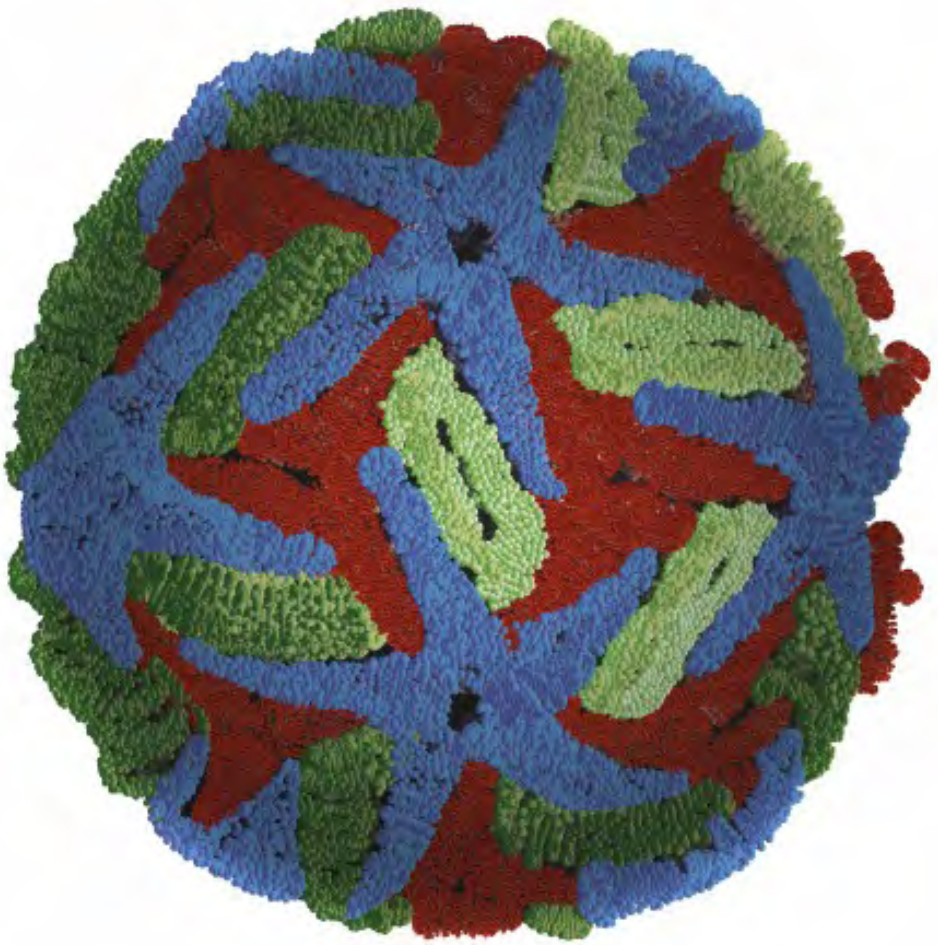
RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

TEMA

Reisemedisin



ÅRGANG 24 - 2017 / NR. 1

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids
- og miljømedisin

ÅRGANG 24 - 2017 / NR. 1

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: Reisemedisin *Av Anniken Sandvik* 4
Reiserelatert sykdom ved oppdrag i utlandet. *Av Frank Olav Pettersen* 5
Risikovurdering og risikokontroll ved arbeid utenfor Norge. *Av Bjørn Otterlei* 13
Jordmødres arbeidshverdag og arbeidsmiljø ved helsesentre i Addis Abeba, Etiopia. *Av Trude Thommesen* 16
Debatt: Om støy og hørsel. *Av Bente Moen med flere, svar fra Arve Lie* 19
St. Gothards anemi: En lyssky affære. *Av Anniken Sandvik* 22
Tillitsvalgtsamling på Losby Gods. Referat. *Av Anniken Sandvik* 24
Nok en evaluering av bedriftshelsetjenesten! *Av Ole Jacob Møllerløkken* 26
Velkommen til vårkonferansen Stavanger! *Av Arne Nysæther og Laila Torp* 27

Redaksjonskomiteen 2016-2017

Håkon Lasse Leira
Nedre Ferstad vei 26 B
7023 Trondheim
Tel: 918 47 971
E-post: hlleira@icloud.com

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

Ole Jacob Møllerløkken
Arbeids- og miljømedisin, UIB
Postboks 7800
5020 Bergen
Tel: 55 58 60 01
E-post: ole.mollerlokken@uib.no

Anniken Sandvik
Seksjon for Miljø- og
Arbeidsmedisin, OUS
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo
Tel: 22 11 79 35
E-post: anniks@ous-hf.no

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

Foreningssekretær
Ragni Skille Berger
E-post: ragni.skille.berger@
legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00 / Faks 23 10 91 00

Forsidebilde: Kunstnerisk fremstilling av et denguevirus. Merk likheten med en globus. Denguefeber er en vanlig sykdom i tropiske og subtropiske strøk. Viruset overføres via mygg.

Wikimedia commons

LEDER

Reisemedisin

Anniken Sandvik, gjesteredaktør

Globalisering er satt grundig på dagsorden den siste tiden. Den nyvalgte presidenten i USA spilte på misnøyen med globaliseringen og appellerte til velgerne med løfter om å beholde amerikanske industriarbeidsplasser. Han gjør dramatiske forsøk på å stenge grensene og å hindre internasjonalt samarbeid.

Det er ingen tvil om at globaliseringen har fått store konsekvenser for arbeidslivet, også i Norge. Produksjon flyttes utenlands og norske arbeidstakere møter konkurranse fra en verden der mange har svært dårlige lønns- og arbeidsforhold.

Mange bedrifter i Norge er del av internasjonale selskaper. Dette, sammen med behovet for internasjonalt samarbeid også for de norske bedriftene, innebærer ofte reisevirksomhet for de ansatte. En konfliktfylt verden med stor migrasjon medfører større omfang av bistandsarbeid. Med dette som bakteppe har vi valgt å la årets første nummer av Ramazzini ha temaet «Reisemedisin».

Frank Olav Pettersen har skrevet en utfyllende artikkel om infeksjonsmedisinsk forebygging ved oppdrag i utlandet. Jeg er veldig takknemlig for at han ville bidra med dette og tror artikkelen vil være svært nyttig for bedriftsleger.

> ***Det er ingen tvil om at globaliseringen har fått store konsekvenser for arbeidslivet, også i Norge.***

Bjørn Otterlei skriver om andre aspekter av risikovurdering ved arbeid i utlandet. Det er en viktig påminning at slik risikovurdering innebærer langt mer enn vaksinering før utreise.

Trude Thommesen gir oss et interessant innblikk i arbeidsforhold for jordmødre i Etiopia. Morten Skandfer har undersøkt russiske gruvearbeideres helse og har viktige erfaringer å formidle om kulturelle forskjeller i forskningssamarbeid.

For øvrig har vi spennende bidrag også om andre temaer – dette er blitt både et nummer om reisemedisin og en reise gjennom arbeidsmedisinen!

God tur!

Reiserelatert sykdom ved oppdrag i utlandet

Frank O. Pettersen, PhD, DTM&H, overlege og leder for Regionalt Senter for Import- og Tropesykdommer, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst RHF

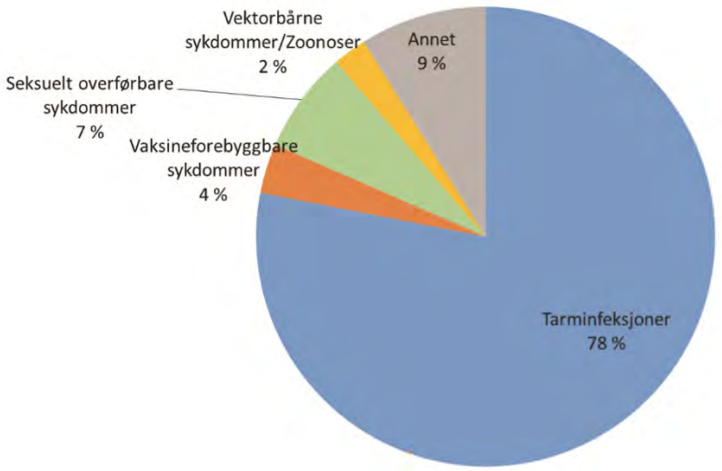
Personer som drar til utlandet på arbeidsoppdrag, kan oppholde seg der i lengre tid og vil ha høyere risiko for reiserelatert sykdom enn den klassiske turisten. I tillegg til den reisende selv har da også arbeidsgiver et ansvar for å utrede sykdomsrisikoen på det stedet arbeidstakeren skal oppholde seg, og gi arbeidstakeren adekvate reiseråd og profylakse der dette er mulig. Sykdommene vi kan pådra oss, avhenger av flere faktorer og inkluderer ikke bare de klassiske tropemedisinske infeksjonssykdommene, men også vanlige infeksjoner og ikke-smittsomme sykdommer. Arbeidstakere som oppholder seg i utlandet over lengre tid, bør tilbys mer omfattende reiserådgivning og flere vaksiner før avreise enn korttidsreisende. Bedriftsintern kultur er viktig å kartlegge, for det er min erfaring at det i enkelte bedrifter ikke er «tøft» å ta malariaprofylakse, noe jeg har sett alvorlige konsekvenser av.

Importerte infeksjoner

Nasjonalt folkehelseinstitutt registrerer forekomsten av flere infeksjonssykdommer i Norge og hvor disse er ervervet, basert på innmelding fra leger og laboratorier til MSIS-systemet. I sin årsrapport fra 2015, Smittsomme sykdommer hos utenlandsreisende 2014, rapporterte Folkehelseinstituttet at tarminfeksjoner var de suverent vanligste (bakteriologisk verifiserte) typen infeksjoner reisende pådro seg i utlandet, etterfulgt av seksuelt overførbare infeksjoner, vaksineforebyggbare sykdommer, vektorbårne sykdommer og zoonoser, se figur 1. Infeksjoner uten verifisert agens eller ikke-meldepliktige infeksjoner som sår- og hudinfeksjoner er ikke med i denne oversikten.

