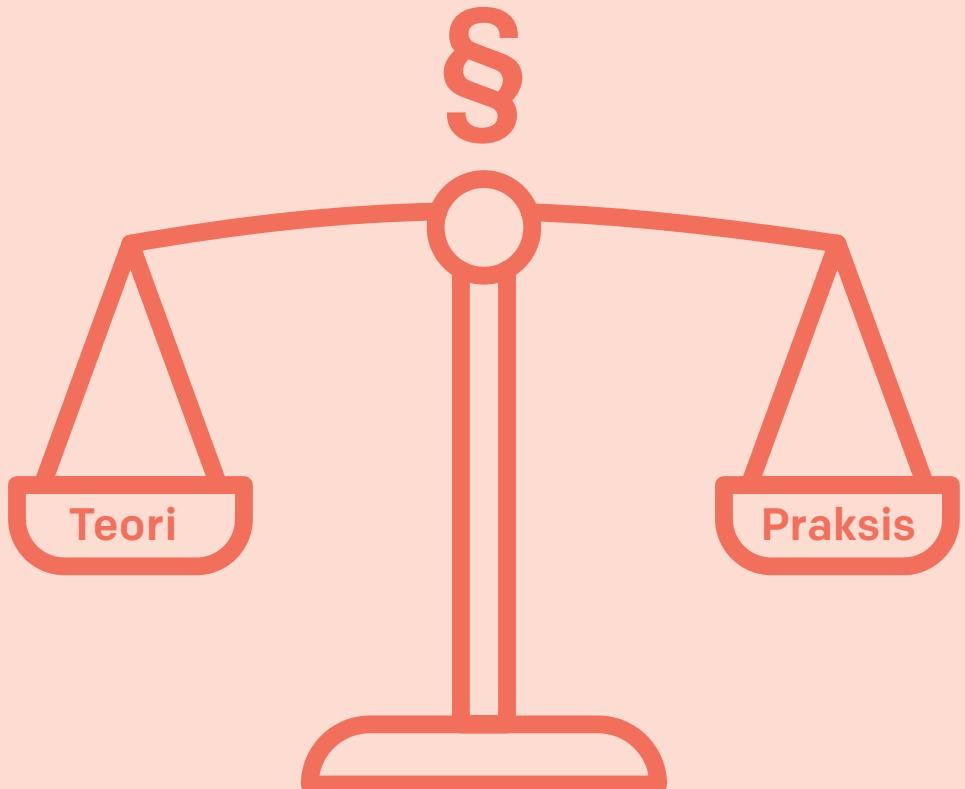


# RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

TEMA

## Jus og arbeidsmedisin – fra teori til praksis





# RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids  
- og miljømedisin

ÅRGANG 28 - 2021 / NR. 3

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. Av *Anje Höper*

Lovlig forskjellsbehandling – andre del.

Av *Alf Magne Horneland og Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen*

Nya föreskrifter om medicinska kontroller i arbetslivet (AFS 2019:3)

Av *Ingemar Rödin*

Hvordan fastsettes grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren i Norge?

Av *Astrid Lund Ramstad*

Min hverdag

Av *Tonje Strømholm*

Dommeren og døtrene

Av *Anniken Sandvik*

Ørneblikk 3/2021 - betraktninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja.

Av *Ørn Terje Foss*

Kongens fortjenestemedalje til Tom Myran

Minneord: Pasientens advokat Gunnar Mowé (1929-2021)

Av *Tor Erik Danielsen, Petter Kristensen og Ebba Wergeland*

Styrets Spalte

Av *Yogindra Samant*

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 T. Möllerløkken**

Arbeids- og miljømedisin  
Institutt for global helse og  
samfunnsmedisin  
Universitetet i Bergen  
Postboks 7800  
5020 Bergen  
ole.mollerlokk@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  
anje.hooper@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: Figur hentet fra Wikimedia Commons, modifisert av Anje Höper





# Leder

Dette nummeret av Ramazzini er ikke det første som tar for seg temaet «jus og arbeidsmedisin», og det vil heller ikke være det siste. Jus er og forblir et viktig tema i den arbeidsmedisinske verden.

**S**tore norske leksikon (SNL) definerer jus som «rett (lover og regler) i videste forstand» og videre at «Jussen omfatter lover og alle andre bestemmelser som fastsetter rettigheter og plikter for rettsubjektene.» (1) For undertegnende som tysker er jo dette ved første øyekast en velkommen definisjon som gir klare regler det er greit å forholde seg til. Men selv om jeg allerede i mine første år på arbeidsmedisinsk avdeling skjønte at disse tilsynelatende trygge rammene kan begynne å vakle, var det ikke før min tid som bedriftslege at jeg for alvor kjente jussens «gleder og besvær» i møte med det virkelige livet. For, som det heter videre I SNL under «rett (lover og regler)», så er «Skillet mellom rettsregler på den ene siden og moralbud, skikk og bruk og liknende på den andre ... usikkert og veksrende. En grunnleggende forskjell er imidlertid at det bare er rettsregler som er rettslig bindende.» (2) Det er akkurat denne vanskelige balansegangen mellom lovkrav og skjønn vi kan lese om i nummerets første artikkel som er fortsettelsen av artikkelen om sakkyndighetsarbeid for leger fra siste nummer.

Lover og regler er ikke noe som bare må tas til etterretning. Nettopp i disse dager er det høring på Arbeids- og sosialdepartementets «Forslag om tiltak for en forenklet og mer målrettet bedriftshelsetjenesteordning» (3), der departementet har tatt hensyn til anbefalingene fra ekspertgruppens rapport «Hva bør skje med BHT» (4). Mange av våre lesejobber nok i disse dager på et høringssvar til dette. Høringsnotatet inneholder forslag til lovendringer

som skal bidra til å få bedriftshelsetjenestene tilbake til kjerneoppgavene der **arbeidshelse** står i fokus, samtidig som man forbedrer arbeidsgivernes bestillerkompetanse overfor bedriftshelsetjenestene. Vi håper at høringsinstansene gir gode innspill. I mellemtiden byr vi på en artikkel om hvordan nabolandet Sverige har prøvd å løse denne problematikken. De har gjort grep som blant annet gjør det lettere for arbeidsgiver å etterleve sitt ansvar med hensyn til å følge lovkrav og som samtidig gir klarere retningslinjer for bedriftshelsetjenestens oppgaver.

Med et tema som jus og arbeidsmedisin er det kanskje ikke overraskende at vi har mange innlegg fra Arbeidstilsynet. Videre i nummeret får vi både innblikk i hvordan Arbeidstilsynet jobber med fastsetting av grenseverdier for kjemikalier og hvordan en arbeidsmedisiners hverdag i Arbeidstilsynet ser ut. Til slutt tar redaktøren et lite historisk sveip, før «Styrets spalte» minner oss på legenes meldeplikt ved mistanke om arbeidsrelatert sykdom og Ørn plasserer Thorbjørn Egner i en odontologisk verden styrt av en drøvtygger.

Vi takker forfatterne for fine artikler og håper at alle leseere finner noe av interesse i dette nummeret,

På vegne av redaksjonen

Anje Höper

1) <https://snl.no/jus>

2) [https://snl.no/rett\\_-\\_lover\\_og\\_regler](https://snl.no/rett_-_lover_og_regler)

3) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-om-tiltak-for-en-forenklet-og-mer-malrettet-bedriftshelsetjenesteordning/id2861053/?expand=horingssvar>

4) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hva-bor-skje-med-bht/id2601628/>



Medisinsk seleksjon og sakkyndighet:

# Lovlig forskjellsbehandling – andre del

HORNELAND, ALF MAGNE, I, II, IV, SOMMERFELT-PETTERSEN, JAN KNUDTZON, II, III, IV

I Haukeland Universitetssjukehus, Yrkesmedisinsk avdeling, Norsk senter for maritim medisin og dykkemedisin

II International Maritime Health Foundation

III Haukeland Universitetssjukehus, Føretakssekretariatet

IV Norsk forening for maritim medisin

Korrespondanse til: Alf Magne Horneland: alf.magne.horneland@helse-bergen.no

**Medisinsk seleksjon er en form for sakkyndighetsarbeid og innebærer forskjellsbehandling av enkeltindivider. Hva behøves for å gi tilfredsstillende saklig begrunnelse både på gruppe- og individ-nivå? Hva kreves av legen i disse rollene – og av dem som lager reglene?**

I forrige nummer av Ramazzini diskuterte vi litt om likestillings- og diskrimineringslovens krav til at funksjonsnedsettelse må være av avgjørende betydning for å kunne brukes til å velge noen bort fra en jobb eller et yrke, og vi diskuterte behovet for å kunne begrunne avgjørelsen med fakta og objektiv saklighet. I denne artikkelen vil vi gå litt videre på samme tema.

## **Seleksjonslegen - «fast oppnevnt» sakkyndig**

En sakkyndig er en person som har spesielle fag-kunnskaper om et spesielt emne<sup>1</sup>. Seleksjonsleger har vanligvis en fast oppnevnelse i kraft av sin godkjenning til å utøve seleksjon innenfor et aktuelt fagområde (flymedisin, dykkemedisin, sjøfartsmedisin, petroleumsmedisin, militær tjenestedyktighet etc.). Folketrygdloven har ikke bestemte regler om

sakkyndige, men omtaler at en person kan pålegges å la seg undersøke av «den lege eller annen sakkyndig» som etaten bestemmer<sup>2</sup>. Det er ingen detaljerte regler for hvordan arbeidet skal utføres, men man kan finne enkelte føringer for arbeidet i Etiske regler for leger<sup>3</sup>, i forvaltningsloven og i ulike seleksjonsforskrifter med tilhørende veiledere for seleksjonsleger.

Oppdraget skal løses på en objektiv måte i henhold til fagområdets standard for godt arbeid. Er det mulig å oppnå dette når en lege skal utøve skjønn?

En trussel mot objektivitet i seleksjonsmedisinien er at legen kan stå i en rollekonflikt og med dette ha lojalitetskrav overfor flere involverte aktører. Derfor er det f.eks. for sjømannsleger forbudt å stå i et avhengighetsforhold til arbeidsgiver, rederi, rederi-organisasjoner eller sjømannsorganisasjoner. Dette kan være vanskelig dersom man er både bedriftslege og seleksjonslege samtidig. Bedriftslegen ser på hvordan arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet påvirker den enkelte arbeidstaker, og tiltakene som iverksettes modifiserer arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø, slik at det ikke skal være skadelig. Seleksjonslegen ser det hele motsatt vei: Han ser på hvordan arbeidstakeren påvirker arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet.

1 Norsk Jusleksikon

2 LOV-1997-02-28-19 Lov om folketrygd, Kap. 21 Saksbehandling i trygdesaker. Anke- og klagebehandling m.m. § 21-3.

3 <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> Anvendt: 2021-04-14.



I noen tilfeller kommer i tillegg utøvelsen av faget inn under Forvaltningsloven<sup>4</sup> som krever begrunnelse for et enkeltvedtak, som f.eks. sjømannslegenes avgjørelse etter helseforskriften for sjøfolk<sup>5</sup> eller helseforskriften for loser<sup>6</sup>. Andre ganger - selv om det er juridisk diskutabelt - er tilsvarende arbeid definert ut av forvaltningslovens virkeområde, selv om saksbehandlingsreglene langt på vei er de samme, som f.eks. i helsekravforskriften for offshore petroleumsarbeidere<sup>7</sup>. Forsvaret har tidligere ikke definert medisinsk seleksjon som et forvaltningsvedtak, men endret dette fra 2012<sup>8</sup>. Selv om det ikke framgår direkte av aktuelle regelverk for seleksjonskrav, er det likevel klart at forskjellsbehandlingen må kunne begrunnes i at egenskapen har avgjørende betydning for utøvelsen av arbeidet eller yrket – og dette gjelder uten unntak alle samfunnsmråder.

### Negativ versus positiv seleksjon

Likestillings- og diskrimineringslovens krav om at funksjonsnedsettelsen må ha avgjørende betydning for utførelsen av arbeidet eller yrket handler om den forskjellsbehandlingen som er begrunnet i eksklusjon pga. funksjonsnedsettelse (negativ seleksjon). Ved denne formen for seleksjon tar vi utgangspunkt i at dersom man ikke mangler noe (her en medisinsk diagnose), så er man skikket. Bare hvis man finner en medisinsk tilstand som medfører redusert funksjonsevne utelukkes vedkommende. Ved en slik prosess klarer vi bare å vise at vi ikke finner noe som tyder på at man ikke kan utføre arbeidet. Men vi har ikke bevist at man kan utføre arbeidet.

