhet1970-2005.pdf>
- [2] National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH, USA), "Hierarchy of Controls", modifisert Hierarchy of Controls | NIOSH | CDC



Samarbeid i bedriftshelsetenesta

av Morten Langeland, bedriftslege i Bedriftshelse 1 (Voss, Norheimsund, Odda)
Kontakt: morten.langeland@bedriftshelse1.no

For ein del vart -80- og -90-talet med nyetableringar av fellesBHTer, kommunale BHTer, statlege og fylkeskommunale BHTer, m.m. ein blømningsperiode for samarbeid. Fellessamlingar som Arbeidstilsynet var delarangerørar av, vart storhendingar der det var mangt å dela. Å dela idéar, kartleggingsmetodar, spørjeskema og mykje anna vart nyttig i staden for å sitja på kvart sitt nes og finna opp hjulet på nytt.

Når ein ser tilbake på denne tida, var det likevel ein del uryddig terreng. Det var ikkje formalitetskrav til kompetansen som bedriftene skulle ha slik at BHTer kunne verta «utkonkurrerte» av allmennlegar i ein periode der Helsekontrollane (helst årleg) stod særleg sterkt. Insitamentet til å koma ut i bedriftene til gjera gode risikovurderingar og få gode standardar for arbeidsmedisinsk aktivitet kunne vera særers varierende.

Men med dei oppdaterte retningslinene til Arbeidstilsynet og spesifisering av utdanningskrav er me no komne lenger i å kunne gjera meir spissa arbeidsmedisinsk arbeid. Her vil nok vidare BHT-samarbeid vera nyttig sjølv om alt dette nye førte til BHT-samanslåingar, oppkjøp og skjerpa konkurranse. Bedriftsløyndomer innanfor BHT måtte ein òg vera meir forsiktig med.

Likevel er det fleire måtar å samarbeida på i dag som vil vera nyttige framover.

1. I store verksemdar kan hovud-BHT vera med i utarbeiding av anbudsgrunnlaget for underleverandørar. Det kan så leggjast til rette for BHT-samlingar. T.d. har Statnett kome i gang igjen med slike samlingar etter pandemien (februar -23) og planlegg utsending av oppdatert informasjon om samarbeidet før sommarferien.
2. BHTer har felleseige av landsdekkjande BHT med dertil tilhøyrande samlingar. Dette fordrar økonomiske modellar som kan vera krevjande.

Eigarstrukturar kan òg skifta slik at situasjonen kan vera ein heilt annan året etter.

3. Konsern som bruker ulike BHTer og har egne forum. T.d. Hydro.
4. Store konsern som har eigen BHT, som er så stor at dei har fleire mindre avdelingar. T.d. Equinor, helseføretaka, m.fl. Mellom anna har helseføretaka sine BHTer fått i gang faste samarbeidsmøte regionalt og nasjonalt.
5. Rettleiingsgruppene (Veiledningsgruppene) i spesialistutdanninga. I dialogen i gruppemøta kan det vera noko idéutveksling, besøk i kvarandre sine BHTer, og evt. hospitering med tanke på seleksjonsmedisinske mengdekrav til attestar.
6. Andre kjeder til samarbeid mellom BHTer: Kontaktar via tillitsvalde, under vidareutdanning/etterutdanning, LIS-periode på utdanningsinstitusjon, m.fl.
7. Utfordringane innanfor miljømedisin der arbeidsmedisinarar vil ha særskild kompetanse. Til spesialiteten vår er dette tilleggsaktivitet (Læringsaktivitet ARB104-117). Men samanlikna med t.d. stor-satsinga i Sverige, vil dette feltet vera ein nyttig «fagekspansjon» for arbeidsmedisin og naudsynt for å gje kompetanse ut til kommunane. Spreidde forsøk på dette har vore gjort tidlegare i ulike kommunar, men ved etablering av eit nasjonalt kompetansesenter, vert det fart og samordning i dette. Dette kan gje grunnlag for samarbeid mellom BHTer og mellom BHTer og andre aktørar.

Erfaringane me fekk under pandemien med Teams/andre digitale møte, kan bidra til å gje låg terskel til å få i gang/halda i gang samarbeid, så eg utfordrar medlema våre til å koma med gode tips/skriva om ting som fungerer godt.

Litteratur:

- [1] Langeland, M. Personlege inntrykk og erfaringar frå 1989 – 2023, inkl. Vårkonferansen 2023.
- [2] Riise, G. (styreleiar i Kompetansesenter for miljø og helse (KMH) om «Miljø, klimaendringar og helse» Innlegg på Vårkonferansen 2023
- [3] Helsedirektoratet: Læringsaktivitetar til spesialitet i arbeidsmedisin



Avdelingslederforum for arbeidsmedisinske institusjoner

Av Jan Haanes, Avdelingsleder/-overlege, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN
Kontakt: jan.vilis.haanes@unn.no

Lederne ved landets arbeids- (og miljø)medisinske avdelinger har etablert et uformelt kontaktforum. I tillegg til disse regionale sykehusavdelingene deltar også Statens Arbeidsmiljøinstitutt ved leder(e) for Arbeidsmedisin og epidemiologi.

Undertegnede var som fersk leder med å starte dette like etter årtusenskiftet. Hensiktene var å ha et forum der vi som ledere for de arbeidsmedisinske institusjonene kunne informere hverandre og drøfte saker av felles interesse og betydning. Forumet har ingen formell rolle, alle beslutninger tas av den enkelte institusjon. Rammene for, og innholdet i, dette samarbeidet har i prinsippet vært uendret fra oppstart.