Forebygging

Når det gjelder forebygging av infeksjonssykdommer, bør man søke reiserådgivning i god tid før avreise, helst to måneder eller mer før



Figur 1.
Andel MSIS-meldte tilfeller smittet på reise i utlandet etter sykdomsgruppe, MSIS 2010–14. Årsrapport – Smittsomme sykdommer hos utenlandsreisende 2010–2014, figur 4, s. 17. ISSN: 2387-6751. www.fhi.no

planlagt avreise. Det er fordi enkelte vaksinasjonsregimer krever flere injeksjoner over noen uker før man kan regne med fullgod beskyttelse. En del infeksjonssykdommer overføres av insekter og andre artropoder (dvs. leddyr, for eksempel mygg, flått og midd), slik at barriereprofylakse og kunnskap om atferden til den aktuelle vektoren er nyttig. Seksuelt overførbare infeksjoner forebygges ved barriereprofylakse i form av kondom, men syfilis kan overføres ved direkte slimhinnekontakt (berøring). Kosmopolitiske infeksjoner som for eksempel influensa eller andre vanlige bakterie- og virusinfeksjoner forebygges med god håndhygiene og bruk av hånddesinfeksjonsmidler. Bedrifter som sender sine ansatte på oppdrag i utlandet, bør ha en etablert bedriftshelsetjeneste som kan gi adekvate reiseråd og følge opp de ansatte etter hjemkomst. Hvis bedriften sender ut ansatte på gjentatte oppdrag på kort varsel, bør det etableres en regelmessig kontroll av de ansatte slik at de jevnlig resertifiseres for utenlandsoppdrag og er klare til å reise ut når som helst.

For å forebygge infeksjoner som overføres med artropoder som insekter og flått, er barriereprofylakse med insektsmidler, tildekking med klær og impregnering av klær, campingutstyr og myggnett, effektive og rimelige forebyggende strategier. Bitemønstrene til myggen varierer imidlertid med hvilken myggart vi snakker om. Malariamyggen biter i skumringen og om natten, mens myggen som overfører denguefeber er mest aktiv på dagtid. For å forebygge malaria bør man i tillegg til barriereprofylakse ta medikamentell profylakse hvis man reiser til områder med høy forekomst av særlig Plasmodium falciparum som kan gi livstruende malariainfeksjon. Malaria er den suverent viktigste forebyggbare, reiserelaterte infeksjonssykdommen som tar liv. Medikamentell profylakse med antibiotika mot bakterielle infeksjoner er sjelden indisert. Men ved høy risiko for alvorlig diarésykdom, svært avansert reiseaktivitet eller arbeidsreiser til områder med dårlig tilgang til helsetjenester, kan det være aktuelt å utruste den reisende med medisiner til selvbehandling ved uavklart feber som varer over 48 timer. Målet i slike situasjoner er å fokusere på potensielt livstruende infeksjoner som malaria eller en alvorlig bakteriell infeksjon.

Infeksjoner i mage/tarm

Gastroenteritt og matforgiftning er de vanligste plagene reisende pådrar seg, men det kan være vanskelig å forebygge disse. Antallet diaré-episoder blant utearbeidende i Nepal var ikke korrelert til hvor flinke eller dårlige de var til å etterleve reiseråd for å forebygge diaré. Rådene om «cook it, boil it, peel it or leave it» er i praksis umulig å etterleve til fulle. Det er likevel noen faktorer som er viktige, slik som tilgang til rent vann og god håndhygiene. Vann fra ubrudte vannbeholdere, koking/rensing av vann, og håndvask med såpe og vann, hvis vannet er rent, eller bruk av hånddesinfeksjonsmidler før håndtering av mat og etter toalettbesøk er gode rutiner å håndheve. Om man lager maten i sitt eget hjem, er sjansen mindre for diarésykdom enn om man spiser på restaurant. Bendelorminfeksjoner som cysticerkose og ekkinokokkose fra underbehandlet kjøtt eller mat, skogsbær, sopp eller hender forurenset med egg fra avføringen fra smittede dyr og eller individer, kan gi alvorlig sykdom. Ubehandlede melkeprodukter og rå fisk og sjømat bør unngås. Fisk og sjømat som brukes til sushi, sashimi o.l. bør ha vært frosset til minst -20°C i 1 uke for å drepe parasitter. Varmebehandling til >70°C i 10 minutter dreper bakterier og parasitter inkludert cystestadier.

Det finnes ingen effektive vaksiner mot diaré, men hepatittA- og tyfoidvaksinene forebygger mat-og vannbårne infeksjoner med disse agensene. Det finnes en koleravaksine på markedet som også sies å ha effekt mot turistdiaré. Den kan ha effekt mot turistdiaré forårsaket av enterotoksisk E. coli (ETEC). ETEC som årsak til turistdiaré, varierer mellom 20-70% i ulike undersøkelser. Minst halvparten av alle gastroenteritter har annen genese enn ETEC. Det foreligger fortsatt ikke noen RCT som bekrefter vaksineeffekten mot turistdiaré til tross for at den har vært på markedet i mange år. Vaksinen markedsføres

ganske aggressivt og tilbys regelmessig av reiseklinikker. Vaksinen kan ha sin plass for arbeidstakere som skal arbeide i områder med risiko for kolerautbrudd, som f.eks. nødhjelpsarbeidere etter naturkatastrofer, men som reisevaksine mot turistdiaré for kortere arbeidsopphold er ikke indikasjonen godt dokumentert. Aktuelle virale agens er norovirus, rotavirus og adenovirus mfl. Virusgastroentritter har gjerne kort inkubasjonstid og domineres av oppkast mer enn det de klassiske bakterielle gastroenterittene gjør.

Vektorbårne infeksjoner

Mygg er den viktigste vektoren for infeksjonssykdommer, i tillegg kan bl.a. flått, midd, lus og lopper overføre sykdommer. Barriereprofylakse i form av insektsmidler, impregnering av myggnett, klær og campingutstyr og tildekking med klær er viktigst. Kunnskap om bitemønstrene til de ulike artene er nyttig. Noen insektbårne infeksjoner kan forebygges med vaksiner, f.eks. gulfeber, skogflåttencefalitt, og japansk encefalitt, mens det ikke finnes vaksine mot mange vanlige insektbårne infeksjoner som malaria, denguefeber, chikungunyafeber, zikafeber og vestnilfeber. Gulfebervaksinen kreves ved innreise i en del land, og leger med godkjenning som gulfeber-vaksinatører, kan skrive ut gulfeber-sertifikater. Gulfebervaksinen holder i flg. WHO livet ut, så det skal være tilstrekkelig å framvise at man har fått denne vaksinen en gang. Dette er relativt nytt, og i noen land kan man likevel bli spurt om bekreftelse på at gulfeber-vaksinen er satt i løpet av de siste 10 år. Om man av en eller annen grunn er immunsvekket og ikke bør få levende, svekkede vaksiner, kan man få en legeerklæring på at man ikke kan få gulfeber-vaksinen av medisinske årsaker, en såkalt waiver.

Beskyttelse mot malaria er to-leddet, barriereprofylakse og medikamentell profylakse. Hvis man er på en kort arbeidsreise og bare oppholder seg på hotell eller kongressentra med klimaanlegg, vil eksponeringsrisikoen for malariamygg være minimal sammenliknet med reiser i landlige strøk med utendørsaktiviteter. I den førstnevnte situasjonen vil kanskje barriereprofylakse mot malariamygg være tilstrekkelig når man går ut, dvs. insektsspray og lange benklær og lange ermer, mens man i den sistnevnte situasjonen vil ha nytte av medikamentell malariaprofylakse i tillegg. Risikoen for den alvorlige formen for malaria (forårsaket av Plasmodium falciparum) er høyest i Afrika sør for Sahara, mindre i Asia og minst i Latin-Amerika, men forekommer der også. WHO, CDC og Folkehelseinstituttet gir ut detaljerte beskrivelser av risiko og anbefalt malariaprofylakse til alle malariaendemiske land, og man må sjekke disse i hvert enkelt tilfelle da rådene varierer med årstid og type opphold. Det vil likevel kunne foreligge lokale klimatiske forhold som man ikke får fullgod oversikt over før man faktisk er på stedet, og valget av type profylakse vil kunne måtte endres på stedet. Det kan være vanskelig å få tak i adekvate medikamenter til profylakse, og er man usikker, bør man ha med seg dette hjemmefra. Klorokin skal aldri brukes som medikamentell profylakse mot falciparum-malaria pga. resistens. Alternativene er atovakvon-proguanil, meflokin og doxycyklin som har ulik dosering, pris, bivirkningsprofil og interaksjonsproblematikk.

Malaria er den viktigste importmedisinske infeksjonen det er viktig å avklare raskt, da den i sin alvorligste form kan være dødelig. Malaria er en febersydom, og det er ingen andre spesifikke symptomer på malaria. Ledsagende symptomer kan være hodepine, muskel- og leddsmerter, diaré, ikterus, og hele skalaen av CNS-symptomer og i de alvorligste tilfellene med kramper, koma og død. ALLE febrile pasienter som har vært i malariaendemisk område, skal undersøkes for malaria uavhengig av ledsagende symptomer. Reisende til malariaendemiske områder

«Alle febrile pasienter som har vært i malariaendemisk område, skal undersøkes for malaria uavhengig av ledsagende symptomer.»

må instrueres om å oppsøke helsetjeneste ved feber uavhengig av om de har brukt medikamentell malariaprofylakse eller ei og fortelle om reiseaktivitet og faktisk gjennomført profylaksebruk.