Noen ganger prøver man på å gjøre akkurat det, dvs. man setter opp testkriterier som handler om fysiske og/eller psykologiske prestasjoner, og først når man klare disse, blir man inkludert. Her blir man ikke forskjellsbehandlet fordi man har en funksjonsnedsettelse, men fordi man ikke klarer å prestere

det man antar at jobben krever. Man starter med å anse at ingen er skikket, og inkluderer personene etter hvert som de består prestasjonstestene. Under forutsetning av at disse prestasjonstestene virkelig representerer det man har behov for i yrket, er dette en seleksjonsmetode som har høyere treffsikkerhet enn negativ seleksjon.

Flertallet av seleksjonsmedisinske standarder og kriterier er preget av negativ seleksjon, av og til med et islett av positiv seleksjon, men det siste er helst for yrker som stiller høye krav til yteevne (militært personell, brannmannskaper, politi). Helsekravene til sjøfolk har generelt formulerte krav om fysisk yteevne, men disse er ikke detaljert slik at man kan måle prestasjonene. Det er fortsatt overlatt til seleksjonslegens skjønn.

### Diskriminering: To konkrete eksempler

Etter vår mening er et av helsekravene i «Veileder til Forskrift om helsekrav for personer i arbeid på innretninger i petroleumsvirksomheten til havs» et eksempel på indirekte diskriminering. Der står det under punkt «8.6 Perifer sirkulasjon»<sup>10</sup>:

*«Personer med heterozygot Leiden-mutasjon vurderes i henhold til ovenstående såfremt det ikke samtidig foreligger andre risikofaktorer for DVT. Personer med homozygote Leiden-mutasjoner oppfyller ikke helsekravet»*

At funksjonsnedsettelsen som skyldes en medisinsk tilstand er av avgjørende betydning for utøvelsen av arbeidet eller yrket, kan være vanskelig å avgjøre. Vi mener det er avgjørende at helsekravet kan begrunnes med evidens. Utgangspunktet i dette eksempelet er sannsynligheten for førstegangs tromboembolisk sykdom, som er 0,008 % per år i den generelle befolkningen. Personer med heterozygot

4 LOV-1967-02-10 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

5 FOR-2014-06-05-805. Forskrift om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger.

6 FOR-2018-12-20-2257. Forskrift om helseundersøkelse av loser og losaspiranter.

7 FOR-2010-12-20-1780. Forskrift om helsekrav for personer i arbeid på innretninger i petroleumsvirksomheten til havs.

8 Smith, EM. 2016. Kan legeerklæringer i visse sammenhenger være enkeltvedtak? UiO Det juridiske fakultet: Masteroppgave.

9 FSAN hadde i 2010 ikke kjennelse som enkeltvedtak (FSAN 2010 P6 Bestemmelse for militær helsetjeneste og legebedømmelse; punkt 2.8.1), men siden 2012 har det vært et enkeltvedtak (FSAN 2012 P6 Bestemmelse for militær helsetjeneste og legebedømmelse; punkt 16.1).

10 IS-1879 Veileder til Forskrift om helsekrav for personer i arbeid på innretninger i petroleumsvirksomheten til havs, Kap. 8, Hjerte-karsystemet, Punkt 8.6 Perifer sirkulasjon, annet led.



Faktor V Leiden mutasjon (FVL) har ca. 7 ganger så høy sannsynlighet og homozygote har ca. 35 ganger så høy sannsynlighet , hvilket vil si at heterozygote FVL har en sannsynlighet<sup>11</sup> på 0,056% per år, og homozygote FVL har en sannsynlighet på 0,28 % per år for en førstegangs tromboemboli. Vi synes denne risikoen som fortsatt er godt under 1% per år er så liten at det neppe kan sies å være av avgjørende betydning for utøvelsen av arbeidet eller yrket i petroleumsvirksomheten til havs, og vi oppfatter dette som en indirekte forskjellsbehandling som ikke kan sies å oppfylle kriteriene i Likestillings- og diskrimineringsloven § 9, og som er i strid med samme lovs § 6, jf. § 8. Til sammenligning er kravet for piloter i cockpit på fly at de ikke skal ha en sannsynlighet for «sudden incapacitation» på over 1% per år<sup>12</sup>. Går man nøye gjennom det som finnes av seleksjonsmedisinsk regelverk i Norge i dag, vil man med stor sannsynlighet finne en rekke slike bestemmelser som det er vanskelig å underbygge.

Et eksempel på direkte diskriminering har vi fra Diskrimineringsnemnda sitt vedtak i en sak der en sjømann klaget avgjørelsen hos sjømannslegen inn for nemnda<sup>13</sup>. Fra før hadde Fagnemnda opphevet vedtaket.

Sjømannslegen hadde funnet klageren udyktig på basis av diagnosene Hepatitt C, HIV+ og Syfilis. Men det var ikke gjort en risikovurdering utover å konstatere diagnosene. Diskrimineringsnemnda konkluderer med følgende:

«*Etter nemndas vurdering har ikke B sannsynliggjort at det var konkrete forhold ved As helsetilstand på undersøkelsestidspunktet som tilsa at det var nødvendig å utstede en permanent udyktighetserklæring. Et nærliggende handlingsalternativ ville være å utstede en foreløpig udyktighetserklæring. På bakgrunn av faktum i saken tar ikke nemnda stilling til om nødvendighetsvilkåret ville vært oppfylt ved en slik foreløpig*

*erklæring, men konkluderer med at det i alle fall ikke var nødvendig å utstede en permanent udyktighetserklæring. Vilkårene for lovlig forskjellsbehandling er dermed ikke oppfylt.»*

Det er god grunn for både de som utsteder forskrifter og de som skal praktisere dem, å tenke gjennom om Likestillings- og diskrimineringsloven er fulgt.

Eksempelet over med forbud mot å arbeide offshore dersom man har en homozygot Faktor V Leiden mutasjon er ikke bare et brudd på Likestillings- og diskrimineringsloven. Det er også et brudd på Bioteknologiloven der det heter at «Genetiske undersøkelser skal bare anvendes til medisinske formål med diagnostiske eller behandlingsmessige siktemål.»<sup>14</sup>

Det er videre spesifisert i den tilgrunnliggende Odelstningspropositionen, der det heter i kommentaren til § 5-2<sup>15</sup>:

«Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett og fastsetter at genetiske undersøkelser bare skal anvendes til medisinske formål med diagnostiske og/ eller behandlingsmessige siktemål. Dette innebærer at genetiske undersøkelser ikke kan foretas f.eks. for å få klarlagt om en person er fysisk/helsemessig egnet til bestemt arbeid eller for å vurdere helsemessig risiko i forsikringssammenheng. Det vil også være forbudt å foreta genetiske laboratorieundersøkelser for å bestemme kjønnstilhørighet i idrettsammenheng»

Det betyr at kravene i veilederen til Helsekravforskriften for offshorearbeidere er brudd både på Bioteknologiloven og Likestillings- og diskrimineringsloven, og selv sagt i strid med det ulovfestede likebehandlingsprinsippet.

#### Akseptabel risiko

Når er en medisinsk egenskap eller funksjonsnedsettelse så alvorlig at hensynet til individets interesse

11 From Annals of Internal Medicine, Bauer KA, The thrombophilias: Well-defined risk factors with uncertain therapeutic implications, vol. 135, p. 367. American College of Physicians, Inc. Graphic 56252 Version 12.0 UpToDate 2021.

12 Gray G, et al i «Assessing aeromedical risk: a three-dimensional risk matrix approach». Heart 2018;105:s9–s16. doi:10.1136/heartjnl-2018-31305.

13 Diskrimineringsnemnda. Sak DIN-219-440

14 LOV-2003-12-05-100. Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven), § 5-2

15 Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven), Til § 5-2 Anvendelse av genetiske undersøkelser, s.134.



**Figur 1. Sammenligning av begreper brukt for å beskrive sannsynlighet i tre ulike foreskrifter** (Prosentangivelser gjelder bare for sjø og los.)

Helsekravforskriften Offshore* (ikke tilordnet prosentangivelse)	Forskrift om helseundersøkelse Sjø**- og los*** (tilordnet prosentangivelse)	
Øket	Svært lav	<2% per år
Lav	Lav	2-5% per år
Svært lav	Moderat	5-10% per år
Vesentlig øket	Høy	>10% per år
Liten		
Ubetydelig		
Minimal		
Større		
Lavere		
Forøket		
Eller bare «Sannsynlighet»		

\*Forskrift om helsekrav for personer i arbeid på innretninger i petroleumsvirksomhet til havs

\*\*Forskrift om helseundersøkelse for arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger

\*\*\*Forskrift om helseundersøkelse av loser og losaspiranter

må vike for det saklige formålet, uten at individet kan vise til usaklig forskjellsbehandling?

Sannsynligheten for en medisinsk hendelse er alene ikke nok til å estimere risiko forbundet med en slik hendelse. Det er ikke bare hensynet til individet, men følgene for andre i individets nærhet og det arbeidet eller den innretningen man arbeider på som må

være avgjørende. Det er nødvendig med inngående kunnskap om arbeidsplassen og arbeidsoppgavene - tillegg til den rene medisinske vurderingen - for å kunne gjøre vurderingen.

Det finnes ingen konsensus i Norge om hvordan vi skal fastsette sannsynlighet eller konsekvenser i en seleksjonsmedisinsk sammenheng. Det er også

16 IMO= International Maritime Organisation: FNs organisasjon for sjøfarten.

ILO= International Labour Organisation: FNs organisasjon for arbeidslivet.

17 IMO/ILO Guidelines on the medical examination of seafarers, Part 1, Section I, Paragraph 4 (iii)

18 The International Labour Organization (ILO) vedtok «Medical Examination of Young Persons (Sea) Convention, 1921 (No. 16)», som en av sine første konvensjoner. International Labour Organization ble etablert i 1919 som en følge av Versailles-traktaten som gjorde slutt på første verdenskrig. I 1946 ble ILO et FN underbruk.



99

stor mangel på definerte grenser for akseptabel og uakseptabel risiko. I regelverk og veileddninger for seleksjonsmedisin er det sjeldent nøyaktig presisert hvor stor risiko som kan aksepteres.

### Tallfesting av risiko

Når det gjelder medisinske tilstander, har vi ganske gode begreper om hva som er sannsynligheten for en komplikasjon, en re-innleggelse eller re-operasjon, overlevelse eller død. Det kan være angitt på ulike måter, men lar seg som regel tallfeste. I seleksjonsmedisinen er vi imidlertid også opptatt at en rekke hendelser som ikke er å finne i studiene, som hypoglykemier eller synkoper som ikke medfører sykehussinnleggelse eller kontakt med helsevesenet. I seleksjonsmedisinske regelverk finner man ofte beskrivelser av sannsynlighet som ikke lar seg så lett tallfeste, se Figur 1.

Personlige erfaringer tilsier at spesialister tallfester begrepene ulikt, der f.eks. «Lav sannsynlighet» av enkelte kan bli definert som 10 % per år, mens vi vil kalle det en høy sannsynlighet, slik det er definert i Forskrift om helseundersøkelse for sjøfolk og for loser. Mangel på felles begrepsforståelse når det gjelder sannsynlighetsbetraktingen, medvirker til å svekke den risikovurderingen vi skal gjennomføre og kan lett føre til misforståelser mellom sakkyndig og bestiller av en sakkyndig erklæring.

Å vurdere hvilke konsekvenser det vil få dersom den som har arbeidsoppgavene brått blir satt ut av spill eller får redusert sin funksjonsevne, eller hvor mye arbeidsoppgavene vil lide dersom arbeidstakeren har en varig funksjonsnedsettelse, er vanskelig, og ikke nødvendigvis noe en lege har spesifikk kompetanse om. Noen ganger kan det også hende at en medisinsk tilstand kan føre til feilhandlinger, som har uønskede eller til og med farlige konsekvenser. Ønskesituasjonen ville være at man en gang i framtida

Når det gjelder medisinske tilstander, har vi ganske gode begreper om hva som er sannsynligheten for en komplikasjon, en re-innleggelse eller re-operasjon, overlevelse eller død

kunne bli enige om hvordan konsekvenser skulle vurderes i forhold til jobbsituasjon/arbeidsoppgaver. Inntil da er vi avhengige av å vurdere risiko gjennom utøvelse av skjønn.