Lederforumet utøves i hovedsak gjennom 2-4 fysiske møter per år og per e-post. Møtene starter med en kort gjennomgang av bemanning og øvrig status ved institusjonene. Deretter tas aktuelle saker, som alle kan melde inn. Eksempler på saker er spesialisertutdanning for leger, faglige forhold relatert til alle profesjoner, prosedyrer og praksis av både faglig og mer administrativ art, fagutvikling og økonomi/rammebetingelser. Videre lages det felles høringsuttalelser i aktuelle saker. Akkurat nå arbeider vi med en mulig felles uttalelse på "NOU 2022: 19 Oljepionerene – en kompensasjonsordning", der institusjonene er foreslått å få en vesentlig rolle i forhold til arbeidsmedisinske utredninger.

De siste ca. 10 årene har ett årlig møte også inkludert en del der ledelsen ved NAV Yrkessykdomskontor møter oss. Dette har vært svært nyttige møter for begge parter, der vi både har kunnet drøfte mer konkrete faglige og administrative problemstillinger og fått bedre forståelse for de rammene begge arbeider innenfor.

Selv om forumet hele veien har bestått nesten utelukkende av leger, har vi søkt å være oss bevisste at vi leder et større felt av arbeidshelse enn bare arbeidsmedisin. Tilsvarende gjelder at vi også har fokus på arbeidshelseområdet utover institusjonene, ikke minst på bedriftshelsetjenestenes viktige rolle innen fagfeltet. Spørsmålet om å bygge ut institusjonene til også å dekke miljømedisin i større grad enn i dag har også vært ett tilbakevendende tema.

Som deltaker på alle (?) møtene, er min oppfatning at vi hele veien har hatt nyttige og gode dialoger, i en konstruktiv og vennlig ramme. Det har vært hyggelig å bli kjent med våre opp gjennom årene mange trivelige ledere. Jeg tror vi sammen har klart å få til mer for hele fagområdet enn uten dette forumet. Som i alle andre sammenhenger, vil jevnlig dialog også redusere faren for misforståelser eller unødvendige motsetninger. Dersom noen ved institusjonene eller utenfor disse, har saker de tenker burde tas opp i dette lederforumet, er det mulig å melde dem inn via en leder.



Bedriftshelsetjenesten og arbeidsmedisinske sykehusavdelinger – forskjellige planeter i arbeidsmedisinens galakse? –

Refleksjoner fra 69 grader nord på planeten jorda.

Av Anje Christina Höper, overlege Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN Tromsø; forskningsgrupeleder Arbeidshelse i nord, Institutt for Samfunnsmedisin, UiT Norges Arktiske universitet.
Kontakt: anje.hoep@uit.no

For å bli spesialist i arbeidsmedisin i Norge må man gjennomføre tjeneste i både bedriftshelsetjenesten (BHT) og på arbeidsmedisinsk sykehusavdeling. Dette har heldigvis ikke endret seg med den nye spesialistordningen, selv om kravet om en bestemt lengde tjeneste har blitt opphevet. BHTer skal ha lokal kunnskap om arbeidstakernes arbeidsmiljø og bidra til forebygging og (der det er nødvendig) oppfølging av arbeidstakernes arbeidsrelaterte (u)helse. En av sykehusavdelingenes hovedoppgaver er utredning med tanke på sammenheng mellom eksponering og symptomer, eventuell sykdom hos arbeidstakere eller tidligere arbeidstakere. I tillegg er avdelingene arbeidsmedisinens andrelinjetjeneste som skal bistå bl.a. BHT med faglig kompetanse.

I en nylig artikkel beskriver Sverre Langård historien om hvordan de arbeidsmedisinske avdelingene ble til (1). Han lister opp mange eksempler på samarbeid mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidsmedisinsk avdeling som har ledet fram til viktig forskning med tallrike publikasjoner. Han fører opp sykehusavdelingens høye kompetanse innen fagfeltet som en av suksessfaktorene for produktiviteten. Det er ingen tvil om at det sitter mye kompetanse på de arbeidsmedisinske avdelingene rundt om i landet. Samtidig lurer jeg på om BHT og sykehusavdelingene beveger seg bort fra hverandre, at vi på sykehuset ikke kan ivareta vår andrelinjetjeneste på en del områder, rett og slett fordi vi ikke er (nok) borti de samme problemstillingene.

Etter en samtale med en av våre yrkeshygienikere i 2021 har jeg hatt noen tanker i hodet som jeg ikke har blitt kvitt: Vi snakket om kjemisk eksponering og kardiovaskulær risiko, og hvordan ingen på vår

avdeling hadde vært bort i denne problemstillingen i form av en pasientsak. Vi diskuterte videre inntrykket vi hadde av at symptom- og diagnosebildet våre pasienter har skiller seg fra de medisinske problemstillingene som håndteres i BHT. Dette fremkalte to forskjellige bilder av en modifisert homunculus, miniatyrfiguren som vel de fleste leger kjenner igjen fra medinstudiet. Oversatt til den arbeidsmedisinske verden, ville vel dette være to nokså forskjellige vesener, der BHT-figuren har overdimensjonerte ører, hjerne, rygg og ekstremiteter, for å representere respektive hørselsskade, utfordringer med psykososialt arbeidsmiljø og muskel-skjelettsmerter. Avdelings-figuren derimot ville ha store lunger og hender som uttrykk for fokuset på respiratoriske sykdommer, HAVS og håndeksem, mens resten av figuren vil være heller upåfallende. Jeg fikk en god kollega til å lage en illustrasjon av det, så dere kan se selv hva jeg tenkte (Bilde 1).