Dengufeber er en av mange virusinfeksjoner som overføres med mygg eller andre insekter og artropoder (dyr med ledd-delt kropp), derav navnet arbovirusinfeksjoner (arthropod born virus). Infeksjonene kan være uatskillelige klinisk, men kan grupperes etter hva slags syndromer de vanligvis gir; feber med utslett og leddsmerter, meningoencefalitt eller blødningsfeber. Denguefeber overføres av mygg som er mest aktiv om dagen – i motsetning til malariamyggen som er mest aktiv i skumringen morgen eller kveld og om natten. Malaria og denguefeber er ofte endemiske i det samme området, slik at barriereprofylakse blir nødvendig hele døgnet. Symptomatisk infeksjon med denguevirus gir typisk feber, influensaliknende symptomer med hodepine, muskel- og leddverk og eventuelt et ukarakteristisk, delvis konfluerende makulopapuløst utslett, og er derfor en viktig differensialdiagnose til malaria. Malaria gir imidlertid ikke utslett, eventuelt varmeutslett av feberen. Denguefeber er vanligvis selvbegrensende, men kan gi vedvarende slapphet i uker og måneder etter at de akutte symptomene har gått tilbake. Alvorlige former opptrer i regelen kun om man tidligere har vært smittet med en annen serotype eller hos spedbarn født av seropositive mødre. Infeksjonen kan da utvikle seg til dengue sjokksyndrom eller dengue hemoragisk feber som krever støttende behandling i sykehus. Det finnes foreløpig ingen spesifikk behandling eller tilgjengelig vaksine. Det pågår utprøving av vaksiner mot denguefeber.

Zikavius, chikungunyavirus, vestnilvirus, gulfebervirus og japansk encefalittvirus er eksempler på andre arbovirus. Zikafeber i graviditet kan gi fosterskade om mor smittes i graviditeten. Zikavirus har blitt påvist i sæd og seksuell smitteoverføring er påvist. Reisende til zikaendemiske områder anbefales å bruke kondom inntil seks måneder etter mulig zikasmitte hvis mannen har vært smitteutsatt. Skogflåttencefalitt, gulfeber og japansk encefalitt forebygges med vaksine i tillegg til barriereprofylakse. Balansen mellom sykdommens alvorlighetsgrad og risiko for sykdom, i tillegg til risikoen for bivirkninger av vaksinen, bør avgjøre om man velger å gi en vaksine eller ei. Risikoen for japansk encefalitt for turister er lav, men sykdommen er potensielt alvorlig med nevrologiske sekveler. Myggen og viruset varierer i utbredelse i Sørøst-Asia avhengig av tilgang på organisk forurenset vann

Inspeksjon av tse-tse-fluefelle i Serengeti nasjonalpark, Tanzania. Foto: Frank O. Pettersen, 2003©

og mellomverter (griser og vannfugler). Personer som oppholder seg i aktuelle områder over tid i myggsesongen, bør tilbys vaksinen. Skogflåttencefalitt er endemisk i Sentral- og Øst-Europa og over hele Sentral-Asia til Stillehavet, men har også blitt påvist langs Østersjøkysten og langs Kattegat- og Skagerakkysten i Sverige og Norge. Vaksinen må fylles på hvert tredje år for å opprettholde effekt.

Virale hemoragiske febere er virusinfeksjoner som kan være vektorbårne slik som krim-kongo hemoragisk feber som overføres med flått og forekommer i f.eks. Spania og Sørøst-Europa. Ebola-, Lassa- og Marburgvirus er ikke vektorbårne, men smitter i kontakt med blod og kroppsvæsker fra viremiske individer. Siden virale blødningsfebere kan ha høy dødelighet, er de avgjørende å identifisere og isolere.

Andre vaksineforebyggbare infeksjoner
Personer som skal reise til subtropiske og tropiske strøk med lavere standard på helsetjenester, bør være grunnvaksinert mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio. For fullgod beskyttelse bør man få en boosterdose hvert 10. år. Hvis det har gått lang tid siden grunnvaksinering, og man ikke har fått boosterdose, kan det være aktuelt å gjennomgå ny grunnvaksinasjon. Tyfoidfeber (TF) eller paratyfoid feber (PTF) forårsakes av Salmonella enteritica subspecies enteritica (I) serovar typhi eller paratyphi. Selv om også disse salmonellaartene infiserer gastrointestinal (GI)-traktus primært, behøver de ikke gi gastroenterittsymptomer. TF og PTF kan opptre med feber, obstipasjon, typisk utslett (rose spots), sepsis, abscesser i buken, tørrhoste, redusert bevissthet eller forvirring og koma. Bakteriene spres med mat og vann forurenset av humane ekskrementer eller med urene hender fra kroniske bærere eller syke personer. Alle tilfeller som påvises i Norge, er importert eller sekundærtilfeller blant husstandskontaker til syke personer eller asymptomatiske bærere. De fleste er smittet på det indiske subkontinentet, men sykdommen forekommer i alle bebodde verdensdeler der vann og kloakk ikke er tilstrekkelig adskilt eller håndhygienen er mangelfull. Sykdommen er et klassisk eksempel på at personer som besøker tidligere hjemland, har høyere sykdomsrisiko da risikoen for sykdom i denne gruppen er ti ganger høyere enn for vanlige turister.

TF kan forebygges med en vaksine, men den beskytter ikke mot de vanligste serotypene som kan gi PTF. Det kan muligens forklare hvorfor PTF nå har blitt relativt mer vanlig blant reisende sammenlignet med TF. Tyfoid-vaksinen anbefales til dem som skal oppholde seg over lengre tid (>3-4 uker) i høyendemiske områder (indiske subkontinent) og/eller skal leve under primitive sanitære forhold.

Meningokokkvaksine er aktuelt for langtidsreisende eller helsearbeidere til meningokokkbeltet som går tvers over Afrika fra vest til øst i sørlige deler av Sahara (Sahel-beltet) i tørketiden og tilgrensende områder og for personer som skal reise på Hajj i Mekka. Andre spesifikke vaksiner mot for eksempel pneumokokker kan vurderes til helsearbeidere eller personer med kronisk lungesykdom, diabetes, alder over 60 år, eller andre som Folkehelseinstituttet anbefaler å ta vaksinen.

> ***«Alle som gir reiseråd til arbeidstakere og andre reisende, må kunne ta opp risikoen for seksuelt overførbare infeksjoner ved utenlandsopphold.»***

Seksuelt overførbare infeksjoner
Alle som gir reiseråd til arbeidstakere og andre reisende, må kunne ta opp risikoen for seksuelt overførbare infeksjoner ved utenlandsopphold. Dette er den nest største gruppen av infeksjoner nordmenn pådrar seg på reise i utlandet, og langvarige arbeidsopphold er en risikofaktor. Hepatitt B kan forebygges med vaksine og bør tilbys alle som skal oppholde seg i endemiske

områder. Andre seksuelt overførbare infeksjoner kan stort sett forebygges med kondom, men syfilis kan smittes ved hud- eller slimhinnekontakt som ved berøring av kjønnsorganer, kyssing og munnsex. Kondom er det enkleste forebyggende tiltaket mot hiv, men medikamentell forebygging av hiv er nå også tilgjengelig for dem som ikke klarer å være konsistente i bruk av kondom ved vaginal eller analsex med personer med høy risiko for å ha ubehandlet hivinfeksjon. Dette kalles pre-eksposisjonell profylakse (PrEP) og består i at man tar hivmedisinen Truvada enten kontinuerlig eller «on demand». Personer kan få informasjon om dette ved å henvende seg til de større klinikkene for seksuelt overførbare infeksjoner. Tiltaket er først og fremst myntet på personer med høyest risiko for å bli hivsmittet, dvs. menn som har ubeskyttet analsex med menn eller transpersoner, partnere til ubehandlede hivpositive personer og andre med høy hivrisiko. Bedriftshelsetjenesten bør kunne informere om tilbudet og hvor man kan henvende seg.

Kosmopolitiske infeksjoner

De fleste vanlige bakterielle, virale og parasittære agenser som opptrer i Norge, forekommer også globalt. I en studie av hvilke febrile importsykdommer reisende som oppsøkte en infeksjonsklinikk i Belgia fikk etter utenlandsopphold, skyldtes ca. 1/3 av infeksjonene vanlige infeksjoner som finnes overalt. Mange av infeksjonene kan gi et influensaliknende bilde med feber, muskel- og leddsmerter og hodepine som ikke behøver å representere agensspesifikke symptomer, men som er forårsaket av feberen og cytokinfrigjøringen som hvilken som helst infeksjon kan utløse. Influensasmitte pågår hele året, men til ulike tider på den nordlige og sørlige halvkule, og vaksine bør tilbys til dem med risiko for alvorlig influensasykdom. Det finnes et utall agenser som kan gi et mononukleoseliknende bilde med feber (kjertelfeber), sår hals og hovne glandler på halsen og eventuelt andre steder. Klassisk bakteriell tonsillitt og mononukleose forekommer globalt og kan selvsagt også ramme den reisende. Epstein-Barr-virus (EBV) og cytomegalovirus (CMV) kan gi klinisk uatskillelige syndromer og hepatitt. Andre mulige virale agens er adenovirus, eventuelt med konjunktivitt og gastroenteritt i forløpet. Ved akutt hivinfeksjon opplever mange et mononukleoseliknende bilde. Protozo-infeksjonen toksoplasmose kan også gi kjertelfeber og erverves mye hyppigere i Sør-Europa og tropiske strøk enn i Norge. For gravide er det spesielt viktig å forebygge smitte av toksoplasmose, da toksoplasmose i graviditeten kan gi fosterskade. Gravide og kvinner som forsøker å bli gravide, bør ikke komme i direkte kontakt med jord eller katteekskrementer. Friske grønnsaker og bær bør skylles, bytte av kattesand bør overlates til andre, og kvinnene bør ikke kjæle med katter. Spesielt kattunger skiller ut store mengder parasitter etter at de er smittet. Tuberkulose forekommer sjelden blant personer av norsk herkomst, men kan forekomme blant arbeidstakere med opprinnelse i land med høy forekomst av tuberkulose, f.eks. land i Øst-Europa og Sentral-Asia, Afrika og på det indiske subkontinentet. Det er vanligvis ikke indikasjon for BCG som reisevaksine, kanskje med unntak av uvaksinerte helsearbeidere.