### Seleksjon av sjøfolk: alvorlighetsgrad av medisinsk tilstand i relasjon de arbeidsoppgavene som skal utføres

IMO/ILO<sup>16</sup> «Guidelines on the medical examination of seafarers»<sup>17</sup> er noe så sjeldent som et internasjonalt regelsett for seleksjonsmedisin med en hundreårig historie som begynte da ILO fortsatt ikke var et FN-organ<sup>18</sup>. Det setter et overordnet krav til seleksjonen av sjøfolk:

*«It is essential to ensure that medical certificates genuinely reflect seafarers' state of health, in light of the duties they are to perform».*

Dette beskriver to vesentlige faktorer som må vurderes, nemlig "state of health" og "the duties they are to perform". Følgende eksempel viser dette med tydelighet.

Det er ikke nok å kjenne en diagnose, det er heller ikke

'...state of health...'

Alvorlighetsgrad – ikke bare diagnoser

#### Overstyrmann 1

- Diabetes mellitus – insulinbruker
- Ustabil metabolsk kontroll
  - ØHJ innleggelse 4 ggr. sistet året pga. hypoglykemi
- → Høy sannsynlighet for hypoglykemi (> 10% per år)

#### Overstyrmann 2

- Diabetes mellitus – insulinbruker
- Stabil metabolsk kontroll
  - Siste hypoglykemiske episode, kontrollert hjemme, for 10 år siden
- → Svært lav/lav sannsynlighet for hypoglykemisk episode (<2 % - 5 % per år)

'...in light of the duties...'

Ikke samme vurdering uansett jobb/arbeidsoppgaver

#### Overstyrmann 1

- Skip: Super-tanker
- Fartsområde: Houston-Rotterdam
- Synkope under brovakt
- Konsekvenser
  - Skipet fortsetter på autopilot
  - Ingen individuelle skader eller tap av liv
  - Kanskje kontakt med Radio Medico
  - Styrmannen tatt av vakt og ute av arbeid én dag
  - Medisinsk oppfølging i neste hav
  - Hendelsen går under forsikringsrådaren – ingen utbetaling fra forsikringsselskap

#### Overstyrmann 2

- Skip: Hurtiggående passasjerbåt - 100 PAX
- Fartsområde: Bergen-Selje
- Synkope under brovakt
- Konsekvenser
  - Fartøyet kjerer på grunn i løpet av sekunder/minutter
  - Tap av liv + masseskade av passasjerer
  - Rednings-operasjon
  - Enorme kostnader for forsikringsselskapet



99

nok å kjenne alvorlighetsgraden av den medisinske tilstanden, man er nødt til å gjøre en vurdering i relasjon til det arbeidet som skal utføres, og i tillegg skal det være av avgjørende betydning for utførelsen av arbeidsoppgavene dersom man velger å utelukke noen, dvs. forskjellsbehandle. Tidsperspektivet for vurderingen er så lenge som en helseerklæring kan gjelde, vanligvis 2 år i for sjøfolk, loser og petroleumsarbeidere.

### Tilsyn med seleksjonsleger

Den rettsmedisinske kommisjon har som oppgave å kvalitetssikre rettsmedisinske erklæringer og uttalelser som gis av sakkyndige i straffesaker<sup>19</sup><sup>20</sup>. Noen tilsvarende overprøving finnes ikke for seleksjonslegene.

Sjøfartsdirektoratet fører tilsyn med sjømannsleger, både i inn- og utland. De har et krav om et kvalitetssystem<sup>21</sup><sup>22</sup> i henhold til en internasjonal anerkjent standard etter modell av f.eks. ISO 9001, i samsvar med den minstestandard FN-organene IMO og ILO har vedtatt i de ovenfor omtalte internasjonale retningslinjene for helseundersøkelse av sjøfolk<sup>23</sup>, forankret i STCW-konvensjonen<sup>24</sup>. Under tilsynet vurderes selve systemet og dets etterlevelse, til likstopp med stikkprøver på skjønnensutøvelse og dokumentasjon<sup>25</sup>. Tilsyn med seleksjonsmedisinsk virksomhet kan også komme inn under Statsforvalterens ansvarsområde, i den grad det reises spørsmål om forsvarligheten i utøvelse av rollen som helsepersonell<sup>26</sup>. Kanskje det burde innføres tilsyn med alle seleksjonsleger slik man gjør for sjømannslegene? Det finnes så vidt vi kjenner til, ingen systematisk gjennomgang av kvaliteten på de seleksjonsmedisinske beslutninger som blir tatt av godkjente seleksjonsleger, og om det er noen forskjell på dem som har pålegg om et kvalitetssystem og dem som ikke har det.

Faget baserer seg på standarder og kriterier som kan være vanskelig å forsvare overfor Likestillingslovens krav om å unngå indirekte diskriminering.

### Konklusjon

Seleksjonsmedisin er et sakkyndighetsarbeid som er omfattet av mange ulike lover og regler og som skiller seg vesentlig fra den vanlige behandlende leges rolle. Faget baserer seg på standarder og kriterier som kan være vanskelig å forsvare overfor Likestillingslovens krav om å unngå indirekte diskriminering. Manglende definisjoner av grader av sannsynlighet for medisinske hendelser og grader av konsekvenser vanskeliggjør risikovurderingen i dag. Uklar rolleforståelse når det gjelder sakkyndighetsarbeid og seleksjonsmedisinske avgjørelser gjør jobben komplisert for mange leger og svekker resultatet. Noen ganger blir begrunnelsen for legens vedtak konstruert i ettertid, og har ikke egentlig medvirket til konklusjonen i første omgang. Det er et spørsmål om ikke alle seleksjonsleger burde ha tilsvarende krav til kvalitetssystem og tilsyn som sjømannslegene har. En egen utredning av seleksjonsmedisinen i sin fulle bredde er på sin plass. Kanskje vi behøver en NOU?

19 LOV-1981-05-22-25 Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven) §§ 146 og 147

20 FOR-2018-02-13-240 Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon

21 FOR-2014-06-05-805. Forskrift om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger, § 7 bokstav h

22 RSV 12-2014 Kvalitetssystem for sjømannsleger. Sjøfartsdirektoratet.

23 IMO/ILO Guidelines on the medical examination of seafarers, Del 2, Kap VIII, Avsnitt 8

24 International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers, 1978, med oppdateringer.

25 Informasjonskriv om tilsyn med sjømannsleger, sendt 31.01.2018. Sjøfartsdirektoratet.

26 LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell mv., § 4. Forsvarlighet.



# Nya föreskrifter om medicinska kontroller i arbetslivet (AFS 2019:3)

Ingemar Rödin, Arbetsmiljöverket Sverige  
ingemar.rodin@av.se

Krav på medicinska kontroller (målrettet helseundersøkelse) finns i Sverige sedan många år tillbaka på ett antal områden i arbetslivet. Arbetsmiljöverket reglerar sakområdena vibrationer, handintensivt arbete, nattarbete, 2 olika kategorier allergiframkallande kemiska produkter, fibrosframkallande damm (asbest, vissa syntetiska oorganiska fibrer och kvarts), bly, kadmium, kvicksilver, klättring med stor nivåskillnad (hög höjd), rök- och kemdykning, samt dykeriarbete. Vid ett antal av de medicinska kontrollerna ska den medicinska undersöningen också leda till en bedömning för tjänstbarhetsintyg. En arbetsgivare får i den typen av arbete bara sysselsätta de arbetstagare som har fått ett tjänstbarhetsintyg vid den medicinska kontrollen.

Utöver Arbetsmiljöverkets regler, så finns på det medicinska området regler från andra myndigheter på andra sakområden. Exempelvis så har Transportstyrelsen regler om medicinska krav inom luftfart, järnväg, sjöfart och vägtrafik, och Strålsäkerhetsmyndigheten kring arbete med exponering för joniserande strålning.

I Sverige är det i huvudsak arbetsgivaren som är skyldig att följa våra regler för arbetsmiljön, precis som i Norge. När vi skulle revidera våra föreskrifter om medicinska kontroller var en viktig tanke att underlätta för arbetsgivarna, då vi fått signaler om att de bland annat hade svårt att förstå det medicinska innehållet i de dåvarande föreskrifterna. Det medförde att de tyckte att reglerna i sin helhet var vanskliga att förstå. Arbetsgivarna hade också svårt att uppfylla de krav som fanns om att i princip ta ansvar för de medicinska undersökningarna. Det slutade ofta med att

de lämnade hela AFS:en (häftet med föreskrifterna) till företagshälsovården (bedriftshelsetjenesten) och sa ”ta tag i det här, vi förstår inte vad de vill att vi ska göra”.

För att försöka lösa det problemet delade vi upp föreskrifterna i:

- föreskrifter (i paragrafform), där det uttrycks vad arbetsgivaren ska göra för att anordna de medicinska kontrollerna, och vad som gäller för arbetsgivarens ansvar i övrigt, och
- bilagor, med det som arbetsgivaren ska beställa från företagshälsovården (FHV), både rätt kompetens på den som utför undersökningarna, innehållet i undersökningarna och de bedömnin- gar som ska göras av den som utför kontrollerna.

Allt ansvar ligger fortfarande på arbetsgivaren, men de behöver nu inte förstå alla de medicinska aspekterna i bilagorna i detalj. Den medicinska kompetensens och FHV:s ansvar lyder under helt andra lagar, så här förutsätter vi att de utför det uppdrag som arbetsgivaren beställt av dem, med rätt innehåll och kompetens. I Sverige kan vi på Arbetsmiljöverket inte kontrollera kvaliteten på deras arbete, men litar på att de arbetar efter de lagar och principer som gäller för dem.

Inför att de nya föreskrifterna skulle träda i kraft, höll vi 8 seminarier som arrangerades tillsammans med de 7 arbets- och miljömedicinska klinikerna runt om i landet. För att underlätta att det skulle fungera enligt tanken med de nya föreskrifterna, så tog vi också fram stödmaterial i form av vägledningar och mallar för beställning och tjänstbarhetsintyg. Samtliga dessa ligger i anslutning till AFS 2019:3 på vår hemsida av.se.



## På vilka sidor i vägledningen kan jag läsa om varje område, och i vilka paragrafer finns reglerna?

### 2 § Medicinsk kontroll



Figur 1: Utdrag ur flödesschema från vägledningen för arbetsgivare.

En av vägledningarna vändar sig främst till arbetsgivarna och beskriver hur de i praktiken kan göra för att följa reglerna. Föreskrifterna innehåller 82 paragrafer. Ett antal av dem är övergripande och gäller alla de medicinska kontrollerna, men de flesta berörde olika sakområdena. Genom att leda arbetsgivaren genom föreskrifterna i ett flöde ville vi visa på ett sätt att snabbt kunna sätta sig in i vilka regler som gäller för just mig, t ex om mina arbetstagare arbetar med vibrerande verktyg.

Vi tog i detta syfte fram ett flödesschema, för att visa på vilka paragrafer som gäller just mig, och i vilken ordning jag som arbetsgivare ska läsa reglerna. Varje sakområde har sedan en egen sida, som följer samma ordning. I vägledningen förklaras också en del allmänna koncept och de regler som inte ingår i flödet, t ex de om sanktionsavgifter som kan delas ut om arbetsgivaren bryter mot vissa av reglerna.

En andra vägledning vändar sig främst till de som ska utföra de medicinska undersökningarna på FHV (eller motsvarande, som det står i lagstiftningen). I huvudsak rör det sig om läkare, men undersökningar för handintensivt arbete kan också utföras av ett flertal andra yrkeskategorier. Här finns exempelvis för varje sakområde korta beskrivningar av de relevanta riskerna, och rekommendationer om vad man ska ta särskild hänsyn till vid en bedömning för tjänstbarhetsintyg.

Vi tog också fram en blankettmall för arbetsgivarens beställning. Om arbetsgivaren använder den och fyller i samtliga uppgifter korrekt, uppfylls de flesta av de krav som finns på hur beställningen ska gå till. Den ger också tydligt besked till FHV om vad beställningen

innebär och dess innehåll.

Till sist finns på vår hemsida också mallar för tjänstbarhetsintyg på de olika områdena där det krävs. Om dessa fylls i korrekt innehåller också de alla de uppgifter som krävs enligt kraven på tjänstbarhetsintyg i föreskrifterna.