Tonje Strømholm diskuterer en lignende problemstilling i sin artikkel i fjorårets Ramazzini, der hun påpeker at meldinger til register for arbeidsrelatert sykdom (RAS) domineres av meldinger om fysiske arbeidsmiljøforhold, «mens meldinger om organisatoriske psykososiale og ergonomiske forhold i mindre grad er rapportert» (2). Det diskuteres i artikkelen at dette nok delvis kan skyldes yrkessykdomslista og at muskel-/skjelett- og psykiske lidelser antakelig primært blir håndtert i BHT.

Så kanskje det opprinnelige navnet for spesialiteten, «bedriftssykdommer» fra starten av 1900-tallet (3) fremdeles er gjeldende og vi egentlig ennå har en to-delt arbeidsmedisinsk spesialitet- en for arbeidsmedisinere i BHT og en for de på avdelingene?



HOMUNCULUS MORBORUM ARTIFICUM



Homunculus BHT - ensis



Homunculus Institutionalisis

Bilde 1. Digital illustrasjon av Kari Wagelid Grønn. Vector graphic templates fra Mostphotos.com.

Hvilket samarbeid har vi mellom BHT og avdelingene?

Utover samarbeid om henviste pasienter har de fleste sykehusavdelingene i Norge flere arenaer der det samarbeides med BHT i den forstand at de ivaretar sin rolle som rådgivende institusjon; dette omfatter blant annet fagseminarer, rådgivning i enkeltsaker, tilbud om deltakelse på internundervisning eller veiledning av Lege i spesialisering i BHT uten spesialist i arbeidsmedisin. Vår egen avdeling har kontakt med en rekke BHTer i regionen gjennom ovennevnte aktiviteter, i tillegg til hospiterings- og kurstilbud. Samtidig vet vi at det er BHTer vi ikke har særlig kontakt med. Her må man sikkert ta i betraktning at BHTene er veldig forskjellige hva gjelder både størrelse, ressurser og fagkompetanse, så forklaringen kan ligge flere steder. Men kan det hende at denne manglende kontakten er begrunnet i at det ikke oppleves at vi kan være til hjelp? Selv opplevde jeg det dessverre slik i noen situasjoner i den tiden jeg var bedriftslege.

Hva kan vi gjøre? – Og må vi egentlig gjøre noe?

Arbeidshverdagen i BHT og på en arbeidsmedisinsk avdeling er grunnleggende forskjellig – av forståelige grunner, fordi mandatene våre er forskjellige. Vi hverken kan eller skal bli helt like. Med sykehusets finansieringsmodell er det også vanskelig å få argumentert inn stillinger som ikke direkte har tilknytning til diagnostisering eller behandling av pasienter, men heller befatter seg med forebygging av sykdom og uhelse.

Men kanskje vi kan finne flere områder der vi kan dra mer nytte av hverandre? Jeg selv kunne tenkt meg mer og tettere samarbeid med BHT, i hvert fall fra et forskningsperspektiv, siden BHTene er nærmere det som rører seg i arbeidslivet enn de arbeidsmedisinske avdelinger er (4). Når det gjelder pasientgrunnlaget, er avdelingene avhengig av hvem som henvises. Henviste pasienter kan være



selekterte med hensyn til om sykdommen kan godkjennes som yrkessykdom – og i innskjerpete prioriteringstider kan det hende at det er slike tilfeller det (må) fokuseres mest på. Men kanskje ville akkurat de «ikke-typiske» pasientene gi grunnlag for nye prosjekter? Hvis avdelingene ikke får nye problemstillinger gjennom henvisninger, og Arbeidstilsynet også primært får meldinger om «listesykdommer» eller andre kjente faktorer – når skal vi få tips om hvilke nye temaer det bør forskes på, som kan bringe faget framover og til syvende og sist komme arbeidstakerne til gode? Vi må ha muligheten til å snakke sammen!

Jeg opplever at møtepunktene i det norske arbeidsmedisinske miljøet er lite egnet til å føre sammen BHT og avdelingene med alle sine yrkesgrupper. Arbeidsmedisinsk høstmøte er for alle yrkesgrupper, men det er begrenset til kun sykehusavdelinger. NAMFs vårkonferanse og NYFs konferanser på den andre siden er åpne for både BHT- og avdelingspersonell, men samtidig begrenset til, eller i hvert fall myntet på, spesielle yrkesgrupper. Også

STAMIs Januarkurs er først og fremst rettet mot arbeidsmedisinere, selv om det er «åpent også for andre med interesse for sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse» (5). Jeg kunne ønske meg et forum der ALLE kan møtes, slik at problemstillinger kan drøftes med alle relevante aktører involvert; både BHT, sykehusavdelinger, Arbeidstilsynet og forskningsmiljøene. For å komme tilbake til dette opprinnelige spørsmålet: Lever vi egentlig på to forskjellige planeter? Tja, kanskje det, men samtidig er arbeidsmedisin og arbeidshelse et veldig bredt fag – og man finner vel knapt en spesialist på et sykehus i andre fag som ikke er spesialisert på ett eller annet underområde av faget sitt, men fremdeles kalles spesialist i sitt fag. Så kanskje vi ikke må være så redde for å være forskjellige, men heller utnytte det – gjennom mer dialog og møter.

Så her er min utfordring til NAMF og NYF: Hva med å **slå sammen konferansene** og inkludere både yrkesspesifikke seanser og fellesbolker i et felles arbeidsmedisinsk vår- eller høstmøte til 2024. Altså så å si et intragalaktisk møte?