Andre tropesykdommer

Leishmaniasis er en parasittsykdom som overføres av sandfluer. Disse små, knapt synlige fluene har en fokal utbredelse rundt Middelhavet, i Midt-Østen, på det indiske subkontinent, Afrika og Latin-Amerika. Den kutane formen ble et problem for militære styrker i Afghanistan, og militært personell på øvelser i andre endemiske områder har også blitt syke. Fluen biter ikke gjennom klær og liker ikke insektsmidler. Den kan fly gjennom hullene i myggnett over sengen, men hvis nettet impregneres, vil den avstøtes.

Kutan larva migrans er en ganske vanlig parasittinfeksjon der larver av hakeorm utskilt i avføringen til hunder eller katter penetrerer huden og lager et trådtynt, slyngende, kløende hudutslett. Det er ingen vaksiner mot parasittinfeksjoner til humant bruk. Såkalte geohelminter (ascaris, trichuris, hakeorm og strongyloises) kan forebygges ved å skylle bær og grønnsaker som har vært i kontakt med jord og ved å bruke skotøy utendørs.

Schistosomiasis kan erverves ved bading i ferskvann i endemiske områder. Det klassiske er bading og dykking i de store innsjøene i Afrika. Andre mat- og vannbårne parasitter er Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum og Entamoeba histolytica som kan gi dysenteri og leverpseudoabscesser. Giardia- og kryptosporidieinfeksjoner er mye vanligere enn amøbeinfeksjoner. Upasteuriserte melkeprodukter kan være smittekilde for brucellose og gastroenteritt forårsaket av Listeria monocytogenes. Listeriose under graviditet kan være farlig for barnet. I varmt og fuktig klima er man også mer utsatt for soppinfeksjoner som for eksempel ringorm (tinea).

Spesielle grupper av arbeidstakere

Mange av infesjonene vi kan pådra oss under utenlandsopphold er zoonoser, og personer som skal jobbe i nærkontakt med dyr, bør vurdere andre vaksiner i tillegg, f.eks. vaksine mot rabies. Brucellose forekommer blant husdyr mange steder i verden, inkludert Sør-Europa. Inntak av upasteuriserte melkeprodukter, håndtering av slakt og hjelp ved dyrefødsler utgjør de viktigste smittesituasjonene for utearbeidende, spesielt veterinærer. Personer som skal arbeide i nasjonalparker i Øst-Afrika har blitt smittet med sovesyke etter bitt av tsetseflue. Dette er en alvorlig sykdom med høy dødelighet som skal behandles raskt. Barriereprofylakse med insektsmidler og tildekking av bar hud med impregnerte og lyse klær forebygger bitt av denne fluen som tiltrekkes av mørke farger. Tsetsefluefeller består gjerne av impregnerte mørkeblå tøystykker som er hengt opp i utmarka der fluen trives, se bilde s. 8.

Hvis man drar på lange utenlandsoppdrag og tar med familien, bør selvsagt partner og barn inkluderes i forberedelsene. Barn bør være fullvaksinerte som anbefalt i barnevaksinasjonsprogrammet, og intervallene kan evt. forkortes for at de minste barna skal være fullgodt beskyttet mot f.eks. meslinger og stivkrampe. Fra november 2016 er hepatitt B-vaksinen inkludert i barnevaksinasjonsprogrammet, men eldre barn bør også tilbys denne vaksinen og da gjerne sammen med hepatitt A i en kombinasjonsvaksine. Små barn vil oftere ta kontakt med hunder og katter og har nok høyere risiko for å bli bitt enn voksne. Barn kan derfor vurderes for rabies-vaksinering.

Kvinner med ønske om barn eller som allerede er gravide bør ta spesielle forholdsregler. Om kvinnen er gravid før avreise, bør man vurdere om planlagt reise kan utsettes til etter fødselen. Zikaepidemien i Sør-Amerika og Oceania har (igjen) vist oss at gravide og foster er spesielt sårbare for infeksjoner og komplikasjoner til disse. Malaria i svangerskapet har større risiko for å utvikle seg til en alvorlig infeksjon enn hos ikke-gravide. Det er derfor ekstra viktig for gravide å beskytte seg med medikamentell profylakse i falciparumendemiske områder i tillegg til barriereprofylakse. Kvaliteten til svangerskapsomsorg og fødsel bør vurderes nøye med hensyn på. om man bør planlegge å føde i utlandet eller i Norge. Flyselskapene tar vanligvis ikke om bord høygravide kvinner, dvs. etter uke 36, men reglene varierer mellom de ulike flyselskapene og må sjekkes i forkant. I noen tilfeller kreves legeattest. Amming av spebarn er bra og forebygger mat- og vannbårne infeksjoner. Spebarn og små barn tåler dårligere dehydrering og overoppheting enn voksne. Såkalte «oral rehydration solutions» kan kjøpes som tørrstoff eller lages selv. Små barn blir også lettere solbrente.

Oppsummering

Får man muligheten til et arbeidsopphold i utlandet, behøver man ikke skremmes fra det. Med god planlegging vil det kunne gi minner for livet for hele familien. Det er imidlertid visse forholdsregler man bør ta og noen momenter man bør ha tenkt over i forkant. Det snakkes ofte om fysisk sykdom og skade, men et utenlandsopphold kan også representere en ekstra psykisk påkjenning. Har man eller har man hatt psykiske plager, kan disse forverres eller komme igjen pga. disse påkjenningene, og man bør ha tenkt igjennom på forhånd om man kan takle utfordringene man kan støte på.

Arbeidsgiver har et ansvar for å tilrettelegge for og tilby forebygging av helserelaterte plager på utenlandsoppdrag og for at de ansatte følger opp tilbudet. Om de ansatte forventes å skulle dra ut på regelmessige oppdrag på kort varsel, bør de innkalles til sin bedriftshelsetjeneste med regelmessige intervaller for å sikre at aktuelle vaksiner er oppdaterte, og at helsetilstanden til den enkelte er god nok for slike oppdrag. Epidemiologien til de forskjellige sykdommene er i endring, slik at tidligere reiseråd kan måtte revurderes. Det er viktig at en bedrift søker å utvikle en god bedriftskultur rundt behovet for og nytten av forebygging av sykdom og skade på arbeidsoppdrag i utlandet. Man bør strebe etter å spre sunne holdninger om kulturell forståelse, anstendig opptreden i det aktuelle området og behov for forebygging av sykdommer, samt imøtegå irrasjonell motstand mot forebyggende tiltak. Den enkelte arbeidstaker har også et ansvar for å følge opp tilbudet fra arbeidsgiver. Om man ikke gjør det, kan det få følger for forsikringsutbetaling ved sykdom og skade. Arbeidsgiver må sørge for adekvat forsikring av arbeidstakerne og en realistisk plan for behandling og eventuell evakuering ved sykdom eller skade.

Litteraturlista kan fåes ved henvendelse til forfatter eller redaktør

Risikovurdering og risikokontroll ved arbeid utenfor Norge

Av Bjørn Otterlei, spesialist i arbeidsmedisin og allmennmedisin
bjorn.otterlei@internationalsos.com

Norsk arbeidsliv globaliseres. De siste 10 år har internasjonale selskaper hatt en 25 % økning av arbeidstakere utenlands, og det er forventet en økning på 50 % innen 2020 (1). Dette skyldes at norske varer og tjenester er etterspurt utenfor Norge, og at norske bedrifter blir deler av internasjonale foretak. Dette er egentlig ikke noe nytt, for norsk næringsliv og sjøfart har lange historiske røtter med handel og skipsfart over hele verden. Det nye er at Arbeidsmiljøloven kommer til anvendelse på en måte som lovgiverne kanskje ikke hadde tatt høyde for da loven ble utformet.

Forsikring oppfattes kanskje som det viktigste når man har arbeid utenfor Norge. Akkurat som vi ved feriereiser sørger for å ha reiseforsikring som dekker medisinsk behandling på steder hvor ikke lenger medlemsskap i NAV gjelder, må arbeidsgiver sørge for slik forsikring og dekning av hjemtransport for arbeidstakere som reiser til utlandet. Dette er ofte godt ivaretatt.

Vaksinasjon er også noe de fleste tenker på ved utenlandsreise. Skal man til tropiske områder, er malariaprofylakse og generelle hygieneråd, som tilgang til rent vann og kostråd for å unngå matbåren smitte, viktige forhold som reisende som regel forbereder seg på – i hvert fall til en viss grad.

Forholdene som er nevnt ovenfor inngår i en vanlig forberedelse ved feriereiser til tropiske områder. Mange arbeidstakere har en viss reiseerfaring, og noen arbeidsgivere er usikre på hvor langt deres ansvar i forhold til reiseforberedelse går. Derfor overlates mye til den enkelte arbeidstakers egen vurdering. Dermed kan man overse viktige temaer som: Kulturelle forhold i landet man skal besøke og oppholde seg i, f.eks. kleskode, omgang med rusmidler, og risiko for smittsomme sykdommer, ikke minst seksuelt overførbare sykdommer. Noen steder er det viktig å forberede seg på risiko for kriminalitet eller politisk uro. Andre steder kan klimatiske forhold eller risiko for naturkatastrofer representere en risiko. Enkelte områder kan pga dårlig infrastruktur eller dårlig utbygd helsevesen være uegnet for personer som regelmessig trenger helsehjelp, f.eks. diabetikere, eller andre pasienter som er avhengige av daglig medisinering og regelmessig legekontroll. Og som i Norge: Den største risikoen i forhold til skade er i trafikken. Bare det å komme til et land med venstrekjøring krever «omvendt tenkning» når man skal krysse et gangfelt. Mange bedrifter har regler om at man ikke skal kjøre selv, men bruke godkjente kjøretøy og sjåfører ved reiser.

> ***«Den største risikoen i forhold til skade er i trafikken.»***

Min erfaring er at enkelte virksomheter med arbeidstakere i flere geografiske regioner ikke har foretatt noen risikovurdering før arbeidstakere blir sendt ut. Dette er overraskende, fordi disse virksomhetene ellers er dyktige når det gjelder risikovurdering for aktivitet på land eller på norsk kontinentalsokkel.