I och med de nya föreskrifterna i AFS 2019:3 så gjordes också några förändringar i sak. Bland annat tillkom nya regler för handintensivt arbete och kvicksilver, sänktes gränsvärdena för bly i blod, samt ändrades reglerna för nattarbete.

De nya föreskrifterna i AFS 2019:3 Medicinska kontroller i arbetslivet började gälla 1 november 2019. Pga den rådande pandemin har vi inte kunnat göra den uppföljning vi brukar göra, men har fått många signaler om att det nya regelverket, tillsammans med stödmaterialet, har varit mycket uppskattat. Såväl FHV, som arbetsgivare och vår egen Svarstjänst verkar tycka att regelverket blivit mer lättbegripligt och lättare att följa. En annan reflektion är att vi två läkare på myndigheten inte alls får lika många frågor om reglerna längre, som skulle kunna uppfattas som om idén om en genombrottad omstrukturering och ett tydligt stödmaterial, har lett till att reglerna idag faktiskt upplevs som mer lättolkade.



# Hvordan fastsettes grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren i Norge?

Av Astrid Lund Ramstad, sjefingeniør/Dr.scient.  
Arbeidstilsynet, astrid.lund.ramstad@arbeidstilsynet.no

**A**rbeidstilsynet er ansvarlig for arbeidet med å fastsette nye grenseverdier og/eller anmerkninger, eller revidere allerede fastsatte grenseverdier og/eller anmerkninger for forurensninger i arbeidsatmosfæren som skyldes kjemikalier.

Målet med å fastsette grenseverdier for kjemikalier (stoffer og stoffblandinger) er å redusere eksponeringen for kjemikalier som kan forekomme i arbeidsatmosfæren på arbeidsplassen. Dette for å redusere helserisikoen arbeidstakere i norsk arbeidsliv kan bli utsatt for.

Grunnlaget for fastsettelse av grenseverdier for kjemikalier, i form av et grunnlagsdokument, utarbeides av Arbeidstilsynet i samarbeid med Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og partene i arbeidslivet (Næringslivets hovedorganisasjon, NHO/ Norsk Industri og Landsorganisasjonen i Norge. LO) i henhold til Strategi for utarbeidelse og fastsettelse av grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren (1). Strategien inneholder også en rutine som beskriver hvordan grenseverdiarbeidet gjennomføres, og ansvar og roller til de som deltar i arbeidet.

## Bakgrunn

De administrative normene ble i 2013 forskriftsfestet som tiltaksverdier i forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske, kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier) (2). Fra 2015 ble dette endret til at alle verdier for forurensning i arbeidsatmosfæren fikk betegnelsen grenseverdi. Vedlegg 1 til forskrift om tiltaks- og grenseverdier inneholder listen over grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren (3).

## Grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren

Grenseverdier for kjemikalier utgjør et viktig grunnlag for risikovurderinger som arbeidsgiver er forpliktet til å gjennomføre i virksomheten. Nærmere 700 norske grenseverdier er forskriftsfestet til bruk for å vurdere arbeidsmiljøstandarden på arbeidsplasser der lufta kan være forurenset av kjemikalier. Grenseverdier benyttes som grunnlag for risikovurdering i forbindelse med kartlegging, målinger og vurdering av eksponering for kjemikalier som arbeidstakere kan bli utsatt for.

Grenseverdiene er enten fastsatt som gjennomsnittlig konsentrasjon over en periode på åtte timer, eller 15 minutter for korttidsverdier, og/eller fastsatt som en takverdi som ikke må overskrides.

Grenseverdier settes ut fra ut fra toksikologiske og medisinske vurderinger, men tekniske og økonomiske hensyn kan også utgjøre en del av grunnlaget. Selv om verdien blir overholdt, kan det oppstå helseskader eller ubehag.

*Grenseverdiene for de enkelte kjemikalene angir maksimumsverdi for gjennomsnittskonsentrasjonen av et kjemisk stoff i pustesonen til en arbeidstaker i en fastsatt referanseperiode på åtte timer. (2)*

Korttidsverdier er satt for kjemikalier for å ta hensyn til helseeffektene som kan oppstå som følge av kort eksponeringstid. Akutte helseeffekter kan for eksempel være ubehag, irritasjon, påvirkning av sentralnervesystemet og hjerte. Korttidsverdier har fått anmerkning S (Short time limit).

*Korttidsverdi er en verdi for gjennomsnittskonsentrasjonen av et kjemisk stoff i pustesonen til en arbeidstaker som ikke skal overskrides i en fastsatt*



referanseperiode. Referanseperioden er 15 minutter hvis ikke annet er oppgitt. (3)

For en del kjemikalier med fare for akutt forgiftning eller med irriterende ubehagelig virkning, er det angitt en maksimalkonsentrasjon som ikke må overskrides. Verdien for kjemikalier av denne kategorien har fått anmerkning T (Takverdi).

For kjemikalier hvor det ikke er fastsatt en korttids grenseverdi eller takverdi, kan man benytte en tomelfingerregel (4) som angir hvor store overskridelser av grenseverdien som kan aksepteres i perioder på opptil 15 minutter.

### Anmerkninger

I tillegg til en grenseverdi har enkelte kjemikalier i grenseverdilisten fått en anmerkning (tabell 1). Anmerkningene er ikke basert på kjemikalets klassifisering gitt av forskrift 16. juni 2012 nr. 622 om klassifisering, merking og emballering av stoffer og stoffblandinger (CLP-forskriften) (5), men fordi det foreligger vitenskapelige data for en slik egenskap

A:	Kjemikalier som skal betraktes som at de fremkaller allergi eller annen overfølsomhet i øynene eller luftveier, eller som skal betraktes som at de fremkaller allergi ved hudkontakt.
E:	EU har en veiledende grenseverdi og/eller anmerkning for stoffet.
G:	EU har fastsatt en bindende grenseverdi og/eller anmerkning for stoffet.
H:	Kjemikalier som kan tas opp gjennom huden.
K:	Kjemikalier som skal betraktes som kreftfremkallende.
M:	Kjemikalier som skal betraktes som mutagene.
R:	Kjemikalier som skal betraktes som reproduksjonstokiske.
S:	Korttidsverdi er en verdi for gjennomsnittskonsentrasjonen av et kjemisk stoff i pustesonen til en arbeidstaker som ikke skal overskrides i en fastsatt referanseperiode. Referanseperioden er 15 minutter hvis ikke annet er oppgitt.
T:	Takverdi er en øyeblikksverdi som angir maksimalkonsentrasjon av et kjemikalie i pustesonen som ikke skal overskrides.

Tabell 1: Anmerkninger fra grenseverdilisten (3).

som anmerkningen angir.

Grenseverdilisten i vedlegg 1 til forskrift om tiltaks- og grenseverdier (3) inneholder navn på de nesten 700 kjemikaliene. Unike identifikasjonskoder (Chemical Abstract Service-number, CAS-nr.) er oppgitt for de kjemikalier som er beskrevet med nøyaktig informasjon i litteraturen, grenseverdi er gitt i konsekvensangivelsen ppm eller mg/m<sup>3</sup>, kjemikalets eventuelle anmerkning er påført og årstall (fra år 2000) for siste revisjon av grenseverdi er innsatt.

### Veiledende og bindende grenseverdier fra EU

Norske grenseverdier fastsettes blant annet på grunnlag av direktiver fra EU. Det er to typer grenseverdier som kommer med direktiver i EU, og som Norge er forpliktet å innta i sin forskrift gjennom EØS-avtalen innen en gitt frist:

- veiledende grenseverdier fra det kjemiske-agens-direktivet (98/24/EC), eller kjemikaliedirektivet, og endringsdirektiver med lister som inneholder forslag til nye veiledende grenseverdier til dette direktivet.
- bindende grenseverdier fra karsinogen-mutagen-direktivet (2004/37/EC) og fire endringsdirektiver med forslag til nye bindende grenseverdier til dette direktivet.

### Veiledende grenseverdier fra EU

Kjemikaliedirektivet handler om vern av arbeidstakere mot risiko for å bli eksponert for kjemikalier på arbeidsplassen. Den 5. liste (2019/1831/EU) er den siste endringen til kjemikaliedirektivet og inneholder veiledende grenseverdier for 10 stoffer. Veiledende grenseverdier er helsebaserte grenseverdier, og for den 5. liste er disse avledet fra oppdaterte vitenskapelige data fra EUs tidligere vitenskapskomite for grenseverdier (SCOEL). Disse grenseverdiene tar ikke hensyn til tekniske og økonomiske vurderinger, men når de kommer i direktiv kan medlemslandene/EØS-landene ta hensyn til disse faktorene. For veiledende direktivverdier kan de nasjonale grenseverdiene være høyere enn de som står oppført i direktivet dersom Norge finner det er nødvendig av tekniske og/eller økonomiske hensyn, men bør nærme seg den veiledende grenseverdien. Veiledende grenseverdier fra EU har fått anmerkning E (EU har en veiledende grenseverdi og/eller anmerkning for stoffet) (3).



### *Bindende grenseverdier fra EU*

Karsinogen-mutagen-direktivet handler om vern av arbeidstakere mot risiko ved å være utsatt for kreftfremkallende eller arvestoffskadelige stoffer. Direktivets formål er å gi arbeidstakere bedre beskyttelse ved å redusere eksponeringen for kreftfremkallende stoffer i arbeidsmiljøet. EU-Kommisjonen ønsket å intensivere arbeidet med å redusere eksponeringen for kreftfremkallende stoffer og har siden 2017 publisert tre endringer til direktivet (2017/2398/EU, 2019/130/EU og 2019/983/EU), og den fjerde endringen (COM (2020) 571 final) ventes publisert snart.

Den helsebaserte vurderingen av bindende grenseverdier er enten avledet fra oppdaterte vitenskapelige data fra tidligere SCOEL eller fra nåværende Risk Assessment Committee (RAC) ved det europeiske kjemikaliebyrået (ECHA). For bindende direktivverdier må de nasjonale grenseverdiene være de samme eller lavere dvs. strengere enn de verdier som står oppført i direktivet. I direktivforslaget til bindende grenseverdier kan det være at tekniske og økonomiske vurderinger er tatt basert på en sosio-økonomisk konsekvensutredning fra EU som følger med stoffene i direktivene. Medlemslandet/EØS-landet, kan også ta tekniske- og økonomiske hensyn så lenge grenseverdiene er like eller strengere enn direktivverdien. Bindende grenseverdier fra EU har fått anmerkning G (EU har fastsatt en bindende grenseverdi og/eller anmerkning for stoffet) (3).

*At grenseverdiene er forskriftsfestet i Norge betyr i praksis at alle typer grenseverdier er bindende, også de veiledede grenseverdiene.*

### **Rutine for grenseverdiarbeidet**

Figur 1 viser rollefordeling og ansvar for Arbeidstilsynet og STAMI når nye grenseverdier skal vurderes og gamle grenseverdier revideres. Arbeidstilsynet har ansvaret for revisjonsprosessen og å sørge for at rutinen blir fulgt (1).

Arbeidstilsynet tar imot innspill til valg av kjemikalier til revisjon og vurderer mulige kjemikalier i henhold til flere kriterier. Kriterier kan være nye grenseverdier for kjemikalier fra EU-direktiv hvor Norge har høyere grenseverdi for disse kjemikaliene eller ikke har grenseverdi fra før. Videre kan kriterier være ferdigstilte kriteriedokumenter med anbefalinger fra SCOEL eller RAC, nye kriteriedokumenter fra Nordisk ekspertgruppe

for grenseverdidokumentasjon (NEG) hvor STAMI er deltaker, om Norge mangler grenseverdi for en kjemikalie som er viktig for arbeidslivet innen privat eller offentlig sektor, ny kunnskap om en kjemikalie og om Norge har en svært mye høyere grenseverdi enn andre land. I tillegg kan det komme forslag til å vurdere grenseverdier for kjemikalier fra LO, NHO/ Norsk industri, STAMI, Norsk yrkeshygienisk Forening (NYF), arbeidsmedisinske klinikker/avdelinger og fra Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet skal informere Petroleumstilsynet og partene i arbeidslivet om planlagte stoff i kommende revisjoner både fra direktiver eller ordinære revisjoner.