Tar dere utfordringen?

Takk til Tor Ivar Østmoe ved IFIKK, Universitetet i Oslo for hjelp med latinene.

Referanser

- [1] Langgård, S. Forskningssamarbeid, bedriftshelsetjenesten og de kliniske avdelingene. Ramazzini 3/2022 s 26-28
- [2] Strømholm, T. Meldinger om arbeidsrelatert sykdom i Skandinavia. Ramazzini 4/2022 s 5-8
- [3] Sandvik, A. Spesialistens historie. Ramazzini 4/2021, s 21.
- [4] Skandfer, M. Forskning i BHT. Ramazzini 2/2022, s 5-6.
- [5] <https://stami.no/kurs/kurs-i-aktuell-arbeidsmedisin-januarkurset-2023/>



Arbeidsmedisinsk fokus på fastlegekontoret

Av Gerd Sissel Andorsen, overlege og Christin Ørbeck Sørheim, overlege
Arbeids- og miljømedisinsk avdeling UNN Tromsø
Kontakt: gerd.sissel.andorsen@unn.no; christin.orbeck.sorheim@unn.no

Mye av arbeidsmedisinen i Norge i dag utøves i førstelinjetjenesten blant annet hos fastlegene. Symmeldinger, tilbakeføring til arbeid etter symmelding, utredning av arbeidsrelaterte tilstander og forebyggende arbeid er viktige elementer i dette. Fastlegene kan mangle både tid og egnede verktøy for å utøve dette arbeidet, og er i begrenset grad kjent med nyttige samarbeidspartnere. Dette får vi stadig bekreftet i forbindelse med undervisning av 6. års medisinstudenter samt ved samtaler med både pasienter, fastleger og personell fra bedriftshelsetjenester.

Med dette som bakgrunn ønsket vi å gjennomføre et prosjekt der vi kan bidra til å øke fastlegene sin kompetanse om sentrale arbeidsmedisinske spørsmål. Vi ønsker også å øke samarbeidet mellom fastleger og bedriftshelsetjenesten, da vi tenker at det i dag ligger et stort uutnyttet potensiale i denne kontakten. Økt samarbeid vil være til nytte både for pasientene, fastlegene og bedriftshelsetjenestene.

Overordnet hensikt med prosjektet:

- Lette fastlegenes arbeid ved å informere om viktige samarbeidspartnere i arbeidsmedisin. Dette gjelder både bedriftshelsetjenestene og de arbeidsmedisinske avdelingene.
- Bidra til at symmeldte arbeidstakere kommer raskere tilbake i arbeid.
- Hindre unødvendig frafall fra arbeidslivet.
- Redusere arbeidsrelatert sykdom.
- Bidra til at de som får arbeidsrelaterte helseplager blir henvist til utredning hos arbeidsmedisiner og også får oppfylt sine trygdemessige rettigheter.
- Øke kunnskapen i førstelinjetjenesten om ekspanering i arbeid og helseeffekter.
- Informere om meldeplikten til Arbeidstilsynet på skjema 154b.

Plan for gjennomføring av prosjektet:

- Lage informasjonsopplegg til fastleger.
- Lage informasjon på flyer til legekantorene.
- Gjennomføre pilot på fire fastlegekontor i Tromsø.
- Informasjon på Fastlegeforum i Tromsø våren 2023.
- Opplegget evalueres etter dette, og dersom aktuelt vil det på et senere tidspunkt bli søkt om økonomisk støtte til å gjennomføre slike informasjonsmøter i større byer i hele helseregionen.

Gjennomføring:

I november 2022 brukte vi tre uker overlegepermisjon til å utarbeide et kortere og et lengre undervisningsopplegg. I desember 2022 startet vi med å ha et tre timers seminarbasert undervisningsopplegg for en veiledningsgruppe i allmenmedisin i Tromsø. Gruppens medlemmer arbeider som fastleger både i Tromsø og regionen rundt. På dette møtet var det flere som ønsket at vi skulle komme til deres legekantor og gjennomføre en kortere undervisning om temaet. Fra januar til mars 2023 har vi gjennomført tre internundervisninger på en time ved tre ulike legekantor, to i Tromsø og ett i Bardu. Det siste ble gjennomført på Teams grunnet dårlig vær og føreforhold. Undervisningen ble gjennomført på fastsatte tidspunkt som de ulike kantorene har for internundervisning. Ved ett av legekantorene i Tromsø ønsket de ytterligere en internundervisning, og denne ble gjennomført i april. Antall deltakere ved de ulike undervisningsoppleggene varierte fra fem til ni personer.

Undervisningsopplegget inneholdt informasjon om Arbeids- og miljømedisinsk avdeling i Tromsø, melding av arbeidsrelatert sykdom på skjema 154b, yrkesskade og yrkessykdom inkludert yrkessykdomslista, rettigheter for pasienten og fastlegens rolle. I tillegg informerte vi om sykefraværarbeid, BHT sin oppbygning, arbeidsoppgaver og rolle. Ved det len-



Fra internundervisning ved Kraft universitetshelsesenter april 2023.

gre undervisningsopplegget for veiledningsgruppen informerte vi også om spesifikke arbeidsmedisinske tilstander som HAVS, kontakteksem, kols, astma og om gravide i arbeid.