Risikovurdering, «sikker jobb analyse» og «før jobben samtale» er en godt innarbeidet rutine i Norge. Det er forankret i Arbeidsmiljølovens § 3-1, punkt 2, c og i internkontrollforskriftens § 5. Arbeidsgiver har et like stort ansvar ved arbeid utenfor Norge. Noen mangler kompetanse på dette, og mange bedriftshelsetjenester, som vi vet er arbeidsgivers helserådgiver, har ikke tilstrekkelig kompetanse på reisemedisin og tropemedisin. Det å sikre at arbeidstakeren er godt dekket av reise-, helse- og ulykkesforsikring er tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak ville være risikovurdering, informasjon, rådgivning, opplæring, tilrettelegging for helseundersøkelse og vaksinering. Nødvendig informasjon om lokale forhold kan være omfattende. Det spenner fra forståelse av kultur, hygieniske forhold, helsevesen, kriminalitet og politisk situasjon. Disse områdene griper også inn i hverandre. Alkohol, som er et legalt rusmiddel i Norge, er forbudt i visse deler av verden. Også kulturelle koder som kleskoder, sosial omgang og ikke minst seksuell omgang kan være helt annerledes enn i vår kultur, og brudd på disse kodene kan i verste fall føre til straff eller utvisning fra landet.

«Kameratsjekk» er et godt begrep fra norsk industri, og betyr at man hjelper hverandre til å følge nødvendige sikkerhetstiltak, bl.a. når det gjelder bruk av personlig verneutstyr. Ved arbeid langt hjemmefra kan «kameratsjekk» bety at man utviser en omsorg for arbeidskameratene som er mer enn kontroll av at verneutstyret er på plass. Det kan være så konkret som at en arbeidstaker på et arbeidslag kan få som oppgave å følge med en arbeidskamerat som ikke er i form. Skaffe mat og drikke og gi beskjed dersom det f.eks. blir behov for legeundersøkelse. Gode arbeidskamerater vil også ofte følge med hverandre i forhold til trivsel. Det å være langt hjemmefra kan være en stor belastning, særlig i situasjoner der noe skjer hjemme, slik som ved sykdom i familien. Enkelte som har lite erfaring med arbeid i utlandet kan også være bekymret, eller motsatt, kan trenge veiledning i forhold til risiko man ikke er vant til å tenke på. Rusmidler er et tabubelagt tema som kan være vanskelig å ta opp i Norge. Det kan være enda vanskeligere i utlandet, og flere forhold ved arbeid i utlandet kan være risikofaktorer for rusmiddelproblemer: Tilgjengelighet, sosial isolasjon og fravær av sosiale kontrollmekanismer.
Endelig kommer behovet for helseovervåkning basert på eksponering. Arbeid utenlands kan innebære at man i arbeidsmedisinsk perspektiv er «risikoutsatt gruppe». Man kan risikere å utføre arbeid i omgivelser som ikke tilfredsstiller norske krav til administrative normer, og man kan bli eksponert for faktorer som man ikke var forberedt på før utreise. Særlig gjelder dette smitterisiko for sykdommer som kroppen ikke har opparbeidet immunitet mot, eller psykologisk stress ved å arbeide og oppholde seg i fremmede omgivelser.

> ***«Nødvendig informasjon om lokale forhold kan være omfattende. Det spenner fra forståelse av kultur, hygieniske forhold, helsevesen, kriminalitet og politisk situasjon.»***

Risikoreduksjon kan oppnås ved god forberedelse. Bedriften som har arbeidstakere i utlandet bør oppfordres til å utarbeide en «helse og sikkerhetspolicy» som skal definere

- hvorfor man skal reise, hva som er oppgaven
- hvem som skal reise, organisering og ansvar
- hvordan man skal reise, konkret planlegging og gjennomføring

Risikovurderingen bør omfatte eksponeringer, farer og eventuelle trusler, og med en vurdering av sannsynlighet og konsekvens, som er grunnlaget for å kunne konkludere om risikoforholdene er akseptable eller ikke.

Før utreise er informasjon viktig. Arbeidstakeren må kjenne til risikovurderingen og skaffe seg så god kjennskap til lokale forhold som mulig, spesielt det som angår egen trygghet (førstehjelp og sikkerhet).

«Fitness to travel evaluation» har vært praktisert på ulike måter av mange norske bistandsorganisasjoner, og innebærer en helsekontroll som skal gi anbefalinger i forhold om man bør reise, eventuelle anbefalinger – som vaksinasjon, og eventuelt medbringelse og tilgang til medikamenter. En slik helseundersøkelse burde gjennomføres av alle som skal reise til områder med dårlig infrastruktur, dårlig helsevesen, eller der man skal arbeide og bo i omgivelser som er vesentlig annerledes enn man gjør til daglig. Vurdering av helsemessig skikkethet har en juridisk side. Det er store begrensninger i arbeidsgivers rett til å utelukke arbeidstakere fra arbeidslivet pga. helseforhold, sett fra et diskrimineringsaspekt. På den andre siden ansvarliggjør Arbeidsmiljøloven arbeidsgiver i forhold til å gi informasjon om, risikovurdere og sørge for at arbeidstakere ikke blir pålagt oppgaver eller å reise til områder som man ikke har helse til. Arbeidsgiver må informere om helsekrav ved ansettelse, og da blir legens anbefaling viktig. Noen arbeidsgivere sender med en utstyrspakke som kan inneholde enkelt førstehjelpsutstyr, insektsmiddel, myggnetting, malariaprofylakse, lys, røyk- og tyverialarm samt universalverktøy. Arbeidsgiver bør utarbeide tydelige planer for evakuering i tilfelle alvorlig ulykke, sykdom eller dersom sikkerheten til arbeidstakere er truet. Slike planer må gjennomgås og trenes på før utreise og deretter regelmessig for å kunne fungere når de eventuelt skal effektueres.

Det finnes sporings- og meldingstjenester som virksomheter med arbeidstakere i utlandet kan benytte. Dette gir arbeidsgiver mulighet til å ha en dynamisk oversikt over hvor de enkelte arbeidstakerne befinner seg, og man kan lett varsle gjennom tekstmeldinger dersom det inntreffer farlige situasjoner og man for eksempel må evakuere. Slik sporing må arbeidstaker samtykke til, for det kan oppfattes som begrensende i forhold til enkeltindividers integritet og frihet. I medarbeidersamtalen for arbeidstakere som arbeider i utlandet bør de spesielle forholdene man arbeider og bor under vies oppmerksomhet. På den måten vil arbeidsgiver få en verdifull anledning til å gradvis forbedring av arbeidsmiljøforholdene for arbeidstakere som er på reise eller arbeider og bor i utlandet.
«Duty of care» er et godt engelsk begrep som er positivt ladet og som beskriver den omsorgen som må være grunnlaget for arbeidsgivers ansvar – også ved arbeid i utlandet.

Oppsummering:
Globalisering av arbeidslivet gjør at stadig flere arbeidstakere arbeider i omgivelser som byr på et annerledes risikopanorama enn det man har i Norge. Mange arbeidsgivere har ikke risikovurdert arbeidssituasjonen for arbeidstakere i utlandet. Arbeidsmiljølovens § 3-1 punkt 2 c, sier at arbeidsgiver har plikt, sammen med arbeidstakere og deres tillitsvalgte, til å «kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risikoforholdene i virksomheten, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen». Risiko ved opphold i utlandet spenner fra andre klimatiske forhold, endemiske forhold, andre standarder i forhold til eksponering og verneutstyr, til egen trygghet mht. naturkatastrofer, politisk uro eller kriminelle forhold. Gode forberedelser før avreise omfatter risikoreduserende tiltak som informasjon, opplæring, plan for evakuering samt helseundersøkelse, vaksinering og eventuelt utstyrspakker.

Les mer:
Arbeidsmiljøloven § 3-1
«Managing the safety, health and security of mobile workers: an occupational safety and health practitioner's guide», Institution of Occupational Safety and Health (IOSH) and the International SOS Foundation, 2016
https://www.internationalsosfoundation.org/international
velg White Papers
«The responsibility of Norwegian companies for their employees travelling on business and overseas assignments: a legal perspective», International SOS Foundation, 2016
https://www.internationalsosfoundation.org/emea
Velg "Norway" og last ned PDF
Norsk Elektronisk Legehåndbok har i januar kommet med en «reisevaksine kalkulator» som er et praktisk hjelpemiddel for å få oversikt over relevante vaksiner og malariaprofylakse.
https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/reisemedisin-og-vaksiner/sok-i-reisevaksiner/sok-i-reisevaksiner/

Referanser:
1) «Talent Mobility 2020, The next generation of international assignments", rapport Price Waterhouse Coopers, 2010

Jordmødres arbeidshverdag og arbeidsmiljø ved helsesentre i Addis Abeba, Etiopia

Trude Thommesen, Jordmor, Diploma in Reproductive Health (DRH), M.Phil.
Høgskolen i Bergen, jordmorutdanningen, Institutt for sykepleiefag. trudethommesen@mac.com

Etiopia i Øst-Afrika er et av verdens fattigste land. Av en befolkning på ca 96 millioner bor omlag 2 millioner i hovedstaden Addis Abeba. Til tross for en viss økonomisk vekst lever nærmere 30 % av befolkningen i ekstrem fattigdom på under 0.6 USD/ dag (2010) (1). Befolkningens helse er generelt- og for kvinner spesielt- dårlig. I tillegg til en av verdens høyeste mødre- og barnedødelighet har landets befolkning utfordringer med sykdommer som feil-/underernæring, malaria, tuberkulose og HIV. I tillegg bidrar fattigdom, lavt utdanningsnivå, dårlig infrastruktur og utilstrekkelig tilgang til vann og sanitær til en kontinuerlig generelt dårlig helse i befolkningen. Det finnes bare 6,3 sykehussenger pr 1000 personer og kun 4,8% av landets brutto nasjonalprodukt brukes på helse (1). Til sammenligning brukte vi i Norge omlag 10% (2015) (2). Den maternelle dødeligheten (MMR)- antall kvinner som dør i forbindelse med fødsel/100.000 fødsler- i Etiopia er 353/100.000. Selv om forskjellene er store mellom urbane områder og på landsbygda er det kun 15,5 % av fødsler som tas hånd om av en utdannet jordmor (2014) (3, 4).