### *Utarbeidelse av grunnlagsdokument*

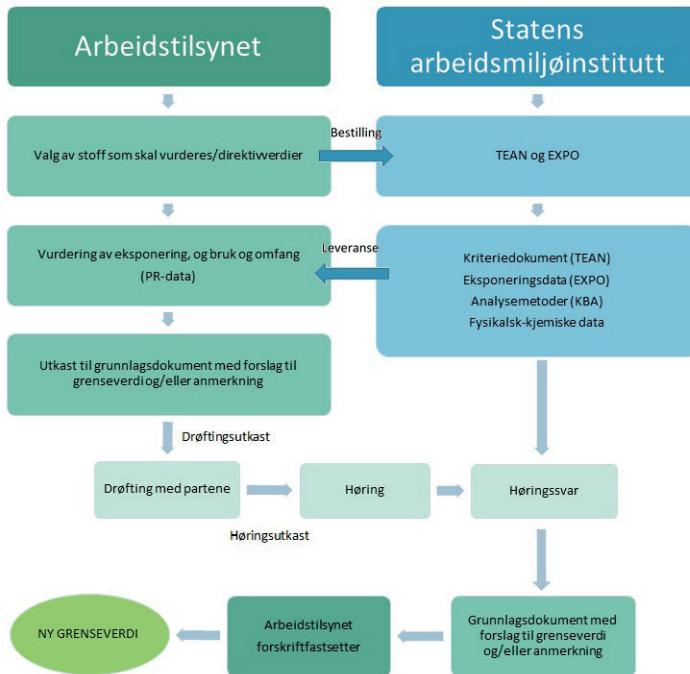
Arbeidstilsynet har ansvar for å utarbeide et grunnlagsdokument for hver enkelt kjemikalie i revisjonen i henhold til en fastsatt mal (1).

STAMI ved Toksikologisk ekspertgruppe for administrative normer (TEAN) har ansvaret med å vurdere kvaliteten på de toksikologiske dataene og helseeffekter. TEAN utarbeider kapittlene i grunnlagsdokumentet som omhandler toksikologiske data og helseeffekter, og fysiske og kjemiske data.

TEAN innholder relevante publiserte vitenskapelige studier, bearbeider og presenterer toksikologiske og andre relevante data for bruk i prosessen med fastsettelse av grenseverdier. For de kjemikaliene hvor det er mulig skal TEANs vurdering inneholde en oppsummering av alle kjente og relevante effekter. Dette inkluderer kreftfremkallende, arvestoffskadelig, reproduksjonsskadelig og allergifremkallende effekt og om kjemikaliet tas opp gjennom huden, en beskrivelse av mekanisme for effekter og om effektene er relevant for mennesker eller ikke, kritisk effekt samt vurdere behovet for korttidsverdi og dose-respons-sammenhenger for relevante effekter.

I tillegg leverer STAMI måledata fra eksponeringsdatabasen EXPO og bistår med opplysninger om prøvetakings- og analysemetoder for kjemikaliene som blir revidert. I samarbeid med STAMI blir man enige om utvalget av data for gjeldende kjemikalie og STAMI leverer eksponeringsdata i form av tabell eller figur som kan presenteres i grunnlagsdokumentasjonen.

Arbeidstilsynet utarbeider kapittlene i grunnlagsdokumentet som gjelder bruk og eksponering, og



Figur 1: Flytskjema som beskriver hvordan grenseverdiarbeidet utføres i Norge (Kilde: Arbeidstilsynet og STAMI).

supplerer grunnlaget med tekniske og økonomiske vurderinger ved forslag til nye og endrede grenseverdier. For å vurdere omfang av bruk av kjemikalier i Norge anvendes produktregisterdata (PR-data) levert av Miljødirektoratet. Arbeidstilsynet sammenstiller dataene om bruk og mengde av produkter som inneholder kjemikaliet, og presenterer PR-data som ikke er unntatt offentligheten.

Arbeidstilsynet skriver et kapittel om kjemikalets identitet som inkluderer molekylformel, CAS-nr., indeks-nr. og evt. synonymer, og legger ved en figur av kjemikaliet. Og i tillegg inkluderer Arbeidstilsynet egne kapitler over kjemikalets nåværende grenseverdi, grenseverdi fra EU, grenseverdier fra andre land og organisasjoner, kjemikalets evt. harmoniserte klassifisering (5), biologisk overvåking og evt. andre reguleringer.

Arbeidstilsynet utarbeider forslag til grenseverdi ved å sammenholde resultatet av den toksikologiske vurderingen med opplysningene om bruk og eksponering. Som alminnelig prinsipp, legges til grunn at grenseverdiene skal settes så lavt som praktisk mulig.

Forslaget til grenseverdi (8-timers verdi), og evt. korttidsverdi (15 minutter) når kjemikaliet krever det. Forslaget skal også angi eventuelle anmerkninger (tabell 1) om kreftfremkallende effekt (K), arvestoffskadelig effekt (M), reproduksjonsskadelig effekt (R), allergifremkallende effekt (A), hudopptak (H) og takverdi (T).

#### Grunnlagsdokument til drøfting

Grunnlagsdokument med forslag til grenseverdi og/eller anmerkning oversendes partene i norsk arbeidsliv til forberedelse til drøfting (drøftingsutkast).

Drøftingsgruppen for revisjon av grenseverdiene består av én representant fra arbeidstakersiden ved LO, én fra arbeidsgiversiden ved NHO som har gitt sitt mandat til Norsk industri, og leder og sekretær for drøftingsgruppen og evt. flere forfattere av grunnlagsdokumentene fra Arbeidstilsynet.

Drøftingsgruppen kan suppleres med

observatør(er) for de kjemikaliene hvor gruppen ser det som formålstjenlig. Dette skal i så fall være avtalt på forhånd og bekreftes av alle om dette er akseptabelt.

Representantene fra partene i arbeidslivet må stille til drøftingsmøtene med tilstrekkelig mandat til at reelle drøftinger kan gjennomføres dvs. de må representere de berørte næringer og evt. framlegge tilleggsdokumentasjon som kan ha betydning for drøftingen, og som ikke allerede er inkludert i grunnlagsdokumentet. Dette kan være eksponeringsmålinger fra relevante virksomheter slik at tekniske-økonomiske hensyn kan drøftes. Drøftingsgruppen skal på bakgrunn av alt fremlagt materiale komme fram til forslag til nye grenseverdier for kjemikaliene som er omfattet av revisjonen. Dersom det ikke blir enighet i gruppen om grenseverdiene for en kjemikalie, skal dette komme fram i referatet.

#### Grunnlagsdokumenter til offentlig høring

Arbeidstilsynet oppdaterer grunnlagsdokumentene på bakgrunn av drøftingsresultatene og ferdigstiller et høringsutkast.

Arbeidstilsynet sender høringsbrev til relevante



høringsinstanser med 6-8 ukers høringsfrist avhengig av hvor mange kjemikalier som er på høring. Høringsinstanser som alltid skal få høringsbrev er hovedorganisasjonene på arbeidstakersiden, hovedorganisasjonene på arbeidsgiversiden, Arbeids- og sosialdepartementet, relevante etater og organer, arbeidsmiljømyndighetene i de nordiske land og til forskningsinstitusjoner og arbeidsmedisinske klinikker. Høringsbrev og grunnlagsdokumenter med forslag til grenseverdi publiseres på arbeidstilsynet.no.

Arbeidstilsynet sammenstiller et notat med høringsuttalelsene, sine egne og STAMIs kommentarer til mottatte høringsinnspill, og kommenterer høringsuttalelsene som berører bruk og eksponering, i tillegg til forslag til grenseverdier og anmerkninger. STAMI bidrar med kommentarer til høringsinnspill som berører toksikologiske vurderinger og helseeffekter, EXPO-data og analyse- og målemetodikk.

#### Nye grenseverdier til forskriftsfastsettelse

Arbeidstilsynet utarbeider nytt forskriftsvedlegg med nye grenseverdier og/eller anmerkninger til forskrift om tiltaks- og grenseverdier. Notatet med høringsuttalelsene og Arbeidstilsynets kommentarer legges ved forslaget. Dersom høringsrunden viser stor uenighet, kan det være aktuelt å gjennomføre et ekstra drøftingsmøte før endelig forskriftsfastsettelse. Arbeids- og sosialdepartementet har delegert forskriftsfastsettelseskjøpet til Arbeidstilsynet fra 1. juli 2021 og det betyr at Arbeidstilsynet v/direktøren fastsetter endringer i arbeidsmiljøforskriftene, også i forskrift om tiltaks- og grenseverdier.

Etter at forskriftsendringer er vedtatt skal Arbeids-

tilsynet informere Arbeids- og sosialdepartementet om disse, oppdatere grunnlagsdokumenter med det endelige vedtaket og publisere disse på arbeidstilsynet.no, og publisere nyhetssak internt og eksternt om nye vedtatte grenseverdier.

#### Nye grenseverdier i 2021

I alt er 26 stoffer og stoffblandinger fra EU-direktiver forskriftsfestet med virkning fra 1. juli 2021. Endringene gjelder tilpasninger av det norske regelverket for 16 kreftfremkallende stoffer til EUs karsinogen-mutagen-direktiv med endringer fra direktivene 2017/2398, 2019/130 og 2019/983, og for 10 stoffer til EUs kjemikaliedirektiv med endringer fra direktiv 2019/1831, den 5. liste. Nyhetssak om forskriftsendringerne ble publisert på arbeidstilsynet.no 2. juli 2021, og gir en oversikt over hvilke kjemikalier dette gjaldt. (6)

Arbeidet med å revidere grenseverdier fortsetter i 2021, og fjerde endring til EUs karsinogen-mutagen-direktiv (søknad fra EU-Kommisjonen COM (2020)571) med forslag til bindende grenseverdier for tre stoffer (akrylnitril, nikkelforbindelser og benzen) står for tur. Arbeidstilsynet i samarbeid med STAMI arbeider nå med å revidere strategien for utarbeidelse og fastsettelse av grenseverdier (1). I tillegg pågår det et arbeid med å utarbeide kriterier for når biologiske grenseverdier kan fastsettes. Grenseverdilisten vil bli oppdatert med årstall for siste revisjon på alle kjemikalier, og det vurderes å legge inn harmonisert klassifisering for de kjemikalier dette gjelder (5).

1. Arbeidstilsynets strategi for utarbeidelse og fastsettelse av grenseverdier for foreurensninger i arbeidsatmosfæren, ISBN-nummer: 978-82-90112-52-8, 2016.
2. FOR-2011-12-06-1358, sist endret FOR-2021-06-28-2248. Forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske, kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1358?q=Forskrift%20om%20tiltaks-%20og%20grenseverdier>.
3. FOR-2011-12-06-1358, sist endret. Vedlegg 1 til forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske, kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier). [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1358/KAPITTEL\\_8#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1358/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8).
4. Temaside på arbeidstilsynet.no.  
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/kjemikalier/grenseverdier-for-kjemisk-pavirkning/>
5. FOR-2012-06-16-622, sist endret FOR-2021-03-22-862. Forskrift om klassifisering, merking og emballering av stoffer og stoffblandinger (CLP-forskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-16-622?q=clp>
6. Nyhetssak: Nye grenseverdier for kjemikalier fra 1. juli, 2021.  
<https://www.arbeidstilsynet.no/nyheter/nye-grenseverdier-for-kjemikalier-fra-1.-juli/>
7. Grunnlagsdokumenter for kjemikalier med fastsatt grenseverdier og/eller anmerkninger fra og med år 2000 er publisert på arbeidstilsynet.no.  
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/kjemikalier/grenseverdier-for-kjemisk-pavirkning/grunnlagsdokumenter-for-grenseverdier-for-kjemikalier/>



# Min hverdag

Tonje Strømholm - 100% stilling som overlege i Arbeidstilsynet (Trondheim)

## 07.00

Frokost. Jeg blar gjennom Adresseavisen ved siden av frokosten - en luksus som er mulig med utflyttede barn.

## 08.00

Start på arbeidsdagen på hjemmekontoret. Jeg leser e-poster - svarer ut de jeg raskt kan svare ut og legger til side de jeg må forberede for å svare ut eller de som inneholder stoff jeg må lese. Deretter sjekker jeg Arbeidstilsynets intranett for nyheter.