Erfaringer så langt:

Det har vært både hyggelig og nyttig å møte fastlegene på deres hjemmebane. Flere har gitt uttrykk for at de har hatt nytte av disse internundervisningene. Vi gjennomførte internundervisningene som seminar med dialog og i liten grad som forelesning. Dette opplevde vi som en svært nyttig arbeidsform, som ga rom for gjensidig utveksling av informasjon og erfaringer. Det var hensiktsmessig å møte fastlegene i små grupper på deres kontor, og vi tror at dette bidro til åpenhet og god dialog.

I det følgende oppsummerer vi erfaringer fra møtene:

- Ved alle kontorene var det noen som hadde benyttet arbeidsmedisinsk avdeling ved pasientutredninger og ga uttrykk for at de var fornøyde med tilbakemeldingene.
- Det var svært få som hadde samarbeidet med BHT i pasientsaker. De som hadde hatt et samarbeid hadde varierende erfaringer med dette.

- De fleste fastlegene hadde manglende kjennskap til BHT sine arbeidsoppgaver og mulighet for samarbeid blant annet i sykefraværsoppfølging.
- Flere fastleger rapporterte at den eneste kontakten de hadde hatt med BHT var når arbeidstakere tok kontakt for oppfølging etter at BHT hadde målt forhøyet kolesterol eller blodtrykk.
- Fastlegene benytter i svært liten grad meldeskjema 154b. Bakgrunnen for dette er at det oppleves som tidkrevende, både på grunn av at skjema må tas ut i papirform og sendes til Arbeidstilsynet samt at det er usikkerhet knyttet til takstbruk i forbindelse med utfyllingen. I tillegg er det usikkerhet knyttet til hva som er hensikten med dette skjemaet og om melding kan få negative konsekvenser for samarbeidet mellom lege, arbeidstaker og arbeidsgiver.
- Fastlegene har i varierende grad oversikt over egen rolle når det gjelder yrkesskade og yrkessykdom.
- Møtene som ble gjennomført på legekontorene og i veiledningsgruppen fungerte klart bedre enn møtet som ble gjennomført på Teams.



- I denne omgangen har vi ikke hatt vesentlig kontakt med BHT om deres samarbeid med fastlegene. Vi kjenner dermed ikke til hvordan de opplever at samarbeidet fungerer, og hva de eventuelt mener kan gjøres for å styrke dette samarbeidet.

Veien videre:

Etter å ha gjennomført denne piloten konkluderer vi med at prosjektet ga nyttig informasjon både til fastlegene og til oss. Vi ønsker derfor å kontinuere og videreutvikle dette opplegget. Målet er å nå ut til flere veiledningsgrupper i allmenmedisin og til legekontorer i regionen. Vi tilhører en stor helseregion, og ser at det er utfordringer knyttet til å få til fysiske møter både i Nordland, Troms og Finnmark samt på Svalbard.

Med bakgrunn i tilbakemeldinger i møte med fastlegene ser vi at det kan være fornuftig å inkludere opplysninger om henvisning til arbeidsmedisinsk avdeling med fokus på følgende forhold:

- Hvilke pasienter kan henvises
- Hva skal være utredet på forhånd
- Hva skal henvisningen inneholde

Tidsrammen på en time viser seg å være for kort til å kunne gå i dybden på de ulike arbeidsmedisinske tilstandene. De temaene vi fikk dekket var mer overordnede, men ga også nyttig informasjon til oss i andrelinjetjenesten om arbeidshverdagen til fastlegene. Dette er informasjon vi tar med oss i vårt videre arbeid i avdelingen. Erfaringen så langt er det at det fremkommer mye nyttig informasjon og erfaringsutveksling i små grupper. Med dette som bakgrunn legger vi i første omgang bort planen om å gjennomføre undervisning ved Fastlegeforum i Tromsø, og vil heller fortsette å besøke fastlegekontor lokalt. Vi skal nå gå i gang med å undersøke mulighetene for økonomisk støtte til å besøke fastlegekontorer i hele helseregionen.

Ønsker du å annonsere i Ramazzini?

Kontakt Ragnar på epost eller telefon:
ragnar.madsen@apriil.no
+47 928 48 492



Samarbeid og kumlokk

Av Ørn Terje Foss; @rneblikk 2/2023 – betraktninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja

Samarbeid er vel bra? Og i den nye spesialitetsordningen har vi til og med fått inn læringsmål som sier at vi må beherske samarbeide i forskjellige varianter (se tekstboks 1). Vi skal samarbeide i tverrfaglige team og ha kjennskap til og oversikt over aktuelle samarbeidsparter for tverrsektorielt samarbeid. Alt det en arbeidsmedisiner skal rådgi om, innebærer naturlig nok også samarbeid – ikke minst med arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentantene i virksomhetene.

Tekstboks 1. Noen aktuelle læringsmål om samarbeid

ARB-014: Beherske **samarbeid** i tverrfaglige team.

ARB-013: Ha kjennskap til og oversikt over aktuelle samarbeidsparter i offentlig, frivillig og privat sektor for tverrsektorielt **samarbeid** om saker på individ- og gruppenivå.

ARB-052: Ved utredning av mistenkt arbeidsrelatert sykdom eller skade, selvstendig kunne innhente relevant bakgrunnsinformasjon, både om den konkrete pasient, eksponeringsopplysninger og aktuell litteratur, og beherske tverrfaglig **samarbeid** med andre spesialiteter og yrkesgrupper.