Metode

I forbindelse med en Masteroppgave i International Health gjorde jeg feltarbeid i Addis Abeba i Etiopia i tre måneder høsten 2013 (5). Hensikten med studien var: Hvilke utfordringer møter jordmødre ved helsesentre i Addis Abeba, Etiopia i arbeidet med å gi god og kvalitetsmessig omsorg og behandling av gravide, fødende og deres nyfødte?

Denne artikkelen gir en kort oppsummering av den delen av studien som hadde relasjon til arbeidsmiljøet.

Figur 1: Kvinne i aktiv fødsel blir tatt hånd om av jordmor. Foto: Trude Thommesen

Dette var en kvalitativ studie. Jeg var sammen med jordmødre ved tre forskjellige offentlige helsesentre i Addis Abeba hver ukedag i tre måneder, høsten 2013. Jeg deltok i det daglige arbeidet ved helsesenteret; svangerskapskontroller, fødsler og barselomsorg. Data ble innsamlet gjennom deltagende observasjon, 11 dybdeintervjuer samt smalltalk med andre ansatte i avdelingen. Helsesentre i forskjellige bydeler i Addis Abeba ble valgt, og både helsesentre med få og med mange fødsler ble inkludert.

Intervjuene ble avtalt på forhånd og skriftlig samtykke gitt. Alle ble informert om at de kunne trekke seg når som helst, samt at data fra intervjuene ville bli slettet etter at studien var ferdig. Etisk godkjenning ble innhentet hos REK Vest og hos Addis Abeba Health Bureau i Etiopia.

Intervjuer og tekst ble senere transkribert og oversatt, og analysert ved bruk av tematisk innholdsanalyse (6).

Resultater og kort diskusjon

Frykt var et gjennomgående ord i intervjuene og samtalene med jordmødrene. De uttrykte stor frykt i jobben, de følte seg ofte alene- spesielt på nettene- og hadde da ingen å spørre eller søke hjelp hos dersom noe uforutsett eller akutt skulle oppstå. De var redde for å gjøre feil, for ikke å kunne håndtere en situasjon riktig. En sa:

"Just what I am fearing for is PPH. [..] (Postpartum haemorrhage) We have to think about that, how to manage.., and you have to be ready –always, all the time.. so.. if there is PPH I am fearing for the death of the mother..."

(Mannlig jordmor, 29 år)

De var redde for represalier fra ledelsen eller pårørende dersom de vurderte eller gjorde noe galt, og for juridiske konsekvenser og dermed for å miste arbeidsplassen sin. De fikk lite eller ingen oppmuntring og støtte i sitt arbeid. Gjennomsnittlig ansiennitet var 3,5 år og det var få erfarne jordmødre som fungerte som rollemodeller og støtte for de yngre.

Jordmødre hadde liten mulighet for faglig oppdatering som kurs og seminarer og ingen tilgang til bøker, faglige tidsskrift eller Internett på arbeidsplassen. De fikk lite eller ingen oppmuntring og støtte i sitt arbeid. En gravid jordmor fortalte:

"One day I stayed at home because I was ill. I called the health centre in the morning and got a harsh comment that I had to be present the next day. I felt both hurt and offended by this comment.. [..] I dreaded to call to say I was sick. The next day I felt fine and was at work as usual. No one was asking about my wellbeing..."

(Kvinnelig jordmor, 30 år)

Jordmødre uttrykte stor frustrasjon over arbeidsmiljøet. Selv om det mest elementære utstyret til fødsel var tilgjengelig manglet de nødvendig utstyr til så vel normale som kompliserte fødsler, slik som surstoff, antibiotika og medikamenter til å stoppe blødning og kramper hos den fødende. I tillegg var det ofte strømbrudd og flere helsesentre ble i perioder stengt på grunn av vannmangel.

Sanitærforholdene for både pasienter og arbeidstakere var mangelfulle. Ingen av helsesentrene i undersøkelsen ga kvinnene mulighet for å ta en dusj. Toaletter manglet ofte vann til både skylling og håndvask. Alle fødekvinner var screenet for HIV, men ikke for hepatitt, og jordmødrene uttrykte stor frykt for å bli smittet av forskjellige sykdommer fra pasienter. Men mest av alt var de redd for å miste en kvinne eller et barn i fødsel, og mange kunne fortelle sterke og dramatiske historier fra sitt jordmorliv.

"I am afraid of..,[..] the mother is trusting me, and she is just sick-looking and she is lethargic, and I am afraid of what I am doing.. just to save the mother and to manage that PPH, to save her life.. Just DOING, just DOING, and.. simultaneously I fear and I am afraid.. [..] Just doing and properly monitoring the mother´s condition and the situation... I am afraid, actually!"

Turnusen var tøff med hyppige nattevakter og lav lønn og mange arbeidet i tillegg på private sykehus/klinikker. Dette gjorde at mange opplevdes som trøtte og umotiverte. Det fantes et rom med flere senger hvor jordmødrene kunne legge seg nedpå når det var stille, og mange tok seg en lur i løpet av dagen. De oppbevarte klær og uniformer i pappesker under sengen. Dersom menn og kvinner hadde nattevakt sammen sov de i samme rom. Mat ble servert dem fra et lite kjøkken ved helsesenteret.

Med en svært høy maternell dødelighet har Etiopia gjennom FNs tusenårsmål og senere bærekraftmål forpliktet seg til å øke antallet jordmødre i landet. I Etiopia blir studenter som starter på høyere utdanning plassert i det yrket landet til enhver tid trenger av arbeidskraft- og som studenten er kvalifisert for. Dette medfører at studenter starter på utdanning som de ikke er verken interessert i eller motivert for. Flere

Figur 2: Kaffe er en viktig del av etiopisk kultur. Her fra en "kaffebar" like utenfor en av helsestasjonene. Foto: Trude Thommesen

jordmødre i Etiopia er unge gutter/menn som er tvunget inn i jordmoryrket mens de egentlig ønsket å bli ingeniør, farmasøyt eller sykepleier. I tillegg er utdanningen mangelfull med for store klasser, få eller ingen lærere og liten mulighet for praktisk trening i studietiden. Dette gjør at flere jordmødre uteksamineres uten å ha observert eller deltatt i de anbefalte antall fødsler og situasjoner som er påkrevd før autorisasjon (3).

Motivasjon for jobben og et trygt arbeidsmiljø er også for jordmødre i Addis Abeba avgjørende for å kunne utføre det arbeidet en er satt til. En må kunne kjenne seg trygg i organisasjonen; det vil si få lov å være ny, kunne spørre om hjelp og råd og ha gode rollemodeller.

Til tross for at mange av jordmødrene i Addis Abeba var dedikerte og flinke, uttrykte de fleste av dem stor frustrasjon over å jobbe i et miljø uten forbilder, støtte eller veiledning. Sitatet «I´m afraid, actually» beskriver hvor farlig, risikofylt og stressende jordmoryrket er i et utviklingsland som Etiopia. Kvalitet i både utdanning og i utførelsen av arbeidet er sentralt og avgjørende for å oppnå landets prioritet; å sikre god og trygg helse for gravide og fødende og deres nyfødte. I arbeidet mot å oppfylle FNs bærekraftsmål, må både utdanningen av og arbeidsmiljøet for jordmødre i Etiopia prioriteres og forbedres.

Referanser

1. The World Bank. 2016. www.theworldbank.org. http://data.worldbank.org/indicator [Assessed Oct 18, 2016]
2. Statistisk sentralbyrå, https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2016-03-14 [Assessed Oct 18, 2016]
3. UNFPA, ICM & WHO 2014. The State of the World´s Midwifery 2014. A universal pathway. A woman´s right to health. . The State of the World´s Midwifery, 10-32, 96.
4. WHO 2008. Report On the National Situational Analysis of Pre-Service Midwifery Training In Ethiopia.
5. Thommesen, T. "I´m afraid, actually!" Midwives challenges in providing quality maternal and newborn care in health centres in Addis Ababa, Ethiopia. Masteroppgave, Senter for internasjonal helse, Universitetet I Bergen, 2014.
6. Green, J. & Thorogood, N. 2009. Qualitative methods for health research, SAGE Publications Ltd.

Leserinnlegg om støy og hørsel

Bente E. Moen og Magne Bråtveit, Universitetet i Bergen
Kaja Irgens-Hansen, Haukeland universitetetssykehus
Odd Pettersen, Olav Kvaløy, Tron Vedul Tronstad, og Truls Gjestland, Sintef

Ramazzini trykket et innlegg om «Myter og fakta om støy og hørsel» av Arve Lie, Statens Arbeidsmiljøinstitutt i nummer 4, 2016 som gjorde oss bekymret. Vi vil ikke gå inn på detaljer i innlegget til Arve Lie, men vi vil formidle at innlegget oppleves som en unyansert argumentasjon om et meget alvorlig tema. Vi forstår ikke hensikten med innlegget, og lurer på hvilke signaler Statens Arbeidsmiljøinstitutt ønsker å fremme for hvordan bedriftshelsetjenesten skal arbeide videre med støy og hørsel.

Vi vil understreke at
- Høye lydnivåer kan gi hørselstap
- Hørselstap pga. lyd er avhengig av hvilket støynivå og tidsrom man eksponeres for

Selv om lydnivåene på visse arbeidsplasser i dag kan være lave og følgelig ikke gir hørselstap, betyr ikke det at dette er tilfelle for alle arbeidsplasser. Vi har arbeidsplasser med potensielt høye lydnivå i Norge som ofte ikke kartlegges regelmessig, verken med støymålinger eller hørselstester, for eksempel innen bygge-bransjen. Vi mener at det er viktig å arbeide for å kartlegge disse arbeidsplassene og innføre tiltak for å hindre hørseltap.

Nedsatt hørsel er en alvorlig sak for den som rammes. Hovedkonklusjonen i artikkelen er at støy i arbeidsliv og fritid ikke gir hørselstap utover det man normalt må forvente. Artikkelen av Lie baserer dette på høyst usikre data som undergraver gode tiltak og holdninger for å beskytte og ta vare på hørselen til den enkelte. Arve Lie sier selv at tiltaksnivået på arbeidsplassen må opprettholdes for å forhindre støyskader. Hans artikkel bidrar ikke til dette. Det gis nå et inntrykk av at støy ikke er farlig og at tiltaksprogrammene er unødvendige. Dette er en høyst uønsket utvikling. Det bør være fokus på at det faktisk er noen som skades av for høye støynivåer, og man må ikke ufarliggjøre problemet ved å hevde at «de fleste» blir ikke skadet og at de kommer til å miste hørselen uansett pga. alder. Diagnostikk og metodebruk kan diskuteres, men vi mener at bedriftshelsetjenesten og annet helsepersonell fortsatt har en viktig oppgave ved å forebygge hørselstap pga. høye lydnivå på arbeidsplassene. Vi anbefaler økt fokus på tematikken, med meldinger til Arbeidstilsynet om mistenkt hørselstap, samt egnede tiltak. Vi håper videre at Arbeidstilsynet følger opp meldingene på beste måte, og at vi sammen kan forhindre at flere får nedsatt hørsel pga. høye lydnivå på norske arbeidsplasser.

Svar til leserinnlegg om støy og hørsel

Takk for kommentarer. Jeg er i grunnen enig i mesteparten av det dere skriver. Støy er potensielt skadelig hvis eksponeringen er tilstrekkelig høy. Det fremgår også av artikkelen jeg skrev. Mitt hovedbudskap er at for å vurdere om det er mange tilfeller av støyskade i en yrkespopulasjon, må man sammenligne med hørselen hos personer uten støyeksponering. Grad 1-3 hørselstap er svært vanlig forekommende hos personer uten yrkesmessig støyeksponering og det samme er «støydiper» og terskelendring i løpet av en 3-års periode. Hvis slike utfall uten videre oppfattes som en støyskade, kan man komme til å bruke mye ressurser på å forsøke å forebygge et problem som kanskje ikke er der.

Arve Lie, Pensjonist.
Tidligere forskningssjef og overlege, STAMI.

St. Gothards anemi: en lyssky affære

Av Anniken Sandvik, Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin,
Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

St. Gothard-passet er et fjellpass i de sveitsiske alpene. Over dette passet gikk det tidlig en handelsrute. I dag er togpassasjen under St. Gothard en av de viktigste forbindelsene mellom Italia og Sentral-Europa. Arbeidene med å bygge en tunnel under dette passet pågikk i perioden 1871-1881. Tunnelen var med sine 15 km verdens lengste jernbanetunnel da den åpnet i 1882. Nylig ble det bygget en moderne tunnel under St. Gothard og igjen har Sveits, nå foran Japan, verdens lengste jernbanetunnel (57 km).

Byggingen av den første St. Gothard-tunnelen medførte mange alvorlige arbeidsulykker: 200 personer skal ha mistet livet her. Ulykkene skyldtes først og fremst flom av vann inn i tunnelen eller ulykker med togene som fraktet ut materiale. I forbindelse med byggingen ble også svært mange av arbeidere svekket av alvorlig anemi. Legen som først undersøkte arbeiderne mente det dreide seg om vanlig «Miner's anemia» eller «Mountain cachexia» (1). På denne tiden ble det antatt at anemi hos gruve- og tunnelarbeidere skyldtes inhalering av ukjente substanser under bakken. Den italienske legen Perroncino tok imidlertid initiativet til obduksjon av en arbeider som hadde jobbet ved St. Gothard-tunnelen. Ved obduksjonen fant han tallrike parasittiske innvollsormer både i duodenum og jejunum. Man undersøkte da de andre arbeiderne ved tunnelprosjektet og fant at svært mange hadde egg fra den parasittiske ormen anchylostoma duodenale i avføringen. Likevel ble det betydelige kontroverser rundt hvorvidt parasitten virkelig var årsaken til symptomene hos arbeiderne. Ikke minst skyldtes dette at man manglet kunnskap om hvordan parasitten kunne ha kommet seg inn i kroppen. Man spekulerte i hvorvidt arbeiderne fikk den i seg via drikkevannet, men rørsystemet for vanntilførsel var velfungerende og ble ikke funnet å være forurenset. Leger ansatt ved St. Gothard Company skal ha forsøkt å avkrefte hypotesene om parasittsykdom (1). Perroncino lyktes i å dyrke anchylostoma-larver fra avføringen hos sine pasienter, slik at han kunne undersøke mulige behandlinger. Han fant ut at høye doser av ekstrakt fra ormegress var i stand til å drepe larvene. Dette ble gitt til arbeiderne og førte til helbredelse i løpet av noen få måneder. Men fremdeles gjensto spørsmålet om hvordan parasitten hadde kunnet spre seg i så omfattende grad.

Etter hvert fant man forklaringen på dette. Det var vanskelig å finne egnede løsninger for toaletter ved arbeider såpass langt inne i fjellet. Det viste seg at det fantes en hel del rester av avføring på gulvet i tunnelen. I tillegg var tunnelen varm og fuktig, noe som førte til nærmest tropiske forhold. Drenering av vann under byggingen var også et problem. Når vann sivet inn over ekskrementer og der ble stående med høy temperatur, skaptes det gode forhold for klekking av egg fra innvollsorm. Forurenset vann samlet seg på tunnelgulvet og arbeiderne gikk daglig og vasset i dette.

Innvollsormer deles inn i bendelormer og rundormer. Av rundormer finnes det blant andre to typer hakeormer: Anchylostoma duodenale og Necator americanus (2). Disse ormene setter seg fast i tolvfingertarmen og suger ut blod fra tarmveggen. Dersom smitten er massiv, kan dette gi anemi. Sykdom fremkalt av hakeorm er et stort problem i mange land med varmt klima og dårlige sanitære forhold. Eggene finnes i avføring hos mennesker. Under forhold med varmt og fuktig klima, klekkes eggene til små larver i løpet av 1-2 døgn. Larvene kommer seg inn i menneskekroppen ved å penetrere huden, vanligvis på føttene. De entrer blodbanen og fraktes med blodet til lungene. Fra alveolene klatrer de opp bronkialtreet og blir så svelget. I gastrointestinaltraktus modnes larvene til voksne ormer som fester seg i tarmveggen i duodenum. Muligens kan ormen også entre kroppen direkte via oral smitte (3). Arbeiderne ved St. Gothard ble sannsynligvis smittet av larver gjennom huden på føttene når de vasset i det forurensede vannet i tunnelen.

Ramazzini var godt klar over farene ved arbeid i gruver. I sin omtale av gruvearbeideres sykdommer omtaler han også små dyr i gruver, selv om det nok ikke er involvsorm han beskriver her: «[...] som till exempel de insekter som liknar små spindlar. Agricola och Solinus kallar dem för «de ljusskygg». Dessa små insekter återfinns särskilt i silvergruvor. När arbetarna oavsiktlig sätter sig på dem blir de bitna med mycket lidande som följd» (4). Et vel så alvorlig problem for gruvearbeidere er i følge Ramazzini trusselen fra demoner: «Utöver dessa faror finns det små demoner och fantomer som skräckslår arbetarna.» Han forsikrer også: «Jag har hört berättas [...] att den vanliga uppfatningen, att alla demonrapporter bara skulle vara sagor är felaktig. I Hannovers gruvor (...) råkar arbetarna ofta ut för olyckor som bara kan förklaras som demoners verk» (4).

St. Gothard var biskop av Hildesheim fra 1022 til 1038, og ble kanonisert som helgen i 1131. Han var helgen for omreisende handelsmenn,

> *I Hannovers gruvor (...) råkar arbetarna ofta ut för olyckor som bara kan förklaras som demoners verk.*

og mange kirker og kapeller i Alpene ble viet til ham. Imidlertid er det Santa Barbara som er skytshelgen for arbeid i gruver og tunneler. I følge legenden ble Barbara holdt fanget i et tårn av sin far. Hun klarte å rømme og søkte tilflukt i sølvgruvene ved Laurium i Hellas. Der ble hun til slutt oppdaget og halshugget. I katolske land er det tradisjon for at alle nye gruve- eller tunnelprosjekter starter ved at man vier et lite alter til Santa Barbara, der man ber om beskyttelse for arbeiderne (5).

Mot parasittsykdom hjelper imidlertid neppe verken helgener eller demoner. Erfaringene ved St. Gothard førte til viktige medisinske fremskritt. Dessverre er innvollsorm fremdeles utbredt blant gruve- og tunnelarbeidere i Afrika, Asia og Sør-Amerika (6). Dette kan i stor grad forebygges ved strengere hygienetiltak.

Referanser

1. Peduzzi R, Piffaretti JC. Anchylostoma duodenale and the Saint Gothard anemia. British Medical Journal 1983; 287:1942-45.
2. https://snl.no/innvollsormer 03.01.17
3. https://www.cdc.gov/parasites/hookworm/biology.html 03.01.17
4. Ramazzini. De morbis artificum. Om arbetares sjukdomar. Arbetsmiljöforlaget, 1991. Opprinnelig utgave Padova, 1713.
5. www.tunneltalk.com 03.01.17
6. http://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sth/sth.html 03.01.17.

Seminar på Losby: Nytt arbeidsliv, ny arbeidsmedisin?

Av Anniken Sandvik

Engasjerte deltakere under seminaret. Foto: Knut Skyberg.

Samling for alle lokaltillitsvalgte (fylkestillitsvalgte) til møte på Losby Gods begynner nå å bli en lang tradisjon. I vakkert vintervær ble samlingen avholdt i februar i år. Lokaltillitsvalgte fra hele landet fikk her muligheten til å treffe hverandre og diskutere aktuelle faglige og fagpolitiske emner. Tilbakemeldinger så langt tyder på at årets seminar ble opplevd som særlig nyttig. Det er spennende og utfordrende tider for arbeidsmedisinen. SINTEFs evaluering av BHT er nettopp gjennomført. Arbeidet med nye læringsmål for spesialiteten arbeidsmedisin er inne i sin sluttfase. Det er bekymring knyttet til opprettholdelsen av øremerkede midler til de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene.

På seminaret ble det brukt en del tid på å diskutere SINTEFs evaluering av BHT. Umiddelbart i etterkant av seminaret ble det klart at regjeringen har opprettet en ny ekspertgruppe og bedt om en ny gjennomgang av bedriftshelsetjenesteordningen. Bakgrunnen for dette var blant annet lav svarprosent i SINTEFs undersøkelse og at Arbeids- og sosialdepartementet derfor mener resultatene bør tolkes med forsiktighet. Departementet skriver i sitt mandat at de mener det kan stilles spørsmålstegn ved «i hvilken grad bedriftshelsetjenesten i tilstrekkelig grad fungerer som et målrettet, treffsikkert og godt virkemiddel, sett i forhold til de omfattende og ressurskrevende krav som stilles til bransjer og virksomheter på dette området. Det bør derfor foretas en gjennomgang og vurdering av bedriftshelsetjenesten i Norge, med sikte på

hensiktsmessige endringer og forenklinger.» (1) Det knytter seg da igjen stor spenning til resultatet av en evaluering og hva denne vil kunne innebære for fagområdet vårt. Representant fra NHO og LO kom under seminaret med sine synspunkter på den gjennomførte SINTEF-evalueringen, samt noen refleksjoner rundt bedriftshelsetjenestens rolle fremover. Det ble blant annet foreslått at BHT bør ha en viktig rolle i omstillinger i arbeidslivet og at endring av arbeidslivet bør føre til endring også i arbeidsmedisinen. Det ble også bemerket at individuelle støttesamtaler eller helsetiltak har blitt et vanlig tilbud i regi av BHT og det ble uttrykt bekymring for at dette kan føre til at problemer som burde vært tatt opp på systemnivå heller håndteres på individnivå. Et viktig spørsmål som ble reist er hvordan finansierings- og organisasjonsform påvirker bruken av og funksjonen av BHT.

Ellers ble det redegjort for aktuelle saker fra foreningen. Ramazziniprisen kommer til å deles ut for første gang i år, på Vårkonferansen i Stavanger i mai. Det skal også deles ut internasjonalt stipend for neste år. For øvrig kommer det til å være valg av nytt styre i NAMF i år. Svalbardkurset går av stabelen til høsten. Man gjennomgikk også aldersfordelingen for medlemmer i NAMF og NFAM. Det er mange medlemmer i de øvre aldersgruppene, men heldigvis ser det også ut til at tilveksten av yngre kolleger til spesialiteten er god. NAMF har fått vist seg godt frem i løpet av året, både ved Legeforeningens Landsstyremøte, ved Norsk Industris arbeidshelsekonferanse og ved Landskonferansen for BHT. For øvrig har NAMF nylig gjennomført en spørreundersøkelse om arbeidsvilkår for bedriftsleger i BHT. Resultater herfra ble presentert på seminaret, planen er at denne undersøkelsen også vil bli presentert i Ramazzini snarlig.

Vi fikk også en god orientering om Legeforeningens tilbud om juridisk bistand til medlemmene, og et nyttig foredrag ved Kristin Hovland om tillitsvalgtes rolle og arbeid. Rollen som tillitsvalgt er viktig for å inkludere kollegene i både det faglige og det sosiale fellesskapet. Man har en viktig rolle som bindeledd mellom medlemmene og arbeidsgiver og mellom medlemmene og Legeforeningens organisasjon sentralt.

Spesielt hyggelig var det at Legeforeningens president, Marit Hermansen, tok turen til Losby for å snakke om relevante saker fra dagens arbeidsliv. Det siste året har vært preget av store utfordringer knyttet til legers arbeidsforhold. Legeforeningen og Akademikerne gjennomførte høsten 2016 en langvarig streik. Den massive støtten fra hele den norske fagbevegelsen har ført til en styrket bevissthet om Legeforeningens fagforeningsrolle. Alle arbeidstakere står overfor felles utfordringer. Den norske modellen er under press. Omstillinger kommer raskere og raskere og blir i økende grad tredd ned over arbeidstakerne ovenfra. Utviklingen går i en retning der styring ser ut til å bli viktigere enn ledelse.

Arbeidsmedisineren vil i mange situasjoner være i en posisjon der rollen som tillitsvalgt og som fagperson er overlappende. Vi har en unik kompetanse som bør brukes i utformingen av fremtidens arbeidsliv. Vi vet noe om hva manglende medbestemmelse og kontroll gjør med de ansattes helse. Nå hviler ansvaret på oss tyngre enn noensinne til å la vår stemme bli hørt.

---

1. Mandat for ekspertgruppe for gjennomgang av bedriftshelsetjenesten. Under «Vil gjennomgå bedriftshelsetjenesteordningen». Pressemelding på regjeringen.no,10.02.2017.

Arbeidsministerens ekspertutvalg, – begynnelsen på slutten?

Av Ole Jacob Møllerløkken,
forskningsgruppeleder Arbeids- og miljømedisin, UiB

Nylig ble det klart at arbeidsminister Anniken Haugli nedsetter et eget ekspertutvalg som skal gjennomgå dagens ordning med bedriftshelsetjeneste. Bakgrunnen for dette er etter ministerens utsagn SINTEF sin rapport som ble offentliggjort høsten 2016 der det pekes på flere utfordringer med dagens bedriftshelsetjeneste.

Gjennomgang er nok et vel sterkt ord siden det er helt tydelige føringer som ligger til grunn. Hør bare hvordan mandatet begynner: «Bedriftshelsetjenesten har vært et viktig virkemiddel i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, men er omfattende og ressurskrevende for virksomhetene. Derfor vil jeg sette ned en uavhengig ekspertgruppe for å gjennomgå og vurdere bedriftshelsetjenesten.»

«Har vært». Jeg tror de fleste av de som jobber i bedriftshelsetjenester i Norge i dag, og daglig gjør sitt aller beste for å ivareta arbeidstakere i Norge og internasjonalt for norske firmaer er rimelig samstemte i at bedriftshelsetjenesten ER et viktig virkemiddel i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. At de er omfattende håper jeg da inderlig, men at de er ressurskrevende for virksomheter? Det kommer vel helt an på øyet som ser. Ja, jeg er enig i at det isolert sett kan virke ressurskrevende for bedriften å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Men kostnaden med økt sykefravær, og i verste fall frafall fra arbeidslivet, er langt høyere både for den enkelte bedrift og for samfunnet.

Det er også fascinerende å lese at samtidig som ministeren skriver at resultatene i SINTEF rapporten må tolkes med stor forsiktighet, så bruker hun altså den samme rapporten som grunnlag for dette utvalget og fokuserer relativt ensidig mot kost-nytte vurdering av dagens ordning. Dette på tross av at hovedpåpekningen i SINTEF rapporten er mot hvordan godkjenningskriteriene fungerer og mangelen på oppfølging av disse.

> ***På vegne av oss alle, jeg håper dette blir diskutert og drøftet og at vi står opp for heltene i bedriftshelsetjenesten!***

Til slutt, en uavhengig ekspertgruppe med faglig relevant bakgrunn skriver ministeren. Hvor uavhengig klarer gruppen å være når ministeren legger så tydelige føringer for hva resultatet skal bli i mandatet og i tillegg er øverste myndighet på STAMI? Og det er vel også grunn til å diskutere hvorfor man i forskrift definerer at en faglig sterk og bredt sammensatt bedriftshelsetjeneste skal bestå av faggruppene arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og til slutt organisatorisk HMS arbeid, mens det i ministerens øyne er kjemi, økonomi, psykologi, statsvitenskap og jus.

På vegne av oss alle, jeg håper dette blir diskutert og drøftet og at vi står opp for heltene i bedriftshelsetjenesten! Og ikke minst at dette blir et stort tema på vårkonferansen.

VÅRKONFERANSE

Velkommen til Stavanger!

Kast deg ut i det og bli med på årets vakreste kurseventyr i Stavanger 10. og 11. mai.

NFAM arrangerer i år Vårkonferanse over to dager, dette etter ønske fra flere kursdeltagere tidligere. På den måten er det lettere å være borte fra jobb. Dere kommer tilbake til arbeidet og kan avslutte uken på fredagen, med hode og hjerte fullt av gode faglige og sosiale opplevelser.

Årets konferanse tar for seg arbeid i bedriftshelsetjenesten ut mot oljerelatert virksomhet, vi er ikke i Oljebyen for ingenting! En lokal komité står for denne første bolken. Videre har vi forsøkt å tilpasse temaer til det kursdeltagerne i fjor ønsket seg, og vi får innlegg om hvordan situasjonen er for bedriftshelsetjenesten i våre naboland; Sverige og Danmark. Det er viktig for oss å se og høre hvordan det fungerer også utenfor våre egne grenser, vi trenger å holde trykket oppe overfor myndigheter i eget land, og andres erfaringer kan tas med i dette arbeidet videre.

Vi har satt fokus på samarbeid mellom BHT og andre aktører i markedet, vi «pustes i nakken» av mange, og det er viktig at vi er vårt fag og vår kompetanse bevisst og markedsfører oss innen gode BHT-rammer, til kundens beste. Vi får videre en interessant innsikt i hva fysisk trening kan gjøre med oss, målt helt ned på biokjemisk nivå, spennende saker! Og, ikke minst avslutter vi med det vi til stadighet lurer litt på hvordan vi skal gjøre best mulig; konflikthåndtering.

Du får møte gode kolleger, flanere i vårsolen i Stavanger og delta på festmiddag. Utflukt til «Flor og fjære» er mulig om du kommer dagen før konferansen starter. Alt dette gjør disse dagene til noe du absolutt ikke bør gå glipp av, så meld deg på!

Link for påmelding: Se legeforeningens kurskatalog; http://legeforeningen.no/Community/kurskatalogen

Vennlig hilsen
Laila Torp

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
posten
NORGE P.P. PORTO BETALT