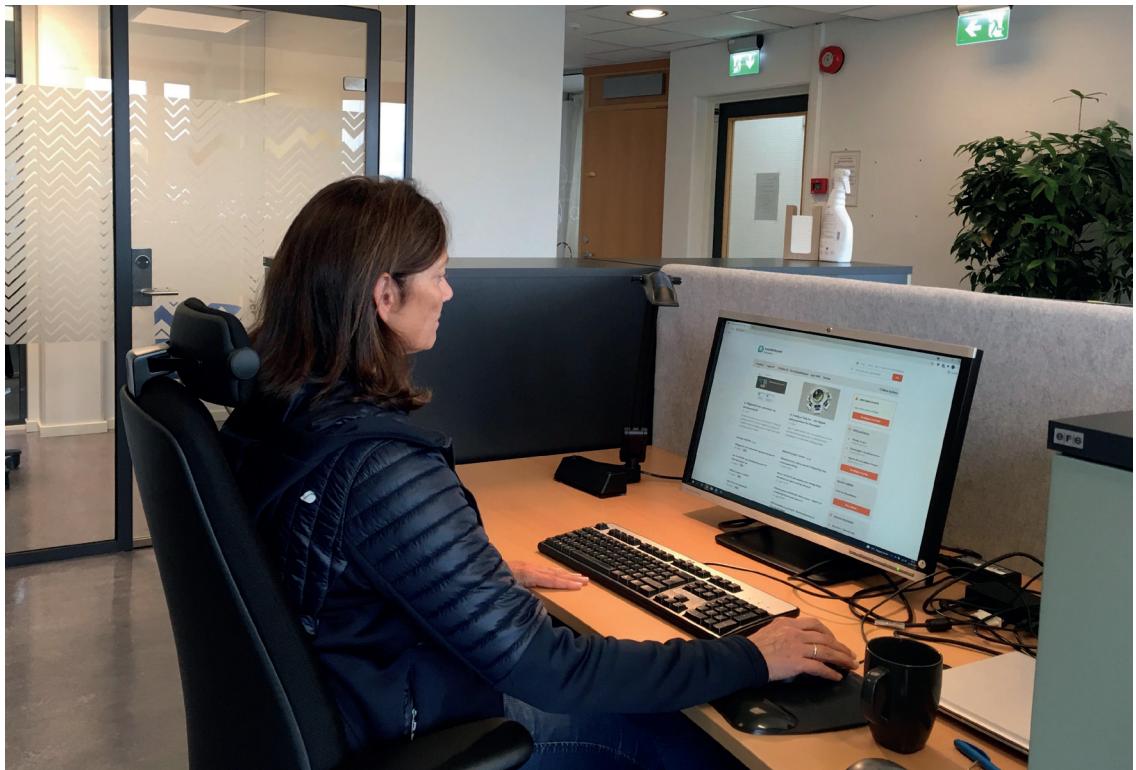
Siden det er mandag, ser jeg over ukekalenderen og oversikten min over arbeidsoppgaver og lager en (foreløpig!) plan for uka. Det er sjeldent at planen holder, men den hjelper meg til å prioritere mellom

oppgaver i hvert fall. Jeg ser at det meste av onsdagen går med til et kurs for tillitsvalgte i Staten, men med høstens kommende lokale lønnsforhandlinger regner jeg med at det er svært nyttig å delta.

Jeg tenker på at i dag er vi mange i Arbeidstilsynet i Trondheim (med arbeidsplass i Statens Hus) som er opptatt av at vi kan få komme tilbake til lokalene våre i morgen - etter ca 1 1/2 år på hjemmekontor. Jeg gleder meg - for selv om hjemmekontor har fungert - er jeg ikke i tvil om hva trives best med.

## 08.45

Jeg finner frem artikkellutkastet som kollegaen min har sendt meg. Jeg rakk ikke å lese utkastet i forrige uke - så det må jeg bare få lest i dag. Det handler bl.a.





om hvilke yrkesgrupper og næringer vi har fått meldt inn om, i meldinger om arbeidsrelatert covid-19 fra leger under pandemien (154b/c meldinger). Det er et godt utkast. Jeg legger inn noen kommentarer og skriver deretter et forslag til sammendrag (abstract). Jeg føler meg heldig som har muligheten til å fordype meg i en artikkel i arbeidstiden.

#### **10.00**

På tide å sette meg for å vurdere meldinger om arbeidsrelatert sykdom (154b/c meldinger). Jeg åpner saksbehandlingssystemet vårt og går gjennom de meldingene jeg har ansvar for. Alle meldingene om arbeidsrelatert sykdom som leger sender inn til Arbeidstilsynet, vurderes av en lege hos oss - bl.a. med tanke på behov for oppfølging i form av tilsyn/ veiledning eller annen type oppfølging. Vi får inn ca. 2 000 meldinger i året, men opplever at det er stor underrapportering. Det er synd - fordi disse meldingene er svært nyttige for Arbeidstilsynet og bidrar til å forebygge arbeidsrelatert sykdom. Jeg er glad for at dette er et tema vi skal snakke om på den planlagte interne samlingen vår i september.

#### **10.45**

Jeg begynner å svare ut e-postene som jeg la til side i morges. Den første er en forespørsel om statistikk for meldinger om arbeidsrelatert sykdom. Jeg logger meg inn i sikker sone, setter opp en spørring for diagnostyper etter yrke og næring og henter fram resultatene. Den andre er en forespørsel om innspill på forslag til regelverksendringer i en av arbeidsmiljøforskriftene. Jeg kikker på klokka og innser at jeg ikke rekker å starte på forespørselen nå og legger den til side.

#### **11.15**

Hjemmelunsj. Det er fint vær i Trondheim i dag så jeg avslutter med kaffe i hagen. Med det fine været tenker jeg på om kanskje jeg og mannen min kan ta en tur ut til andelsgården vi deltar i og høste grønnsaker i ettermiddag?

#### **11.45**

Jeg forbereder meg til sakene på vårt ukentlige legemøte.

#### **12.15**

Vårt ukentlige legemøte. I dag diskuterer vi bl.a. utdanningsplanen for LIS 3 som vil ha tjeneste i Arbeidstilsynet og vurdering og oppfølging av

arbeidsrelaterte skader som følge av ulykker. Vi er i alt sju leger i Arbeidstilsynet – to i Trondheim, to i Bergen, to i Oslo og en i Moss – og dette gir oss mulighet til gode diskusjoner.

#### **13.30**

Vårt ukentlige seksjonsmøte. I dag får vi bl.a. en presentasjon av et faglig underlag for kommende prioriteringer i Arbeidstilsynet. I vår seksjon (Seksjon for arbeidsmiljøfag og analyse) er vi i alt 22 stk med ansvar bl.a. for at Arbeidstilsynet har oppdatert kunnskap om arbeidsmiljøforhold, arbeidshelseforhold og utviklingen i arbeidslivet. I seksjonen har vi dyktige fagfolk (yrkeshygienikere, kjemiker, sivilingeniører, statsvitere, organisasjonspsykologer, fysioterapeut - i tillegg til legene). Jeg setter pris på muligheten dette gir til tverrfaglig samarbeid. Det er en stor glede å ha faglig dyktige og hyggelige kollegaer!

#### **15.00**

Slutt på arbeidsdagen. Vi er heldige og har sommertid fram til 15. sep i Arbeidstilsynet.

#### **16.30**

Middag. Mannen min har ordnet nydelig tilbehør av kålrot og andre grønnsaker fra andelsgården vår.

#### **18.00**

Det blir ikke noe av høsteturen ut til andelsgården. Jeg finner ut at jeg i stedet må frakte litt kontorutstyr som jeg har hatt på hjemmekontoret, ned til Statens Hus. Etter å ha satt fra meg utstyret på plassen min, går jeg sakte gjennom de nå ettermiddagstomme lokalene våre og kjenner at – ja – det skal bli godt å komme tilbake.



# Dommeren og døtrene

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

Trygd og trygdelovgivning handler om hvordan et samfunn tar vare på sine syke, svake og gamle – kort sagt de som ikke kan forsørge seg selv. Historisk sett var det familien som hadde denne omsorgsoppgaven. Hjelpetrengende som familien ikke kunne ta seg av, ble lokalsamfunnets ansvar, dette kom til uttrykk gjennom den såkalte *legdsordningen* (1). Etter hvert trådte kirken inn i sosialomsorgen. For den katolske kirken sto *caritas*-ordningen sentralt. Dette ble utøvet gjennom kirkens formidling av almisser, hospitalene som ble drevet av kirken og ved klostrenes omsorg for trengende (2).

Magnus Lagabøtes landslov av 1274 representerer noe fundamentalt nytt i ivaretakelsen av de trengende. I tidligere lovgivning, som for eksempel i den eldre Gulatingloven, pliktet de mektige først og fremst å ta vare på sine egne. Ved uår og sult ble det gitt en brutal løsning: Dersom det ikke var nok mat til trelle og frigivne, skulle husherren la grave en grav der inntil fire personer kunne plasseres. Den som levde lengst av disse, skulle hentes opp og gis mat (3). Den nye landsloven vitner imidlertid om at et nytt menneskesyn hadde fått feste: de med makt pliktet nå å bistå enhver som trengte hjelp, uansett byrd. Dette var i tråd med det kristne menneskesynet, som gjennomtysret denne loven (1). Imidlertid uttrykkes det i loven at kun den som selv har forsøkt å finne arbeid, men ikke får, kan kreve hjelp fra fellesskapet:

«*Hver fuldvoksen mand, som gaar husimellem og tigger almisse, han har ingen retsbot at kræve for sig, saalenge han gaar med betlerstav, selv om han mot sin vilje blir jaget væk, om han er frisk og arbeidsfør, medmindre han søger tjeneste og ikke faar»* (4).



Illuminasjon fra Codex Hardenbergianus som viser kong Magnus Lagabøte som gir fra seg Landsloven. Hentet fra Wikimedia Commons.

Magnus Lagabøte var sønn av Håkon Håkonsson og er blitt kalt «tiggermunken på tronen». Han var utdannet i et fransiskanerkloster, noe som sannsynligvis preget holdningene hans. Opprinnelig var han ikke tiltenkt tronen, men han ble arvtaker da broren Håkon Unge døde (3). I Magnus Lagabøtes landslov slås det fast

1. Schiøtz A. Omsorgens røtter – et historisk blikk. Tidsskrift for omsorgsforskning 2019;5:1-16.
2. Johansen ØK. Salus populi. Folketrygdfondet og veien til velferd. Folketrygdfondet, 2017.
3. Steinsland G. Loven som samlet Norge. Klassekampen 8.10.2018, s 10-11.
4. Magnus Lagabøters Landslov, Kap 29 (28), s 69. Universitetsforlaget, 1970. Oversettelse ved Absalon Taranger av 1915, basert på tekstutgaven i Norges Gamle Love II.

at alle skal ha visse rettigheter uavhengig av sosial posisjon og stilling i samfunnet. Dette er et prinsipp som peker frem mot dagens velferdsstat (1).

En fortelling fra Kongespeilet fra 1200-tallet, et dannelsesverk for fremtidige konger, beskriver hvordan en konges domsavsigelse skulle tuftes på «Guds fire døtre». Disse fire døtrene var verdiene nåde, sannhet, rettferdighet og fred. Fortellingen om døtrene kan føres tilbake til Bibelens Salme 85. Denne allegorien var utbredt i hele Europa i middelalderen og har preget vår oppfatning av rettferdighet. Magnus Lagabøte var opptatt av at dommene etter loven verken skulle være for milde eller for strenge. I domsavsigelsen skulle de fire «døtrene» alle ha et ord med i laget og dermed forenes i en dom som da ble både streng og mild på samme tid (5).

Sosial ulikhet skaper ulikhet i helse. Det kan argumenteres for at trygdelovgivning og velferdspolitikk har hatt større betydning for folkehelsen i løpet av det siste århundret enn det de rent medisinske nyvinningene har hatt (6). Derfor er en rettferdig trygdeordning i høyeste grad også et medisinsk spørsmål. Rettighetene til erstatning for yrkessykdom- og skade reguleres av folketrygdloven og lov om yrkesskadeforsikring. Vi har manglende kunnskap om hvor godt disse ordningene fungerer. Enkelteksempler gir grunn til å sette spørsmålstege ved hvorvidt pasientenes rettssikkerhet er godt nok ivaretatt på dette området (7). Kanskje er det på tide å spørre de fire døtrene til råds igjen?

5. Kvaal B. I 1274 vedtok Norges konge en lov som tok hensyn til de fattige. Var det starten på den norske velferdsmodellen? Forskning.no 09.04.19.  
<https://forskning.no/historie-ntnu-partner/i-1274-vedtok-norges-konge-en-ny-lov-som-tokhensyn-til-de-fattige-var-det-starten-pa-den-norske-velferdsmodellen/1323861>
6. Westin S. Velferd og helse i folketrygdens århundre. Tidsskr Nor Lægefor 1999;119:4507-13.
7. Wergeland E. Den neste NAV-skandalen. Klassekampen, 15.08.21.

## Ønsker du å annonser i Ramazzini?

Kontakt Silje på epost eller telefon:  
silje.undal@apriil.no  
+47 930 27 413



Ørneblikk 3/2021 – betrakninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja

# Aml er ei ku

Ørn Terje Foss

**D**et er vel ikke så helt galt å si at mens Ramazzini var arbeidsmedisinens «far», så kan vi betrake arbeidsmiljøloven (aml) som vår «mor». Ei god mor, som hvis vi følger hennes råd og anvisninger, vil sikre oss et arbeidsmiljø som gir oss full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Og ikke bare det, men også en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon (aml § 1-1). Men, gjør vi som mora vår sier?

Kanskje vi skal ta en liten analyse av kampen mellom tannstubbene til Jens, hvor Karius og Baktus møter sin nemesis i tannlegen. Jo mer jeg tenker på Ivo Caprino-filmen fra 1955 basert på Egners historie [1], jo mer ligner problemene med å overholde arbeidsmiljøbestemmelser på dramaet og konfliktene der. Tennene våre (arbeidsplassen) sliter med at de blir eksponert for Karius og Baktus. Noen ganger går eksponeringen utover en hjørnetann, men vi kan med avbøtende tiltak og verneutstyr etablere et trygt arbeidsmiljø allikevel. Andre eksponeringer er mer aggressive og utsetter tennenes frontlinje for større skader. Jens er arbeidshelsa, vernetjenesten (tannpleierne) og BHT (tannlegen) rådgir Jens så godt de kan om forebyggende og helsefremmende arbeid som tannpuss og sunt kosthold uten loff med sirup på. Avviksbehandling med boring og tetting av små hull kan sammenlignes med sykefraværsoppfølging og arbeidsmedisinsk poliklinikk hos BHT, kartlegging av eksponeringsnivåer og risiko tar yrkeshygienikeren (tannteknikeren) seg av og ved kroniske yrkessykdommer med behov for rotfylling og krone er det henvisning til kjeveortoped ved arbeidsmedisinsk avdeling. Må tanna trekkes (= uførepensjon), sender vi Jens til NAV, med mindre Arbeidslivssenteret får tilpasset et gebiss han kan tygge brukbart med.

Arbeidsmiljøet i Norge er i utgangspunktet bra, men kunne vært topp om vi hadde fulgt bestemmelsene i aml bedre. Vi mister noe når kommersielle krefter påvirker BHT til å prioritere inntektsbringende årlege

helseundersøkelser i stedet for risikokartlegging og målrettet oppfølging, slik aml forutsetter (jf. aml § 3-1). Det var jo akkurat det rapporten «Hva bør skje med BHT?» også konkluderte med i 2018, som omtalt i Ramazzini nr. 3/2018 [2]. Men selv om både tannlegene, tannpleierne, tanntilsynet og alle de øvrige aktørene i tannhelsearbeidet var enige om at dette måtte endres, så har ikke den gamle børsten til Jens blitt erstattet av en ny, elektrisk tannbørste ennå. I stedet for å drive selektiv innkalling av de med flest hull, dårligst tannkjøtt og høyest forbruk av loff og søtsaker (jf. aml § 3-3 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 13-2 og 14-1), så får fortsatt mange med god tannstatus og god råd tilbud om årlig sjekk og puss hos tannlegen for kun å fjerne litt kosmetisk skjemmende tannstein.

Det syndes stort mot bestemmelsen om at arbeidsgivere skal føre register over eksponerte arbeidstakere (forskrift om arbeid, kapittel 31). Her snakker vi ikke om eksponering for sukker og søtsaker, men ioniserende stråling, bergarbeid, biologiske faktorer, asbeststøv, kreftfremkallende kjemikalier og bly. Arbeidsgiver, som er ansvarlig for å følge opp bestemmelser gitt i og i medhold av aml (jf aml § 2-1), skal ha oversikt over dette og mye mere til hvis de har gjennomgått obligatorisk opplæring i HMS for ledere (aml § 3-5). Men siden en forskrift for å fastslå minstekrav til slik opplæring mangler, så virker det som om NHO, LO og regjeringen har blitt enige om at tannpleierne har større behov for obligatorisk opplæring i HMS (aml § 7-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 3-18 og 3-19) enn rektor på Tannlegehøyskolen. De satser kanskje på at tannféen skal ordne opp?

Leger flest («fritidsmedisinere» i større grad enn arbeidsmedisinere) lar være å skrive obligatoriske meldinger til Arbeidstilsynet ved mistanke om arbeidsrelatert sykdom (aml § 5-3), arbeidstakere melder sjeldent fra om egen sykdom som skyldes forhold på jobben slik de er pålagt (aml § 2-3, pkt. 2 e). Og kan virkelig arbeidsgivere påstå at arbeidet er



meningsfylt og fullt forsvarlig for en lastebilsjåfør fra Ukraina eller Romania som bor i bilen i månedsvis [3]? Men tilbake til Karius og Baktus. I arbeidsmiljøarbeidet er det (altfor) mange som har fulgt deres oppfordring: «Ikke gjør som mora di sier, Jens!». Hva skyldes det og hvordan kan så mange av amls bestemmelser bli oversett uten at det ser ut til å få konsekvenser? Det blir som for barna hos tannlegen; selv om du sitter urolig, spytter på gulvet og biter tannlegen i fingeren, så får du allikevel en leke som premie på veien ut. Jeg er langt fra tilhenger av å straffe alt og alle, men det kan kanskje finnes en mellomting mellom det å true med maksimalstraffene i loven (aml §§ 19-1 og 19-2) og det å ikke reagere i det hele tatt?

Hvem er det som har interesse av å oppmuntre Karius og Baktus, og støtte dem i forsøket på å hindre Jens i å pusse tenner, oppsøke tannlegen og få avviksbehandlet og utbedret skader forårsaket av deres herjinger? Det minner veldig om de som motarbeider fagforeninger, de som vil øke andelen i midlertidig arbeid, globale selskaper som heller vil flytte arbeidet til land hvor arbeidsmiljøkravene er lavere, de som tjener på sosial dumping ved å hente inn arbeidstakere fra lavlønnsland, arbeidsgivere som gjennom «überisering» vil slippe arbeidsgiveransvar, eller de som står bak noen av de andre elementene som bidrar

til å svekke den nordiske modellen for organisering av et trygt arbeidsliv? Og vi kommer ikke unna at loff og søtsaker er godt og fristende, selv om vi vet at det ikke er sunt for Jens.

Du kan like Ole Paus så mye eller lite du vil, men jeg tror ikke han mente å oppfordre til hat og motstand mot arbeidsmiljøloven da han brukte Karius og Baktus' mest kjente strofe til å ta et oppgjør med alle verdens teite mødre: «Ikke gjør som mora di sier, Jens, mora di er ei ku» [4].

«*Ikke gjør som mora di sier, Jens*

*Ikke hør på hu*

*Ikke gjør som mora di sier, Jens*

*Mora di er ei ku*

*Hun går å rauter hele dagen*

*Hun tvinger grønnsaker ned i magen på dæ*

*Ikke gjør som mora di sier, Jens*

*Ikke hør på hu*

*Det fins værre ting enn dårlige tenner*

*Det er ditt gap, Jens, ikke hør på henne*

*Ikke gjør som mora di sier, Jens*

*Mora di er ei ku*

*Ikke gjør som mora di sier»*

Siden aml er som ei mor for oss som driver med arbeidsmiljøarbeid, sier han egentlig at «aml er ei ku». Men spør du meg, så mener jeg at kyr er ålreite dyr og at flere burde protestere mot utsagnet hans om at «det fins værre ting enn dårlige tenner», og heller stå opp for et rungende krav om at vi vil ha nulltoleranse for brudd på arbeidsmiljøloven!

*Signert: Ørn*



1. Bergensavisen 05.11.2005:  
<https://www.ba.no/puls/karius-og-baktus-50-ar/s/1-41-1812589>
2. Ramazzini 3/2018: Ø T Foss: @rneblikk - Hva bør skje med BHT?  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/c47f3af8736b4188b978e839e9093944/ramazzini-3.2018.pdf>
3. Fri fagbevegelse 03.09.2021: Her tar langtransport-sjåførene helgehvilen  
<https://frifagbevegelse.no/magasinet-for-fagorganiserte/her-tar-langtransportsjaforene-helgehvilens-6.469.81311.a3b719fcfa8>
4. Genius, tekst til Ole Paus: «Ikke gjør som mora di sier»  
<https://genius.com/Ole-paus-ikke-gjr-som-mora-di-sier-lyrics>

# Kongens fortjenestemedalje til Tom Myran

Tom Myran, tidligere seniorforsker på SINTEF og professor emeritus ved institutt for geovitenskap og petroleum på NTNU, mottok Kongens fortjenestemedalje 2.juni i år på bakgrunn av sitt mangeårige engasjement og forskning angående HMS i bergverksindustrien.

Hans arbeid blir beskrevet som banebrytende og forut for sin tid. Han var blant annet den første i Norge til å gjennomføre målinger og kartlegging av radon i alle norske bergverk. Han har skrevet og bidratt til retningslinjer, anbefalinger og faktainformasjon som både bergindustri og lokalsamfunn har dratt stor nytte av og dermed bidratt til en tryggere og bedre hverdag for arbeidstakerne i industrien.

Han har vært ledende i utarbeidelsen av læreboka «HMS i Bergverksindustrien» hvor det første kullet med studenter nylig ble utsatt med boka som grunnlag. Ramazzinis redaksjon gratulerer hjertelig!

## Ønsker du å annonser i Ramazzini?

Kontakt Silje på epost eller telefon:  
silje.undal@apriil.no  
+47 930 27 413

**SPIRARE**

**Virus- og bakteriefilter**

Beskyttelse mot krysskontaminering og personalbeskyttelse.

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

**Tlf. 2292 4000**

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



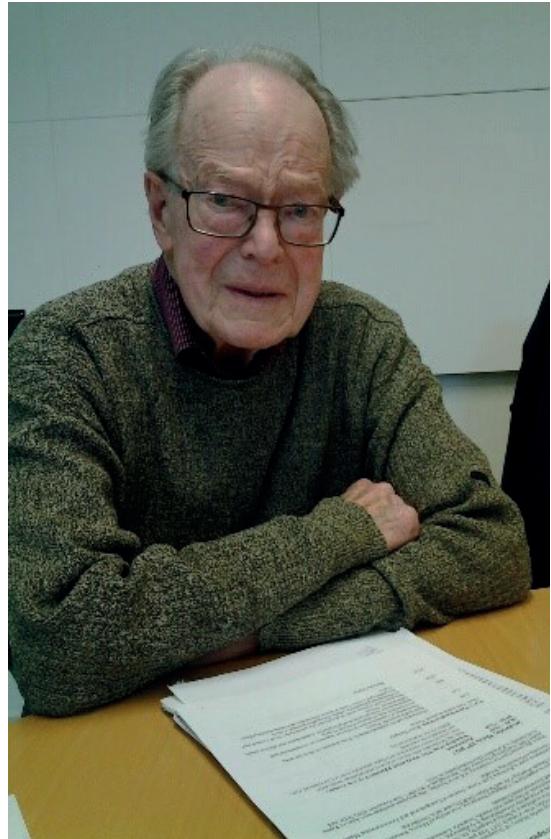
# Pasientens advokat

## Gunnar Mowé (1929-2021)

Gunnar Mowé, landets fremste ekspert på asbestsykdommer, døde den 4. juli, 92 år gammel. Han begynte som indremedisiner, men i 1965 ble han tilbuddt jobben som bedriftslege på Borregaard fabrikker, en stor industribedrift med 3400 ansatte. Direktøren fortalte ham at oppgaven hans var å få ned sykefraværet, men han var mer interessert i arbeidsforholdene og hvordan de påvirket ansattes helse, slik en bedriftslege skal være. Den interessen beholdt han livet ut.

Det var nok av problemer på Borregaard. I produksjonen av viskosefibre var det hydrogensulfid og karbondisulfid i lufta. Det kunne gi plagsom øyenirritasjon (spinnblindhet) som arbeiderne var vel kjent med. Men som indremedisiner merket han seg også at hjerteinfarkt var påfallende vanlig. Observasjonene fra Borregaard gjorde at han sammen med finske kollegaer kunne dokumentere at karbondisulfid påførte arbeiderne i rayonullindustrien hjerte-kar-sykdommer. Gunnars publisering av sammenhengen han fant mellom eksponering for karbondisulfid og forekomst av koronar hjertesykdom hos arbeiderne, er et flott eksempel på at en observant bedriftslege kan identifisere yrkessykdommer og bidra til ny kunnskap av stor forebyggende og vitenskapelig betydning.

Attføringsverkstedet var en viktig oppgave for bedriftslegen. Han samarbeidet med et attføringsutvalg under arbeidsmiljøutvalget. I 70-årene forsøkte norske myndigheter å bremse storindustriens økende krav til individuell produktivitet, og deres iver etter å overføre yrkeshemmete og eldre arbeidere til statlig uførretrygd. Myndighetene krevde at bedriftene i stedet ga de ansatte en mulighet til å trenе seg opp innen bedriften etter langvarig sykdom eller skade. Attføringsverkstedet på Borregaard ble vist til som et forbilde på hvordan det kunne gjøres. For noen ble verkstedet en vei tilbake til full jobb i bedriften, for andre en varig vernet arbeidsplass. Men de slapp usikkerheten og ørkenvandringen i trygdesystemet som dagens yrkeshemmete møter.



I 1974 ble Gunnar overlege ved Yrkeshygienisk institutt (nå Statens arbeidsmiljøinstitutt). Der ble han kontaktet av Isolatørenes Fagforening, som ba ham kartlegge asbestrisikoen i yrket. Seksten av 40 undersøkte isolatører fikk påvist asbeststøvlunge. Bare to av tilfellene var registrert av trygdemyndighetene og godkjent som yrkessykdom. Isolatørenes fagblad offentliggjorde resultatene i 1976. Et uvanlig sted å publisere forskningsresultater. Men slik nådde kunnskapen isolatørene direkte, og gjennom dem også andre bygningsarbeidere. Undersøkelsen konkretiserte asbestrisikoen for isolatørene og viste samtidig at yrkesskadetrygden ikke fungerte.



Historikeren Harald Berntsen skriver i boka til Isolatørenes Fagforenings 75-års jubileum, at undersøkelsene var «en viktig del av bakgrunnen for den prosessen som endte i totalforbud». Selv brukte Gunnar å si at uten sterke fagforeninger hadde Norge aldri fått et asbestforbud.

Gunnar hadde møtt sin første asbestosepasient i 1958 mens han enda var indremedisiner på Aker sykehus. Pasienten var isolatør og hadde vært massivt utsatt for asbest. Men trygdemyndighetene (Rikstrygdeverket eller RTV, i dag NAV) godkjente det ikke som yrkessykdom. Det var første gang han støtte på den restriktive godkjenningspraksisen for yrkessykdommer. Undersøkelsen av isolatørene viste at saken ikke var enestående. Berntsen skriver at isolatørene opplevde at instansene som skulle bestemme grunnlaget for trygdeutbetaling «viste en holdning som ikke var til å stole på». Gunnar nøyde seg i denne undersøkelsen ikke med å diagnostisere og telle sykdomstilfeller. Han fulgte opp enkeltsakene. Takket være ham fikk flere sykdommen godkjent av trygdemyndighetene som yrkessykdom, med de rettighetene det ga etter loven. Erstatningen var ikke stor, men den ble allikevel opplevd som viktig fordi det var en slags innrømmelse av skyld fra samfunnet.

Erfaringene med RTVs håndtering av yrkessykmessaker ga materiale til doktoravhandlingen hans fra 1986. Han skrev om mesoteliom, en krefttype som særlig rammer asbesteksponerte, og om hvorfor verken de som ble rammet eller deres etterlatte fikk den yrkesskadeerstatningen de hadde krav på. Dette til tross for at asbest omtrent er den eneste kjente årsaken til sykdommen: «Malignant mesothelioma in Norway. Epidemiological, aetiological and medico-legal aspects» (1986). Dessverre er avhandlingen fortsatt aktuell, kanskje spesielt for arbeidsmedisinere og NAV-leger som behandler yrkessykmessaker.

Gunnar hadde tro på at diskusjon kunne føre til forandring, og var i mange år rådgivende lege for trygdeetaten. Fra 1988 var han noen få år overlege i Direktoratet for Arbeidstilsynet, før han i 1992 ble dommer i Trygderetten. Erfaringene fra de mange asbestosakene gjorde ham nysgjerrig på hvordan juristene tenkte. Derfor passet det godt å avslutte som dommer i trygderetten der jus og medisin møtes, og der yrkesskadesaker fra trygdeetaten kan revurderes. Gunnar forsøkte å få trygdeetatens tradisjonelle

«årsaksvekting» i yrkessykmessaker erstattet av en vurdering som var bedre faglig fundert. Det klarte han ikke. Som pensionist skrev han i Ramazzini (2006; 2, s 7-8.) om sine erfaringer som bedriftslege. Der forteller han også hvordan han tidlig (1958) lærte at den trygdemessige behandlingen av asbestsykdommer var meget restriktiv. Og han oppsummerer lakonisk: «Praksis har ikke endret seg meget.»

Etter asbestforbuddet i 1985, ville norske myndigheter forebygge en ny sykdomsbølge fra asbesten som lå i bygningsmassen og etter hvert ville bli frigjort (Ramazzini 2016; 2 21-23). Etter noen år var imidlertid hele asbestproblemet glemt på myndighetsnivå. Men ikke av regionale verneombud i bygg og anlegg. I 2017 tok de initiativ til å få undersøkt risikoen for dagens asbestutsatte arbeidere. Gunnar rakk å få med seg nyheten om at den første prosjektrapporten var klar (<https://stami.no/ny-rapport-gir-viktig-kunnskap-om-asbesteksponering/>). Han var fornøyd. At initiativet kom fra regionale verneombud i Fellesforbundet og Arbeidsmannsforbundet, stemte med tesen hans om fagforeningenes betydning.

Gunnar var nærværende som sjef og kollega. Han var alltid, også som pensionist, levende opptatt av faget og ville dele sine synspunkter og høre hva andre mente. Som arbeidsmedisiner og bedriftslege var han pasientenes advokat. Han var det med en selvfolgelighet som vi kan ta lærdom av i en tid da denne siden av legerollen stadig blir utfordret, både av arbeidsgivere og myndigheter.

Vi er takknemlige for mange års vennskap og samarbeid.

*Tor Erik Danielsen  
Petter Kristensen  
Ebba Wergeland*



## Styrets spalte

# Arbeidsmiljøloven § 5-3: Leges meldeplikt til Arbeidstilsynet

Yogindra Samant, på vegne av Namf / NFAM styret

**A**rbeidsmiljøloven er en forebyggende helselov og legers melding om arbeidsrelatert sykdom er med på å hjelpe Arbeidstilsynet med å velge ut hensiktmessige forebyggende tiltak i ulike bransjer.

Arbeidsmiljøloven § 5-3 lyder Enhver lege som gjennom sitt arbeid får kunnskap om at arbeidstaker lider av en yrkessykdom som er likestilt med yrkesskade etter folketrygdloven § 13-4, eller annen sykdom som legen antar skyldes arbeidstakerens arbeidssituasjon, skal gi skriftlig melding om det til Arbeidstilsynet.

Mange leger tror at meldingen brukes av Arbeidstilsynet til å lage statistikk, mens andre tror at meldingen er grunnlaget for å få yrkessykdomsstatning for sine pasienter. Selv om meldingen kan brukes til begge disse formålene, er ikke dette hovedformålet med leges melding til Arbeidstilsynet.

Leges melding til Arbeidstilsynet er først og fremst et hendelsesbasert forebyggingsverktøy<sup>i</sup>. Hensikten med leges melding til Arbeidstilsynet er informasjon fra legen om helsefarlige forhold i virksomheten på et så tidlig stadium i et sykdomsforløp som mulig. Informasjon blir brukt av Arbeidstilsynet i sitt forebyggende arbeid i form av tilsyn, veileding og regelverksutvikling samt for å danne et risikobilde for det norske arbeidsliv. Enkeltmeldinger, eller flere likeartede meldinger, gir Arbeidstilsynet et grunnlag for å sette i verk tiltak rettet mot aktuelle virksomheter, farlige produkter, arbeidsprosesser eller utstyr, eller overfor spesielle bransjer eller yrker.

Leges melding til Arbeidstilsynet er en plikt, og

man trenger derfor ikke samtykke fra pasienten for denne innmeldingen. Informasjon om arbeidstakers helseforhold kan derimot ikke deles med arbeidsgiver uten arbeidstakers samtykke. Dersom kasus skal kunne refereres med navn til arbeidsgiver i en gitt situasjon kreves skriftlig samtykke fra pasienten.

Per i dag omfatter leges meldeplikt ikke melding av skader grunnet arbeidsulykker. Legen har mulighet til også å melde skader grunnet arbeidsulykker til Arbeidstilsynet, men kun etter samtykke fra arbeidstakeren.

Nå i pandemien viser flere studier yrkesrisiko for covid-19 i en del yrker. Blant annet har Molvik mfl. oppdaget 5000 ansatte innen helse- og omsorg som ble smittet med covid-19 i 2020<sup>ii</sup>. Det er ikke gitt at alle disse 5000 ble smittet på arbeidsplassen, men det er kjent at risiko for å bli smittet blant sykepleiere og leger på arbeidsplassen er relativt høy. Det gir rom for å spekulere og sannsynliggjøre at det er relativt mange arbeidsrelaterte tilfeller av Covid 19 i gruppen helsepersonell. NAV har mottatt ca. 2000 yrkessykdomsmeldinger om covid-19<sup>iii</sup>. I tillegg sier FHI at bartendere og servitører har høyest risiko å bli smittet på jobb<sup>iv</sup>, men ikke et eneste arbeidsrelaterte covid-19 tilfelle er meldt til Arbeidstilsynet fra denne yrkesgruppen.

Regelverk om leges meldeplikt etter Arbeidsmiljøloven har ført til kun 182 meldinger til Arbeidstilsynet per juni 2021. Bare 12 bedriftsleger står for 57 av disse 182 Covid-19 meldinger. Med andre ord, Arbeidstilsynet har fått lite informasjon fra leger generelt, men også arbeidsmedisinere / bedriftsleger om arbeidsrelaterte covid-19 tilfeller. Det er forståelig at arbeidsrelatert kausalitet er vanskelig å fastslå med Covid-19, men



likevel virker antall bedriftsleger som har meldt inn, og antall meldinger totalt til Arbeidstilsynet, beskjedent lite.

Det kan godt hende at det fortsatt er misforståelse rundt dette regelverket blant mange leger, inkludert arbeidsmedisinere. Dette fører til at Arbeidstilsynet får få meldinger om arbeidsrelaterte sykdommer både mht. Covid-19, men også andre arbeidsrelaterte sykdommer. Det hemmer Arbeidstilsynets mulighet til å overvåke og forebygge arbeidsrelaterte sykdommer på en adekvat måte.

Styret ønsker gjerne å bruke erfaringer fra pandemien til å fremme dette regelverket. Men, det er heller ikke

slik at Arbeidstilsynets regelverk rundt legens melding er tydelig og klart formidlet. Dette regelverket krever modernisering mht. både forenkling, språkbruk og mulighet til å melde sykdommen digitalt. Styret jobber aktivt med å medvirke høringer for å få til et godt og moderne arbeidsmiljøregelverk. Vi skal fortsette å jobbe slik også når det gjelder regelverket om leges meldeplikt til Arbeidstilsynet. Samtidig minner vi kolleger om å være obs på legers plikt til å melde til Arbeidstilsynet ved antakelse om arbeidsrelatert sykdommer, slik at vi sammen bidra til et godt og sunt arbeidsliv.

- 
- i <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/kompass-tema-rapporter/2015/kompass-tema-nr-2-2015-hva-melder-legene.pdf>
  - ii <https://tidsskriftet.no/2021/02/originalartikkel/sars-cov-2-blant-ansatte-i-helse-og-omsorgstjenesten>
  - iii <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/flere-statistikkområder/relatert-informasjon/mottatte-skademeldinger-knyttet-til-covid-19>
  - iv <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.29.20220426v2>

Returadresse:  
April Story As  
Kong Christian  
Fredriksplass 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 **hjertestans** 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,-**

A woman in a pink long-sleeved shirt is performing chest compressions on a mannequin lying on a polished floor. In the background, there are tables and chairs, suggesting a public or restaurant setting. The image has a red overlay.

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