Men hva skal det samarbeides om, og på hvem sine premisser? Etter hvert som jeg kom på flere og flere eksempler på samarbeid mellom BHT og andre, så slo det meg at nesten alt er på de andres premisser. F.eks. når noen helsebyråkrater skal dra i gang en kampanje for økt fysisk aktivitet eller få folk til å spise mindre og sunnere eller slutte å røyke, da vil de gjerne ha med BHT «på laget» for å promotere kampanjen internt i virksomhetene BHT jobber for. Men hvis noen i det arbeidsmedisinske miljøet sier at det er behov for samarbeid for å kunne tilby og finansiere BHT til de små- og mellomstore bedriftene som ofte har de største arbeidsmiljøutfordringene, så er det ikke mye respons å få.

Hvis en arbeidsmedisinsk avdeling spør en BHT om å rekruttere noen ansatte til et doktorgradsarbeid eller en epidemiologisk studie, så føler vi oss beæret. Og hvis en liten BHT mangler kompetanse eller spesialisert utstyr for kartlegging av arbeidsmiljøeksponeringer, så vil en arbeidsmedisinsk avdeling strekke seg langt for å dekke opp det som mangler. Men er det et samarbeid mellom to likeverdige parter? Og hva er det egentlig en BHT kan samarbeide med sykehusa-

avdelinger og ulike instanser innen arbeidsmedisin om? Siden dette skrives før dette temanummeret av Ramazzini om samarbeid er trykket, kan jeg ikke vente på svar derfra. Så da gjør jeg som «alle andre» gjør for tiden - supplerer ekte intelligens med litt kunstig intelligens [1]. Bing har lansert en ny søkemotor, de som har Microsoft operativsystem med Edge nettleser får nå tilgang til en av de mange nye tilbudene om chat-ting med en kunstig intelligens-drevet tjeneste. Vil du sette deg mer inn i hva dette er for noe, og hva det kan brukes til, les artikkelen fra Tom's guide [2]. Du kan like gjerne begynne å utforske dette nå, for du vil vel ikke bli en av de 300 millioner arbeidstakere som ifølge en artikkel i Aftenposten kan komme til å bli erstattet av KI, uten å vite hvordan det fungerer [3]?

Her er en situasjonsrapport fra mitt første forsøk på å få hjelp til å beskrive samarbeid mellom BHT og arbeidsmedisinsk avdeling. Jeg spør: «Hva kan man samarbeide om mellom en bedriftshelsetjeneste og en arbeidsmedisinsk avdeling?»

Etter ca. 10 sek kommer svaret, som du ser i tekstboks 2:

Tekstboks 2. Svar fra Bing

«Hei, dette er Bing. Jeg kan hjelpe deg med å finne informasjon om samarbeid mellom en bedriftshelsetjeneste og en arbeidsmedisinsk avdeling. 😊

En bedriftshelsetjeneste (BHT) er en fagkyndig rådgivende tjeneste innen forebyggende HMS-arbeid. Tjenesten skal bistå arbeidsgiver og arbeidstakere med å følge opp arbeidsmiljøet i virksomheten¹. En arbeidsmedisinsk avdeling er en spesialisthelsetjeneste som utreder og behandler pasienter med arbeidsrelaterte helseproblemer.

Det kan være flere områder hvor en bedriftshelsetjeneste og en arbeidsmedisinsk avdeling kan samarbeide om, for eksempel:

- Å utveksle kunnskap og erfaring om arbeidsmiljø og arbeidshelse
- Å samarbeide om helseundersøkelser eller helsekontroller for arbeidstakere som er utsatt for særlig helserisiko
- Å samarbeide om tilrettelegging av arbeidet for den enkelte arbeidstaker
- Å samarbeide om informasjon og opplæring om helse-, miljø- og sikkerhet
- Å samarbeide om forskning og utvikling innen arbeidsmedisin

Jeg håper dette var nyttig for deg. 🙏»



Javel, ikke så veldig mye banebrytende nytt her kanskje, så jeg følger opp med et nytt spørsmål: «Hvilke kilder har du brukt for å skrive det svaret du har gitt meg, og er de troverdige?» Da avsløres det at Bing har brukt web-søk, og oppgir sine kilder (Arbeidstilsynet). At svaret er troverdig, begrunnes med at det er valgt kilder som er offisielle, relevante og oppdaterte, og Bing påstår å ha prøvd å være objektiv og nøytral i svaret sitt. Avslutter imidlertid med å spille ballen tilbake til meg: «Jeg mener at kildene er troverdige, men du kan selv vurdere dem og sjekke om det finnes andre kilder som støtter eller motsier dem.»

For å utvide samarbeidsarenaen litt, spurte jeg så: «Har du eksempler på samarbeid mellom en kommersielt drevet bedriftshelsetjeneste og en kommunes avdeling for miljørettet helsevern?» Da kom det riktig nok et par referanser til rapport og veileder fra Helsedirektoratet om miljørettet helsevern i tillegg til en referanse til artikkel fra Arbeidstilsynet [4], som sier at «bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål, og at den kan samarbeide med andre aktører som har ansvar for arbeidsmiljøet, som verneombud, arbeidsmiljøutvalg, Arbeidstilsynet og miljørettet helsevern.»

Det var liksom ikke det mest spennende svaret jeg kunne tenke meg, og for å understreke at intelligensen er kunstig, ble svaret på dette spørsmålet avsluttet med «Jeg håper dette ga deg noen eksempler på samarbeid mellom en bedriftshelsetjeneste og en arbeidsmedisinsk avdeling.» Da ga jeg opp den faglig orienterte samtalen, og for å riste av meg skuffelsen prøvde jeg i stedet et mer hobbyorientert spørsmål til Bing: «Jeg er interessert i kumlokk i forskjellige utførelser. Hvordan finner jeg fram til andre som har den samme interessen?»

Og riktig nok, på denne litt mindre akademiske arenaen ble det ramset opp mange gode referanser til etablerte kumlokk-samlinger og -forum, særlig etter oppfølgende spørsmål. Så nå kommer det i løpet av kort tid utfyllende informasjon på min egen kumlokk-nettside [5]. Du tror kanskje at kumlokk kun er for en håndfull sære nerder? Under en av måltids-samtalene på Namfs vårkonferanse på Solstrand hotell første uka i mai, ble kumlokkenes historie og anvendelse diskutert med større interesse enn samarbeid mellom BHT og andre instanser. Da er det vel helt naturlig å runde av med en illustrasjon av et bergensk bekkalokk (som kumlokkene kalles der) og konstatere at den kunstige intelligensen er rask til å søke opp et svar på mye av det vi spør om, men det må i lang tid ennå tas med en solid klype salt.

Signert: Ørn



Bilde: Bekkalokk fra Bergen

Referanser:

- [1] 1. Wikipedia, kunstig intelligens: https://no.wikipedia.org/wiki/Kunstig_intelligens
- [2] Tom's guide; How to use the new Bing with ChatGPT - and what you can do with it: <https://www.tomsguide.com/how-to/how-to-use-the-new-bing-with-chatgpt-and-what-you-can-do-with-it>
- [3] Aftenposten nettartikkel 04.05.2023: <https://www.aftenposten.no/norge/i/APQEbn/kunstig-intelligens-kan-erstatte-flere-millioner-jobber-dette-er-yrkene-som-rammes>
- [4] Arbeidstilsynet.no: <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/roller-i-hms-arbeidet/bht/>
- [5] Ørns kumlokksamling: <https://www.oerneblikk.com/445958059/445969034/>



Veiledningsgruppe i Nord-Norge

Av Gerd Sissel Andorsen, overlege Arbeids- og miljømedisinsk avdeling UNN Tromsø
Kontakt: gerd.sissel.andorsen@unn.no

Dette er den pågående veiledningsgruppen i arbeidsmedisin i Nord-Norge. Det er nå flere år siden sist vi hadde ei veiledningsgruppe med base i Nord-Norge, men denne gruppen startet i oktober 2021. Gruppen hadde i utgangspunktet 7 deltakere fra Troms og Finnmark. Ingen deltakere fra Nordland.

Nå har det gått et år og 2 av deltakerne har av ulike grunner sluttet, og dermed er det nå 5 deltakere igjen. Vi har hatt midtveisevaluering, og de gir alle uttrykk for at de trives og har stor nytte av aktiviteten i veiledningsgruppen. Det er både bedriftsleger og sykehus-LIS med, noe som er nyttig og givende for alle.



På bildet har vi møte hjemme hos en av deltakerne og dere ser fra høyre mot venstre: Lise, Renate, Heine, Stine, Gerd Sissel (veileder) og Kristine.



Festtale NAMF vårkonferanse 2023

Av Geir Riise, Selvstendig næringsdrivende, rådgivende lege og styreleder.
Tidligere generalsekretær i Den norske legeforening (2009-2021).
Kontakt: geir.riise@hmslegen.no

Gode kolleger!

Arbeidsmedisinen har i alle mine år vært mitt hovedanker for legejobben, enten det nå var i Legeforeningen som generalsekretær eller i mine jobber som leder i Statoil, NHO, Hjelp24 (nå Avonova) eller Posten Norge AS. Arbeidsmedisinen er viktig – fordi det dreier seg om folk, arbeid, identitet, det å få mulighet til å vokse, lære noe nytt og kjenne på den gode følelsen av få til ting sammen med andre. Arbeidsmedisin er kunnskapen om arbeid og helse, hva som fremmer god helse og hva som bidrar til det motsatte. Jeg kan ikke tenke meg et mer spennende fagfelt. Fordi det bygger mennesker, lag, virksomhet, samhold og resultater.

Jeg var generalsekretær i Legeforeningen i over 12 år, spennende år hvor jeg fikk møte utrolig mange flinke og dedikerte kolleger. Jeg vil reflektere litt rundt hva det betyr å ha en sterk Legeforening.

Jeg har opplevd en Legeforening som vokste med nesten 12000 medlemmer, fra 26 500 til 38 500 medlemmer på mine 12 år i stillingen. Over 10% av foreningens medlemmer har ulike verv - for en ressurs! «For alle leger hele livet» er foreningens slagord. Vi skal være der for hverandre, styrke faget, styrke rammevilkår for yrkesutøvelse, jobbe helsepolitisk, ta vare på etikken i faget, bidra til etter- og videreutdanning og forskning. Styrke tilbudene for kolleger som sliter ved å ha gode hjelpetilbud ved Villa Sana (Modum Bad) og ved Trasoppklinikken. Hvordan vi klarer å støtte og hjelpe kolleger som har det vanskelig, er selve syretesten på om vi får ting til. I min tid fikk nesten 3-400 kolleger årlig hjelp på Villa Sana og ved Trasoppklinikken. Legeforeningen er så mye mer enn bare en fagforening. Vi er Norges største helsefaglige miljø i bredde og i aktivitet. På landsstyremøtene er aldersspredningen ofte fra 19-20 år til 80 år. Hvilken annen forening kan vise til en slik aldersspredning? Vi er en komplett profesjonsforening, som ivaretar alle aspekter av det å være lege. Vi har verdens mest spennende fag som



leger. Det medisinske faget har utviklet seg enormt på 200 år. For 200 år siden var det 90 leger i Norge (69 i byene og 21 på landsbygda). I dag har vi over 30 000 yrkesaktive leger. I år 1900 døde 1 av 10 barn før fylte ett år på grunn av infeksjonssykdom, ofte tuberkulose. Vi kan nå hjelpe flere og legge god livskvalitet til årene for svært mange - samtidig som flere kan overleve kritisk sykdom.

For å ta vare på andre må vi også ha evnen til å hjelpe og støtte hverandre. Jeg har tre mantra for et godt liv – det er: Mening, mestring og tilhørighet. Vi trenger alle en «himmel over oss», noe som er meningsfullt for flere enn bare meg selv. Som Hall-



dis Moren Vesaas skrev i diktet -Tung tids tale – «Det heiter ikkje: eg - no lenger. Heretter heiter det: vi. Eig du lykka så er ho ikke lenger – berre di». Selv om diktet ble skrevet i maidagene 1940, er budskapet fortsatt like aktuelt. Sammen er vi sterkere. Skal en organisasjon vokse seg sterk, må vi ha evnen til å tenke og handle sammen ut fra hva som er best for hele fellesskapet – medlemmene, tillitsvalgte og ansatte. De virksomheter som lykkes best er de som har et godt arbeidsmiljø, hvor ingen blir syke av å være på jobben og som samtidig evner å trekke i samme enden av tauet. Institute for Healthcare Improvement (IHI) – verdens største kvalitetsmiljø - sier at trivsel, godt organisatorisk arbeidsmiljø henger nøye sammen med kvaliteten på helsetjenestene. Forskningen viser at høy jobbtilfredshet har positiv innflytelse på legenes egen psykiske og fysiske helse, som igjen gir bedre kvalitet i pasientbehandlingen og økt pasientsikkerhet. I arbeidsmedisinen har vi kunnskapen om hva som skal til for å lykkes sammen. De som lykkes med sitt arbeidsmiljø – klarer også alle de andre oppgavene bedre. Byggesteinene er tillit, åpenhet og psykososial trygghet. Arbeidsmiljø er ferskvare. Og trappevasken starter alltid fra toppen. Kunnskap om arbeidsmedisin er en viktig nøkkel for å få ting til. Jeg er derfor opptatt av at vi snakker om faget vårt med stolthet. På vårt beste kan vi legge de viktige premisene for gode og bærekraftige løsninger.

I påsken leste jeg Henrik Syses bok «På den ene siden» En bok om å mene noe når saken har flere sider. Vi lever i en tid med mange kompliserte og vanskelige spørsmål, med krig i Europa, klimakrise, pandemier, urettferdighet, utenforskap og økende forskjeller. Vi trenger å lytte til hverandre, og da ikke bare standpunkter som styrker det vi allerede står for. Ved å lytte og være åpne kan vi bli oppmerksomme på ting vi ikke har sett eller tenkt, eller forstå ting vi ikke har forstått, skriver Syse. Slikt tvisyn og ambivalens, som Syse skriver om, er viktig for all utvikling – også i medisinsk faglige spørsmål. Helt siden Den norske legeforening ble etablert i 1886 har faget stått i sentrum, også nedfelt i formålparagrafen. (1) I dag har foreningen ca. 95% av alle yrkesaktive leger med. Ingen andre legeforeninger i hele verden har en slik oppslutning blant yrkesaktive leger. Det har jeg selv kunne konstatere etter mine mange møter i World Medical Association (WMA). Vi må hele tiden være representativ og relevant for medlemmene. Kjenne best hva som er utfordringene for alle leger og helsetjenesten, bruke det i alt vårt påvirkningsarbeid. Tenke nytt, ta nye grep. Stå opp for kvaliteten i faget. Det er viktig for norsk helsetjeneste, for virksomhetene og for pasi-

entene. Arbeidsmedisinen er i mitt hode en viktig del av denne løsningen.

Når jeg nå først har fått ordet må jeg også si noe om det vi alle eier i fellesskap, og det er Legenes hus. Symbolikken til det faglige er sterk. Legenes hus ligger på Christiania Torg – historisk grunn. Her ble Christiania grunnlagt i 1624 av Kong Christian den 4. Her bodde også den første professor i medisin – anatomiprofessor Michael Schjelderup i Øvre Slottsgate 2, det første Garnisonsykehuset i Rådhusgaten 19 (Oslos eldste bygning) og det første medisinske fakultet i Celsiusgården (rett vis a vis Legenes hus). Det første odontologiske fakultet ligger rett på andre siden av Christiania Torg. Vi kan trygt si at den medisinske vuggen i Norge var der hvor Legenes hus i dag ligger. Vi står fjelltrygt på fagets grunnpilarer – bokstavelig talt.

Referanser:

- [1] Vedtektene for Den norske legeforening, paragraf 1. <https://www.legeforeningen.no/om-oss>

Styrets spalte

v/Kjersti Skantze

Årets vårkonferanse for Namf/NFAM ble holdt 3. - 5. mai på Solstrand Bad ved Bjørnafjorden og samlet over 55 glade arbeidsmedisinere. Det er mange år siden vi har hatt så god deltakelse. Konferansen er et viktig faglig- og sosialt samlingspunkt for hele det arbeidsmedisinske miljøet. Gamle bekjentskap fornyes, og nye bekjentskap blir etablert. Det er spesielt godt å se at det vokser i rekkene bak den gamle garden. Styret håper i enda større grad å kunne legge til rette for at konferansen er interessant for de nye i faget. Det arbeidsmedisinske miljøet trenger slike samlingspunkt for å sikre et godt grunnlag for samarbeid i vårt spennende og viktige fag.

NORGE P.P.

Returadresse:
Den Norske
Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo