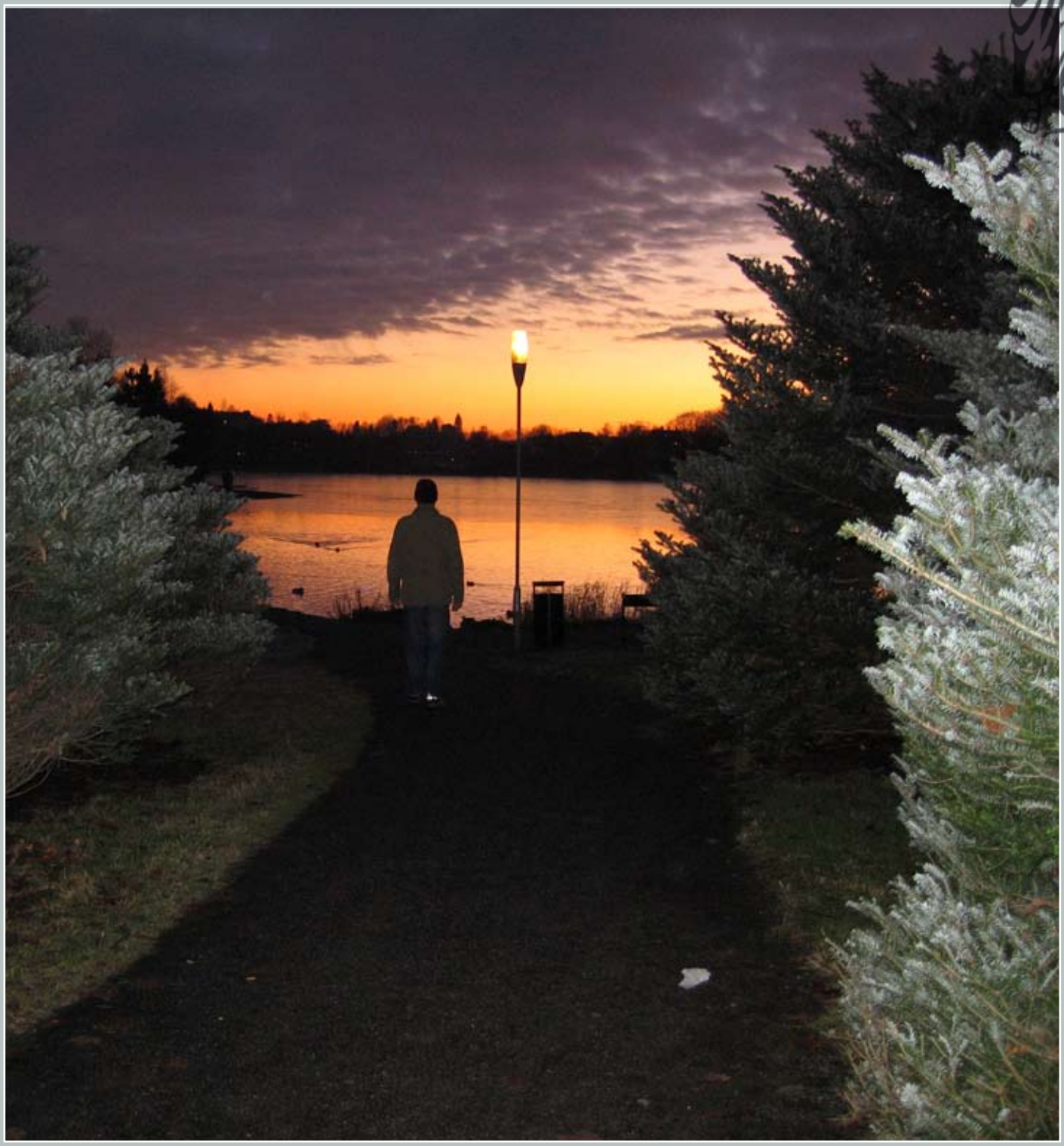
RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 15 • 2008 • Nr. 4

Tema: BHT - Quo vadis



Forfatterinstruks – vi vil ha flere innlegg!

Manuskripter/tekster sendes redaktøren eller medlemmer i redaksjonskomitéen. Teksten skal være skrevet på A4-ark, med 2.5 cm marger, med font Times New Roman 12, og dobbelt linjeavstand. Teksten kan sendes på papir i vanlig post, eller som e-post. Sendes tekster som e-post, skal de være i "word-format". Tabeller og figurer skal skrives på egne sider. Evt. bilde skal sendes som egen fil. Litteraturreferanser brukt i teksten bør nummereres fortløpende med nummeret i parentes, og listes opp til slutt i en referanseliste, i den form som brukes av Tidsskrift for den norske lægeforening. Det forutsettes at forfatterne har innhentet de nødvendige tillatelser til bruk av opplysninger om arbeidstakere, bedrifter laboratoriedata, illustrasjoner etc. For å sikre enkeltpersoners anonymitet skal detaljer som kan føre til identifisering av enkeltpersoner unngås.

Forfatterne vil bli kontaktet etter faglig vurdering av redaksjonskomiteen, og få vite om teksten kan brukes. Dersom omarbeiding er nødvendig, gis hjelp til dette. Komitéen forbeholder seg rett til å kontakte fagpersoner utenfor komitéen hvis det er nødvendig. I slike tilfelle anonymiseres bidraget. Ta kontakt med redaksjonskomitéen hvis du er usikker på noe, og vi vil hjelpe deg så langt vi kan.

Plan for neste nummer av Ramazzini:
Nr. 1 – 2009: Tema- Dataarbeidsplassen/muskellskjelettsykdommer

Hjertelig hilsen redaksjonskomitéen

SPIRARE 3 for Windows

- PC spirometri med den mest moderne software- og sensor-teknologi.
- Støtter ultralyd-basert SPIRARE sensor, EasyOne og Micro Medical turbinspirometere.
- Vanlig spirometri, reversibilitets-test (post BD) og provokasjonstester.
- Visuell instruksjon for barn.

DIAGNOSTICA
Sondreveien 1, 0378 Oslo • Tlf.: 22 92 40 00 • Fax: 22 92 40 09
www.spirare.com

RAMAZZINI

ISSN 0805-5238

Norsk tidsskrift
for arbeids-
og miljømedisin
Årgang 15 • 2008
NR. 4

Utgitt av
Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00
Telefax 23 10 91 00

Innhold:

Leder s. 3

Hvor går bedriftshelsetjenesten i Norge s. 4

Nordisk arbedsmiljømøte s. 7

Hjelp 24 - mer enn bedriftshelsetjeneste s. 8

Arbeidstilsynet og bedriftshelsetjensten - historien som grunnlag for fremtiden s. 9

Naprapater ønsker samarbeid! s. 10

Fedmen må bort! Intervju av daglig leder Trude Hetland i Alfahelse AS s. 11

Landbrukets HMS-tjeneste (LHMS) - Bedriftshelsetjeneste for landbruket s. 12

Millioner! s. 13

Ti år med e-postliste for HMS s. 14

Orientering om HMS-epostliste s. 15

Styret s. 16

NFAM/NAMF's vårkonferanse 2009 s. 17

Forsidebilde:
BHT - Quo vadis?
Foto: B. E. Moen

BHT - Quo vadis?

Temaet i årets siste utgave av Ramazzini er BHT. Hvilket mangfold har vi i norsk BHT, hvilket mangfold ønsker vi og hva vil vi med norsk BHT? Bidragene er mange og interessante. Axel Wannag i Arbeidstilsynet gir et historisk tilbakeblikk og noen momenter på hva Arbeidstilsynet ønsker seg av norsk BHT. Vi har bidrag fra et vidt spekter av eksempler på norsk BHT i dag: Jon Storstein presenterer Hjelp24, som er den største og antagelig mektigste aktøren i dag. Halvor Langåsdalen beskriver et av de få eksemplene på bransjespesifikk BHT i Norge – Landbrukets HMS-tjeneste. Bente redaktør har vært på intervjuoppdrag i vest og har hatt gode samtaler med representanter for mer alternative måter å drive BHT: bedriftslege Trude Hetland i Alfahelse AS i Bergen og naprapat Thomas Chr. Askeland på Askøy. Sist, men ikke minst, Arve Lie har en grundig gjennomgang av norsk BHT med utviklingstrekk og internasjonale sammenligninger.
Samlet sett gir innleggene et inntrykk av at det å bedrive BHT kan sammenlignes med linedans. Det er ikke enkelt, og det er viktig å holde balansen. Det er en tendens i retning av sterkere kundeorientering. Hva har dette å si for BHTs frie og uavhengige stilling? Er kundene bare virksomhetene, eller kan vi tenke på samfunnet som en viktig kunde? I så fall, hva er innholdet i vårt samfunnsengasjement? Er det begrenset til å bidra til lavere sykefravær, er det Finansdepartementet som er kunde nr. 1, eller blir det for snevert?
Mentometerknappen til Arve Lie og medarbeidere tyder på en viss resignasjon og negativ stemning blant norske BHT-ere. Hva skal til for å snu dette? Det er lett å peke på problemer utenfor arbeidsmedisinernes rekker: Skumling om useriøse aktører som er ute etter å sko seg i markedet, eller konkurransevridende Arbeidslivssentre. Det kan sikkert være grunn til at vi går i oss selv også. Vi bør ikke slippe diskusjonene om hva BHT dreier seg om, og om kjernen skal være primær forebygging. Kanskje vi bør være selvkritiske på hvor vi er i Arve Lies trekant (figur 2)? Jeg tenker at det kan være mangler i kunnskapsbasert BHT som (med noen lysende unntak) skyldes at forskningen står for svakt.
Jeg håper at dette temanummeret kan bidra til videre debatt innen rekkene. Ramazzini er innstilt på å slippe til de som har meninger.

Petter Kristensen
Gjesteredaktør

Arbeidsmedisinen er i medvind!

Millioner har rullet inn til de arbeidsmedisinske avdelingene i høst! En ekstrabevilgning på 22.4 millioner er gitt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet, slik at avdelingene kan være bedre i stand til å ta seg av de forskjellige grupperinger av pasienter som skal utredes for mulige arbeidsrelaterte sykdommer. Dette er kjempebra! Sammen med en styrking av bedriftshelsetjenestens posisjon i form av sertifisering og økte myndighetskrav til bedriftene, gir dette faget nye muligheter! Jeg håper videre at de økte ressursene medfører økt kontakt mellom avdelingene og bedriftslegene, og at det blir brukt mer tid til forskning og fordypning. Som en av de få som brenner for undervisning av medisinstudenter håper jeg også at det kan komme ressurser til faget i universitetsmiljøene etter hvert. Det er stort behov for flere arbeidsmedisinere nå, og en av de beste mulighetene til rekruttering til faget ligger i grunnutdanningen. Hvis man aldri har hørt om arbeidsmedisin, er det vanskelig å velge faget!

Bente E. Moen
Redaktør

God Jul til dere alle

REDAKSJONSKOMITE 2008

Bente Elisabeth Moen
Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31, 5018 Bergen
Tel: 55 58 00 00
Faks: 55 20 61 30
E-post: bente.moen@isf.uib.no

Petter Kristensen
Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 51 00
Faks.: 23 19 52 00
E-post: Petter.Kristensen@stami.no

Kristin Buhaug
Haukeland sykehus
Yrkesmedisinsk avdeling
5021 Bergen
Tel: 55 97 38 75
Faks: 55 97 51 37
E-post: kristin.buhaug@helse-bergen.no

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

FORENINGSADRESSE
Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Tel: 23 10 90 00
Faks: 23 10 91 00

Foreningssekretær:
Bjørn Oscar Hoftvedt
E-post: bjoern.hoftvedt@legeforeningen.no
Tel: 23 10 91 04

Sekretær: Eli Marie Berg-Hansen
E-post: eli.berg.hansen@legeforeningen.no
Tel 23 10 91 23 – priv. 63 99 11 14 (fredag)

Hvor går bedriftshelsetjenesten i Norge?

Arve Lie, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Oslo

De siste 20 årene er Norge blitt mer kommersialisert, og det samme har skjedd med bedriftshelsetjenesten (BHT). Konkurransen er økt. Særlig er antallet leger i BHT gått sterkt ned. Mens land som Nederland og Danmark avregulerer sin BHT, velger Norge å gå i motsatt retning og foreslår utvidet bransjeforskrift og godkjenningsordning. Det kan sikre at BHTs partsuavhengighet beholdes og bety et løft for BHT, men også noen nye utfordringer. Økt satsing på kvalitet, kunnskapsbasert BHT og kundedialog blir uansett viktig framover.

Utviklingstrekk i BHT

De siste 8 årene har antallet som arbeider i BHT, har gått ned med omlag 20 % for sykepleierne og 30 % for legene. Mens det i 2000 var om lag 1,15 millioner arbeidstakere som var dekket av BHT tyder beregninger som vi har gjort på at dette i 2008 er redusert til knapt 1 million (tabell 1). Årsakene er nok flere og sammensatte. Kjededannelser i BHT, "outsourcing" og nedlegging av små egenordninger har ført til at arbeidsplasser i BHT har forsvunnet. Antallet BHT er gått ned fra omlag 800 til om lag 500 i det samme tidsrommet.

Tabell 1: BHT i tall. Beregninger foretatt ut fra STAMIs BHT register

	År 2000	**År 2006**	**År 2007**	**År 2008**
Sykepleier	800	660	670	650
Lege	500	340	355	340
Yrkeshygieniker/verneingeniør	400	380	390	360
Fysio-/ergoterapeut	360	340	340	320
Psykolog	30	30	30	30
Administrativt + andre	460	460	470	480
SUM Årsverk	**2550**	**2210**	**2295**	**2180**
Antall virksomheter	**21000**	**23500**	**24900**	**24000**
Antall ansatte i virksomhetene	**1150000**	**1015000**	**1050000**	**990000**

Samtidig har BHT blitt mer forretningsorientert. Mens om lag 90 % av BHT på 80-tallet var "non-profit", er denne andelen i dag trolig på vei ned under 50 %. Resultatet er økt kommersialisering med økte krav om inntjening, telling av fakturerbare timer og salg av tjenester som bedriftene vil betale for, men som kanskje ligger litt på siden av hva lovverket sier at BHT skal drive med (1). Stikkord er mer allmennhelsetjenester og generelle helsekontroller. Men egentlig er denne utviklingen bare et speilbilde av samfunnet for øvrig. I følge et radioprogram på NRK for et par år siden ble det av en språkforsker hevdet at bruken av ordet "solidaritet" er blitt halvvert siden 80 årene, mens ordene "kunde" og "marked" brukes dobbelt så ofte i dag.

Fremveksten av en stor kjede som Hjelp24 og andre ulike nettverksdannelser har skjerpet konkurransen. Nye organisasjonsformer, der BHT er blitt en integrert del av personalavdelingen og skal drive både med personalsaker og BHT, er på vei inn noen steder, særlig innen offentlig virksomhet. Dette har i følge BHT-ansatte som har kontaktet Fagsekretariatet, satt både taushetsplikten og den frie og uavhengige stillingen på prøve.

Noen opplever derfor at jobben er blitt et etisk dilemma hvor den frie og uavhengige rollen, som er hjemlet i Arbeidsmiljøloven, forsvinner, og den faglige stoltheten blir utfordret av kravet om å drive lønnsom butikk. I tillegg har konkurranse fra mindre seriøse aktører som kaller seg BHT, med aromaterapi og kvantemedisin og løfte om å "redusere sykefraværet og styrke immunapparatet" på repertoaret, gjort at bransjen kan oppleves som lite seriøs. Konkurranse om oppgaver på IA- og HMS-området fra arbeidslivssentrene og i det siste også fra arbeidsmarkedsbedriftene med støtte fra arbeidslivssentrene har irritert mange i BHT (2;3).

Flere angir mange av disse forholdene som årsaker til at de har sluttet i BHT. Mer meningsfylt og bedre betalt arbeid med tryggere ansettelsesforhold andre steder har nok også hatt en del å si. Fastlegeordningen og mange nye stillinger på sykehusene har lokket leger, mens sykepleiere har forsvunnet til bl.a. arbeidslivssentrene.

Under Landskonferansen for BHT på Lillestrøm i 2004 spurte vi bl.a. om folk trodde at de ville jobbe i BHT om 5 år. Bare 27 % svarte ja, 17 % sa "sikkert ikke" eller "trolig ikke" (figur 1). Resten var usikker (4).

Da vi i 2007 gjorde en oppfølging av dem som gikk på STAMIs videreutdanningsprogram for BHT i perioden fra 1995 til 2006, erfarte vi at halvparten av den som begynte før 2000 ikke lengre jobbet i BHT (5). Man skulle tro at deltakerne på kurset var "kremen" av BHT- ansatte med høyest motivasjon. Oppløsningstendensene er tydelige, og de gir grunn til bekymring.

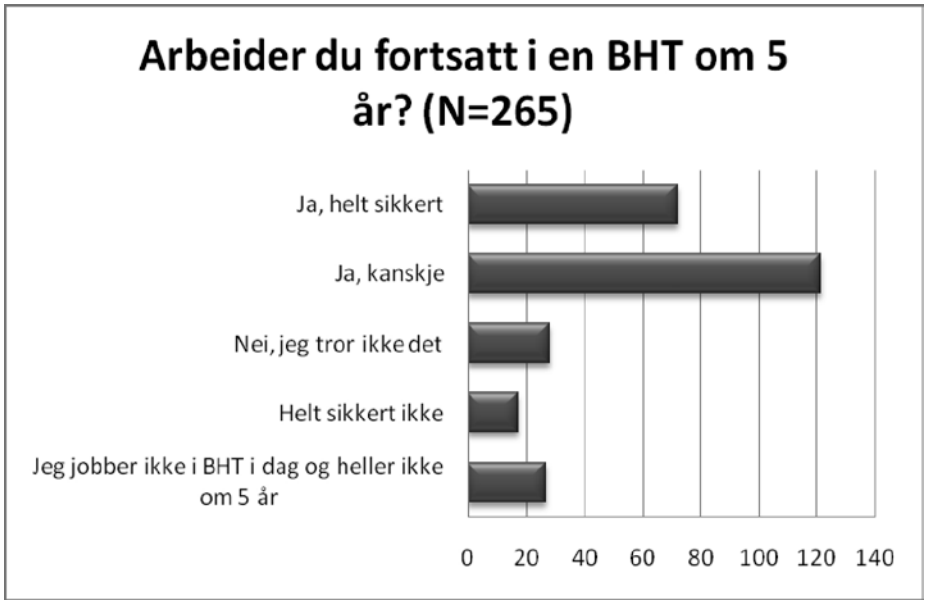
Internasjonalt perspektiv

Sverige

Siden statstilskuddet til BHT i Sverige forsvant i 1991, har de store BHT-kjedene kommet til å dominere mer og mer i et fritt BHT-marked. Svenskene har ingen bransjeforskrift og ingen offentlig godkjenningsordning. Bransjefoeningen, Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF), ønsker seg i dag verken godkjenningsordning eller en bransjeforskrift. De er godt fornøyd med sin avregulerte situasjon, som de etter hvert har lært seg å leve med.

Myndighetene har imidlertid etter hvert erkjent at kommersialiseringen kanskje er gått for langt. De har sett at BHTs frie og uavhengige stilling er blitt truet, og ønsker å rette på det gjennom å gi svensk BHT viktige samfunnsoppgaver. De vil derfor gi BHT tilgang til offentlige midler for å bidra til bedre rehabilitering, et slags "Inkluderende arbeidsliv" på svensk. Derfor har de lansert ideen om en "BHT på tre ben"(6). De tre bena er kurativt arbeid, rehabilteringstjenester

Figur 1:Fra Landskonferansen for BHT 2004.



og HMS-arbeid. Samtidig satses det på mer og bedre opplæring av de ansatte i BHT (7).

Den offentlige støtten skal gå til kurative tjenester og rehabiliteringtjenester. Det snakkes om et "spleiselag" hvor det i følge FSF skal komme om lag 500 kroner per ansatt fra staten, 500 kroner fra fylkeskommunen og 400 kroner fra virksomhetene. Får man til dette har BHT både et samfunnsoppdrag og et oppdrag for virksomhetene, og må forholde seg til 3 ulike parter. Derved kan BHTs frie og uavhengige stilling vinnes tilbake. En av initiativtakerne til forslaget er den nåværende sosialforsikringsministeren som tidligere har jobbet som bedriftssykepleier. Men foreløpig er det meste ennå på planleggingsstadiet. Det kan se ut som at de fleste i BHT slett ikke ønsker seg en omfattende, kurativ virksomhet, men gjerne kan tenke seg helsemessig oppfølging av jobbrelaterte problemer og bidra innen bedriftsintern attføring (8).

Finland

Finland har den best utbygde BHT i Norden med pliktig BHT for alle, en reell dekningsgrad på om lag 90 % og en sterk forankring i lovverket. De har ingen formell godkjenningsordning, men stiller krav til utdanning på dem som skal jobbe i en BHT. Staten finansierer om lag 50 % av kostnadene og gjennom denne refusjonsordningen har de et tilsyn med BHT. Om lag 80 % av finske arbeidstakere får sine behov for kurative tjenester dekket av sin BHT, og sånn sett avviker finsk BHT ganske mye fra resten av Norden. Finsk BHT har i lang tid hevdet at kurativ virksomhet er viktig for å gjøre godt forebyggende arbeid (7).

Kommersialiseringen og de store BHT-kjedene er imidlertid på vei inn i Finland også. Samtidig kan det se ut til at tilliten blant ansatte til at BHT har en fri og uavhengig stilling er litt på vei nedover (9).

Nederland

I Nederland hadde man inntil for et par år siden både pliktig BHT for alle virksomheter og godkjenningsordning, men der ble begge deler fjernet fordi BHT ikke hadde fått ned sykefraværet. Likevel har de fleste virksomhetene til nå har valgt å beholde sin BHT. Men store fellesordninger sliter angivelig med kundetilfredsheten, og kan få problemer (10).

Danmark

I Danmark innførte myndighetene i 2000 en godkjenningsordning og krav om BHT for alle virksomheter. Få år etter fjernet de begge deler. Nå er det kun virksomheter hvor Arbeidstilsynet har funnet kritikkverdige forhold som har plikt til rådgiving fra BHT eller en tilsvarende konsulentvirksomhet. Opprinnelig ble det antydet at Arbeidstilsynets screening av virksomhetene ville føre til omlag halvparten av de oppgavene BHT hadde før omleggingen. Å bli "dømt" av Arbeidstilsynet til rådgiving fra en BHT gir neppe det beste grunnlaget for et godt samarbeid. I virkeligheten ble det bare om lag 5 % av de oppgavene BHT hadde som kom fra Arbeidstilsynets pålegg (11). Dette har igjen har ført til at det, som er tilbake av BHT, er blitt slukt av konsulentbedrifter som ønsker å satse på HMS-området, og BHT som en viktig samfunnsaktør er nærmest blitt borte. Samtidig er den frie og uavhengige stillingen forsvunnet. De virksomhetene velger å ha BHT på et frivillig grunnlag er gjerne de beste som både er opptatt av å ha et godt arbeidsmiljø og et godt helsetilbud til sine ansatte. Et godt image er viktig for å være en attraktiv arbeidsplass. Da får man også de beste folkene. I dag er det i realiteten bare de beste og de dårligste virksomhetene som får BHT-tjenester. De beste får det på frivillig grunnlag, de dårligste fordi Arbeidstilsynet har "dømt" dem til det. Og de tjenestene man blir "dømt" til er gjerne basert på teknisk-hygieniske mangler og sjelden eller aldri mangelfulle psykososiale forhold. Virksomhetene som verken er gode eller dårlige, får ingen ting. Men bildet er ikke entydig negativt. For tidligere BHT-ansatte som nå er blitt kjøpt opp av et konsulentfirma, betyr den nye rollen at man opplever større gjennomslag for sine forslag til virksomhetene, nå som partsuavhengigheten er forsvunnet. Det nye arbeidsformen er bedre tilpasset virksomhetens måte å tenke på, og man er blitt del av et større fagmiljø (11).

Norge

I likhet med Sverige ser det ut til at norske myndigheter og partene i arbeidslivet skjønner at BHT kan komme til å utvikle seg i feil retning. Mye tyder på at man vil satse på BHT gjennom en sterkt utvidet bransjeforskrift om hvem som plikter å ha BHT og en godkjenningsordning som regulerer hvem som skal få bruke betegnelsen BHT (12). Samtidig skal de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge og arbeidsmedisinsk forskning rustes opp (13). Arbeidstilsynet har uttrykt at de ønsker å bidra ved å påse at virksomhetene bruker BHT til det den skal brukes til. Dette er på mange måter en tillitserklæring til BHT, og BHT må på sin side vise at den er tilliten verdig. Faren er selvsagt at BHT, som i Danmark, kan bli oppfattet som et påtvunget onde av kundene, særlig fordi de må betale alt selv. Det hadde kanskje vært rimelig at staten, som i Sverige, bidro med noe når den ønsker at BHT skal utføre viktige samfunnsoppgaver. Uten slik finansiering, er det en viss fare for at BHT blir mer opptatt av hva som er virksomhetenes ve og vel. Som kjent, er det som er bedriftsøkonomisk lønnsomt, ikke alltid samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Etikk, butikk og kunnskap

Hvis BHT skal utvikle seg videre, tror jeg vi må bli flinkere til å dokumentere nytteverdi, selv om dette kan være vanskelig i forebyggende arbeid. Det betyr at vi må våge å spørre oss om de tiltakene vi iverksetter virkelig virker, og at vi helst velger metoder som vi vet at holder mål. Kunnskapsbasert BHT kan, ut fra definisjonen av kunnskapsbasert medisin, beskrives som en syntese av 3 elementer: BHTs egne erfaringer, kundens ønsker og forventninger og hva forskning viser (14) og kan illustreres ved en modell (figur 2). I tillegg må BHT regelmessig evaluere sin virksomhet for å leve opp til idealet om kunnskapsbasert praksis.

Kunnskapsbasert BHT, etisk BHT-prak-

sis (15) og God BHT (16) har sterke likhetstrekk. Men er det salgbart? I dag foregår mye av "innsalget av tjenester" som en prosess mellom BHT og virksomhet hvor det blir viktigere å bli enige om hva som skal leveres av tjenester enn å stille kritiske spørsmål til om disse tjenestene egentlig har noen nytteverdi.
I Finland er det i dag et Cochranesenter for kunnskapsbasert praksis på arbeidshelseområdet. De har en webside som bl.a. beskriver hvordan man kan gå fram for å arbeide kunnskapsbasert i en travel arbeidsmedisinsk hverdag: http://www.ttl.fi/Internet/partner/Cochrane/

Figur 2: Kunnskapsbasert BHT etter Straus, SE (14)

I Nederland har man ligget langt framme på kunnskapsbasert BHT. Likevel ble altså godkjenningsordningen og BHT-plikten fjernet fordi sykefraværet ikke gikk ned (10). I Danmark hevdes det at nytteverdien av en intervensjon, sett med konsulentøyne, ofte anses tilstrekkelig begrunnet hvis kunden tror det er nyttig (11). I Sverige sier imidlertid Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF) at de er sterkt opptatt av å fremskaffe dokumentasjon på nytteverdi av BHT som ledd i markedsføring av BHT.
BHT lever i en kommersiell verden, men det samme gjør faktisk de fleste kundene. Det er ikke noe galt i det. Noen virksomheter har fortalt om at de blir litt usikre når en BHT markedsfører seg som "non-profit", og at BHT nærmest ser litt ned på det å drive profittorientert. De lurer på om BHT virkelig er en tjenesteleverandør til virksomhetene, eller om det i virkeligheten er Arbeidstilsynets forlengede arm de står overfor. Sånn sett kan det kanskje noen ganger være en konkurransemessig fordel å være profittorientert. Noen i BHT hevder sågar at kommersialiseringen har vært et gode og beskriver fremtiden som "lys og spennende", ikke minst på grunn av tilpasningen til markedet (17).
Det er ikke god etikk å selge produkter som man mener ikke holder mål, selv om kunden har tro på dem og er betalingsvillig? Kunden har neppe lyst til å betale for slike tjenester hvis den blir godt nok informert. Sånn sett kan høy faglig standard og god etikk også bli god butikk. Kunden har faktisk ikke alltid rett, men likevel rett til å få bistand til å finne fram til den beste løsningen. Det er BHTs moralske plikt å bidra til det. Det kan bety at vi kanskje bør si nei til å levere tjenester som vi mener ikke holder mål faglig sett, selv om det gir gode inntekter. Noen kan miste kunder på det, men det er kanskje den prisen vi må være villige til å betale for å gjenreise den faglige stoltheten, som er nødvendig for å overleve som fagområde med rekruttering og faglig utvikling.
Noen synes kanskje det er naivt når jeg velger å tro på kvalitet og faglighet i et marked som jevnlig omtaler BHT som et frynsegode på lik linje med firmabil og julebord (18). Men etter min mening har vi ikke noe valg. Ellers risikerer vi nettopp å bli en frynsegodeleverandør som primært leverer det kunden ber om. I så fall har nok både BHT og bransjeforskriften om pliktig BHT utspilt sin rolle. Vi kommer raskt hvor bl.a. Nederland og Danmark er i dag: ingen bransjeforskrift, ingen godkjenningsordning, men et marked der det er fritt fram for alle. Samtidig forsvinner samtidig BHTs samfunnsoppdrag slik det er beskrevet i lovverket. Det betyr ikke nødvendigvis at BHT vil forsvinne, men sannsynligheten for at den blir forskjellig fra i dag er imidlertid ganske stor. Selv håper jeg at en godkjenningsordning og Arbeidstilsynets oppfølging av BHT kan motvirke en slik utvikling slik at BHT fortsatt blir en viktig samfunnsaktør innen HMS. Utfordringen blir å balansere etikk, butikk og kunnskap.

Ny bransjeforskrift og godkjenningsordning

Selv om en ny bransjeforskrift og godkjenningsordning ikke formelt er vedtatt, tyder mye på at det vil bli iverksatt. Det kan bety flere oppgaver for BHT og bety et lenge etterlengtet oppsving. En godkjenningsordning er noe de fleste BHT ønsker velkommen, men den vil by på problemer for noen. Med et krav om 3 profesjonelle årsverk og kompetanse på arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid, plan for kompetanseutvikling og krav om kvalitetssystem, kan nesten halvparten av landets BHT får problemer. For den andre halvparten vil godkjenningen kunne gå noenlunde smertefritt, og disse representerer, iflg. vårt BHT register, 86 % av volumet. Med romslige overgangsordninger med rimelig med tid til å tilpasse seg vil trolig de fleste som er seriøst opptatt av å levere gode tjenester som er i pakt med lovverket klare overgangen. Danske erfaringer med BHT-godkjenning tilsier at hvis godkjenningsorganet klarer både å kontrollere og veilede på samme tid, kan godkjenningen ble vellykket og føre til det ønskede kvalitetsoppsvinget som BHT i Norge trenger.
En utvidet bransjeforskrift blir også en utfordring. Opplæringsbehovet for BHT-personell blir betydelig i årene framover, bl.a. fordi mange av dem som jobber i BHT er godt voksne og nærmer seg pensjonsalder og antall ansatte i BHT forventes å øke pga bransjeforskriften. Helsesektoren som er den klart største av bransjene som nå får BHT-plikt har til nå, i følge Arbeidstilsynet, ikke vært tilstrekkelig opptatt av systematisk HMS-arbeid (19), økonomien er dårlig og arbeidsgiversiden har heller ikke ønsket BHT-plikten velkommen (12). Nå er det ikke noe nytt for BHT å måtte forholde seg til kunder som er lite motivert for HMS. Men må være forberedt på at BHT blir fulgt med argusøyne og krav om at nytteverdien av tjenestene kan dokumenteres.
Skiftende politiske flertall er også en usikkerhetsfaktor. Utvidet bransjeforskrift og godkjenningsordning er blitt til under en rødgrønn regjering. Nye politiske konstellasjoner kan komme til å ville det annerledes. Godkjenningsordning og utvidet bransjeforskrift som vi har valgt å satse på i Norge, er på mange måter å gå i en annen retning enn det andre land gjør. Der velger man heller å satse på avregulering, som i Danmark og Nederland, eller et marked med noen offentlige økonomiske tilskuddsordninger, som Sverige. Det er derfor ikke lett å spå – særlig ikke om fremtiden. Men for de mest pessimistiske av oss, kan det kanskje være en trøst at det ser ut til at BHT-personell opplever at de har meningsfylte oppgaver både i Danmark, Sverige, Nederland og Finland, selv om rammevilkårene er forskjellige.

Referanser

1. Direktoratet for arbeidstilsynet. Verne- og helsepersonale. Forskrift av 21.04.1994 nr 333, 1994.
2. Lie A. Arbeidslivssentrene - en ny, gratis bedriftshelsetjeneste? Arbeid og helse 2005;(1):24.
3. Lie A. Bedriftshelsetjenestens rolle i sykefraværsarbeidet. Utkonkurreres vi av Arbeidslivssentrene? Ramazzini 2005;(2):11.
4. Lie A, Foss ØT, Bjørnstad O. Survey of future expectations of Norwegian occupational health services by the use of a Mentometer. 2005. International Conference on Occupational Health Services 2005.Helsinki. Book of abstracts.
5. Lie A. The Norwegian Advanced Training Programme for Occupational Health Services Personnel – A Follow-Up Study. 2008. ICOH. Glasgow, UK. Book of abstracts.
6. Statens Offentliga Utredningar. Företagshälsovård på tre ben. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 2006. Rapport No.: 11.
7. Statens Offentliga Utredningar S. Ny företagshälsovård - ny kunnskapsför-

sörjning. Stockholm; 2007. Rapport No.: 2007:91.
8. Föreningen Svensk Företagshälsovård. Fokus på FHV.Aktuelt från bransch och profession. Svensk Företagshälsovård 2008;(2):1-16.
9. Husman P. OHS in Finland and client satisfaction among employers and employees. 2007 Nov 8; ICOH. Dubrovnik, Croatia 2007 p. 34-5.
10. De Valk MM, Oostrom C, Schrijvers AJ. An assessment of occupational health care in the Netherlands (1996-2005). Occup Med (Lond) 2006 Aug 8.
11. Maskell K. Preventive services in Denmark - what is happening now? 53rd Nordic Work Environment Meeting. Book of abstracts. Oslo; 2008 p. 68-9.
12. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Prosjekt for vurdering av den videre oppfølging av bedriftshelsetjenesten. 2007 Sep 1. Internett: http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rapporter_planer/rapporter/2007/Prosjekt-for-vurdering-av-den-videre-opp.html?id=485268&epslanguage=NO
13. Strøstad JE. New efforts from the Norwegian government to strengthen the occupational health services and work environment research. 53rd Nordic Work Environment Meeting. 2008. Internett: http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/aktuelt/taler_artikler/politisk_ledelse/statssekretar_jan-erik_stostad/2008/new-efforts-from-the-norwegian-governmen.html?id=525191&epslanguage=NO
14. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. 3 ed. Elsevier Churchill Livingstone; 2005.
15. Nilstun T, Øvretveit J, Strålfors S, Westerholm P. Praktisk etik i arbetsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2005.
16. Lie A. Ny og revidert versjon av God BHT. STAMI . 2007. Internett: http://www.stami.no/?nid=12956&lcid=1044&iid=15706&pid=10096.-20201
17. Kvaleid T. Hva skjer med bransjen vår? Prosess 2008;(1):10.
18. MRG. Bedriftshelsetjeneste viktigst. Ukeavisen Ledelse 2007 Oct 10. http://www.ukeavisenledelse.no/arbeidsliv/20071010/bedriftshelsetjeneste_viktigst/
19. Østhagen T, Haugsgjerd BF, Lund PH, Wannag A, Storseth M, Brakstad MH, et al. Prosjektrapport "God Vakt". Arbeidsmiljø i sykehus. Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005. Bodø: Arbeidstilsynet.; 2006. Report No.: Prosjektnr. 01119, saksnr. 2006/3594. http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=40667

Nordisk arbeidsmiljømøte

Utsikt fra Holmenkollen Park Hotell der møtet ble avholdt.

Det 53dje nordiske arbeidsmiljømøtet ble avholdt i Oslo 25.-27. august 2008 med over 250 deltakere fra Norden. STAMI var lokal arrangør i samarbeid med en nordisk gruppe ledet av Knut Skyberg.

Umiddelbare tilbakemeldinger fra deltakerne har vært positive både fordi det faglige programmet falt i smak og på grunn av muligheter til sosial kontakt og nettverksbygging.

Også KOLS-workshopen organiert av NIVA som gikk parallelt med møtet ble svært vellykket.

Sitat fra AIDs hjemmeside:

"Statssekretær Jan-Erik Støstad i Arbeids- og inkluderingsdepartementet roste Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) da han holdt avslutningsforedraget på 53rd Nordic Work Environment Meeting i Oslo den 27. august.

Støstad la særlig vekt på at STAMI har etablert seg som det sentrale miljøet for forskning om arbeidsmiljø og helse i Norge, og at instituttet også internasjonalt har konsolidert sin posisjon blant de ledende forskningsmiljøene innen dette feltet.

I foredraget la statssekretæren videre vekt på at bedriftshelsetjenesten skal styrkes, og at forskningsbasert kunnskap er viktig for et effektivt arbeidsmiljøarbeid og et mer inkluderende arbeidsliv."

Referent: Kristin Buhaug

Statssekretær i arbeids- og inkluderingsdepartementet, Jan-Erik Støstad og Knut Skyberg, leder i den nordiske komiteen for STAMI og arrangementskomiteen.

Statssekretær i arbeids- og inkluderingsdepartementet, Jan-Erik Støstad.

Arbeidsmiljømøtet både åpnet og avsluttet med vakre toner fra Frøydis Grorud, kjent saksofonist gjennom mange år fra NRKs suksessprogram Beat for Beat.

Hjelp24
– mer enn bedriftshelsetjeneste

Jon Storstein, bedriftsoverlege, spesialist i arbeidsmedisin, Hjelp24 HMS

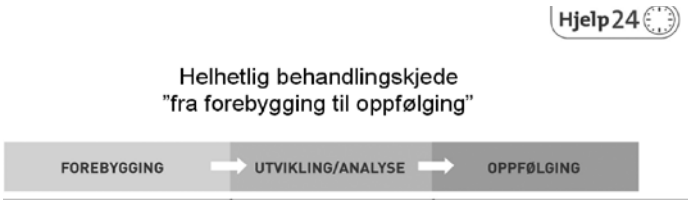
Endringer og omstillinger skjer innen norsk bedriftshelsetjeneste på linje med endringer ellers i vårt samfunn. Selv jobber jeg i en bedriftshelsetjeneste som er en nyskapning, opprettet i 2004, som også er noe mer enn "bare" bedriftshelsetjeneste. Pga vår størrelse har vi nok virket som en "farlig" konkurrent for mange. Det har oppstått myter om hva Hjelp24 gjør og ikke gjør. Ved dette innlegget håper jeg å avlive disse mytene.

Hjelp24
Starten på Hjelp24 var Oslo Trygghetssentral. Gjensidige forsikring kom inn som deleier av dette selskapet i 2001 og overtok hele firmaet i 2003. Da ble begrepet Hjelp24 lansert.
I tiden som har gått har flere nye virksomhetsområder blitt opprettet og integrert i selskapet. Siden 2008 har firmaets navn vært Hjelp24 NIMI as.

Av selskapets visjon for 2008 går det frem:
24 timers tilgjengelighet
Hjelp24 skal være tilgjengelig for våre kunder 24 timer i døgnet og levere konkurransedyktige tjenester innenfor helse og trygghet. Tilbudet skal være helhetlig og i størst mulig grad forskningsbasert.

Selskapet består av følgende forretningsområder (hentet fra Hjelp24 NIMI as selskapspresentasjon 2008):

Av Hjelp24 forretningsside går det fram at selskapet vil bistå sine kunder med tjenester som dekker hele behandlingsskjeden.



Hjelp24 HMS
Hjelp24 HMS er den enheten som jobber med forebygging. Vi er i den sammenheng en "tradisjonell" bedriftshelsetjeneste som yter tjenester på følgende områder:

- Oppfølging av sykefravær
- Arbeidshelseoppfølging av enkeltpersoner og grupper
- Krisehåndtering
- Rusforebyggende arbeid og personlig oppfølging
- Vurdering og tilpassing av arbeidsplasser (for eksempel data- og industri arbeidsplasser)
- Risikokartlegging/vurdering av det fysiske, biologiske, kjemiske arbeidsmiljøet og psykososialt arbeidsmiljø, samt ytre miljø.
- Arbeidsmiljøutvikling med fokus på trivsel og samarbeid
- Bistand i systematisk HMS arbeid
- Livsstilstiltak og helsefremmende arbeid
- Undervisning og kurs

I Hjelp24 HMS har vi i 2008 ca 4700 bedrifter og virksomheter som kunder. Vi har 330 medarbeidere med helsefaglig og arbeidsmiljørettet kompetanse. Hjelp24 HMS er et stort legemiljø med ca 50 bedriftsleger.
Vi betjener våre kunder gjennom 38 lokalkontorer og er derved nærmest landsdekkende i vårt tjenestetilbud.

Kvalitetsutvikling
Hjelp24 HMS arbeider målbevisst med kvalitetsutvikling. Dette er en stor utfordring i en bedrift som er tuftet på 17 tidligere enkeltstående bedriftshelsetjenester. Vi implementerer vårt kvalitetssystem i 2008 og har som målsetning å bli ISO sertifisert i løpet av de neste årene. Hjelp24 NIMI (Sykehus og Rehabilitering, Ringerike) er allerede ISO sertifisert.
Hjelp24 HMS har årlige målinger av både kundetilfredshet og medarbeidertilfredshet og bruker disse aktivt i vårt kvalitets- og forbedringsarbeid.

Kunden "ruler"
En av de klareste utviklingstrekk vi opplever i vår hverdag er stadig mer bevisste kunder som aktivt bruker sin markedsmakt til for å skaffe seg de beste løsninger både når det gjelder kvalitet og økonomi. Arve Lie beskriver denne utviklingen som er med på å gi "økt forretningsorientering" i bedriftshelsetjenesten i sin artikkel i dette nummer.
Hjelp24 har mange store og ressurssterke kunder. De er utfordrende og spennende å jobbe med faglig. Men fag alene er ikke nok, vi må som bedriftshelsepersonale ha fokus på fornøyde kunder for å kunne ha en tilfredsstillende økonomi og spennende kunder å jobbe med også i framtida.
Tjenesten må selvfølgelig ytes innen den rammen samfunnet har gitt oss mht til lovverket. I Hjelp24 er vi overbevist om at faglig forsvarlig virksomhet, god kvalitet og fornøyde kunder er det som må til for å klare oss i konkurransen.

Arbeidstilsynet og bedriftshelsetjenesten – historien som grunnlag for fremtiden

Axel Wannag, Overlege i Arbeidstilsynet

Det er grunn til å si at vesentlige deler av bedriftshelsetjenestens (BHT) struktur i dag skyldes arbeidsinnsatsen til dr. Aud Blegen Svindland og medarbeidere i Arbeidstilsynet i begynnelsen av 1980 årene. De fikk etablert modellen med at flere virksomheter kunne gå sammen om å etablere en BHT. Viktig var det også at både arbeidsgiverne og arbeidstakerne var representert i styret av disse felles-BHTene. Etableringen av felles-BHTene økte omfanget av BHTer i Norge betraktelig og gav oss et visst utgangspunkt for omfanget av BHT i Norge i dag. Mange fellesordninger er i tidens løp blitt lagt ned eller transformert til andre ordninger, men noen fellesordninger eksisterer i sin opprinnelige form. Vi har lært at modellen kan fungere om vi kommer i den situasjon at omfanget av BHTer må bygges videre ut.

Arbeidstilsynets innsats den gang var ikke bare vellykket. Innsatsen skapte motstand i flere leire (med rette eller med urette avhengig av øynene om ser). I alle fall stoppet etableringen av felles-BHTer opp og motstanden mot at virksomheter skulle kunne pålegges å knytte til seg BHT så ut til å få overtaket i slutten av 1980 årene. Dette resulterte imidlertid i "Bransjeforskriften" (Arbeidstilsynets bestillingsnr. 501) som bestemte at alle virksomheter i visse bransjer ble pålagt å knytte til seg BHT. En rekke bransjer ble predefinert til å ha så risikofylte arbeidsbetingelser at det var påkrevet at virksomhetene hadde en BHT å rådføre seg med for at virksomhetene skulle kunne oppfylle sine forpliktelser etter arbeidsmiljøloven om at de ansattes helse og sikkerhet skal ivaretas.

Forskriften skulle ha resultert i at svært mange nye virksomheter skulle ha knyttet til seg BHT, men dette skjedde i lang mindre omfang enn vi hadde håpet. Arbeidstilsynet har derfor i mange år brukt hjemlene i "Bransjeforskriften" til å pålegge virksomheter som har plikt til det, å knytte til seg BHT. Mengden av slike pålegg er imidlertid langt fra nok til å få alle virksomheter med plikt til det til å ha knyttet til seg en BHT. En faktor i dette er Arbeidstilsynets kapasitet for tilsyn, som, som kjent, også skal brukes overfor en lang rekke forhold i tillegg til BHT-plikten. Arbeidstilsynet rekker ganske enkelt ikke rundt til alle de aktuelle virksomheter. De aller fleste av disse virksomhetene er små, men det er også en del mellomstore som ikke har oppfylt sin BHT plikt. Et annet forhold som kan gjøre det vanskelig for enkelte virksomheter er at det ikke er noen naturlig BHT i deres geografiske nærhet å knytte seg til. Det er, som kjent, grissgrendt med BHTer utenfor "sentrale strøk".

Arbeidstilsynets store plan i begynnelsen av 1990 årene om å få alle virksomheter med plikt til det, til å knytte til seg BHT var ambisiøs. Vi fikk til noe, men ikke alt vi ville.

I denne satsingen aksepterte Arbeidstilsynet ulike opplegg med helse- og annet personell som "akseptable" BHT ordninger, uten at vi nøye vurderte hvilken kvalitet og kompetanse disse oppleggene kunne tilby. I 1994 (etter motstand og rettsavgjørelser) fikk vi forskrift om "Verne- og helsepersonale" som omtaler virksomheters bruk av bedriftshelsetjenesten, vårt bestillingsnummer 518.

Denne forskriftens bestemmelser har vært blant de hjemlene vi har brukt oftest de senere årene. Langt fra alle virksomheter som har knyttet til seg BHT, bruker denne slik de er forventet. Arbeidstilsynet er bevisst på at det er virksomheten som ut fra samarbeidsforholdet med BHT styrer dette samarbeidet, og at BHT ikke kan gjøre mer for virksomheten enn "det den blir rådspurt om". På den annen side ser vi også enkelte ganger at BHTer blir vel passive og ikke benytter sin påvirkningskraft overfor virksomheten som de tross alt har.

Arbeidstilsynet har igjennom årene samarbeidet med BHTene. Dette har variert noe fra sted til sted og fra tid til tid. Det har oftest vært informasjonsmøter eller at Arbeidstilsynet har henvist virksomheter til aktivt å bruke sin BHT for problemer vi har sett i våre tilsyn. Vi vet også at tilsyn og pålegg fra oss utløser at virksomheten starter med å benytte sin BHT. Ofte ved å gjøre det BHT forgjeves har rådgitt virksomheten i mange år om å gjøre.

Arbeidstilsynet og BHT har derfor god mulighet for samspill. Dette ligger innbakt i Arbeidstilsynets strategi om å søke og å øke samarbeid med alle andre som arbeider for å fremme et godt arbeidsmiljø. Dette avhenger imidlertid av at vi finner en kompetent samarbeidspartner i de aktuelle BHTene. Arbeidstilsynet støtter derfor klart forslaget om godkjenningsording for BHTer som skal levere tjenester til de virksomhetene som har plikt til BHT etter "Bransjeforskriften".

Arbeidstilsynet opplever imidlertid at vi lokalt har større vansker nå enn tidligere med å nå alle BHTer som en gruppe. Tidligere stilte alle lokale BHTer opp på felles møter og diskuterte "BHT faglige" spørsmål ganske fritt. BHT utangspunktet var som oftest "felles". Nå treffer vi forskjellige BHT grupperinger – fra små BHT ordninger til større, til dels landsdekkende organisasjoner. Noen av disse grupperingene oppfører seg som det ikke lenger er noen "fellesfaglige" BHT spørsmål, men at det "BHT faglige" nå bare gjelder "min gruppe". For øvrig gjelder konkurranse i markedet og dermed minst mulig deling av informasjon med andre BHTer. I en samarbeidssituasjon i våre regioner vil Arbeidstilsynet slite med en slik faglig fragmentert BHT organisering. Ideelt skulle vi ønske oss en lokal og nasjonal felles "interessegruppe for BHT" som gjorde at vi på nytt fikk en gruppe å samarbeide med.

Et spesielt felt som det nå fokuseres meget på er Arbeidstilsynets tilsyn med arbeidsgivers tilretteleggingsplikt under IA satsingen – og tilsvarene virksomhetenes bruk av BHT i IA arbeidet. Dette bringer også NAV inn som deltaker i feltet. Det kan bli naturlig med fellesmøter med alle tre parter fremover. For øvrig forventes det at Arbeidstilsynet i tilsynsbesøkene også i størst mulig grad vurderer virksomhetenes bruk av BHT i forhold til forskrift om "Verne- og helsepersonale". Dette vil bli ennå mer aktuelt om forslagene til justeringene av "Bransjeforskriften" og forskrift om "Verne og helsepersonale" blir gjennomført. Arbeidstilsynet ønsker seg en mest mulig kompetent BHT å samarbeide med.

En oversikt over antall pålegg hjemlet i de to BHT-forskriftene i tida 2002 – 2007 ser slik ut:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Sum 6 år
Antall pålegg gitt med hjemmel i 501 + 518	1200	1059	1754	809	799	919	7198

Naprapater ønsker samarbeid!

Intervju med naprapat Thomas Chr. Askeland

Intervjuer: Bente E. Moen, Universitetet i Bergen

Askøy ligger rett utenfor Bergen. I sommer så jeg at det fantes internettsider for Askøy Naprapat Klinikk som reklamerte med et bedriftshelsetjenestetilbud. Redaksjonen i Ramazzini har ønske om å få belyst forskjellige typer bedriftshelsetjenestemodeller, for å skape en reell diskusjon om hva som skal utføres i bedriftshelsetjenestene. Redaksjonen ble enig om å undersøke dette nærmere, og jeg tok kontakt. På denne måten ble jeg kjent med naprapaten Thomas Chr. Askeland. Nå viste det seg at han var i ferd med å endre både sitt tilbud og internettsidene (http://www.askoynaprapatklinikk.no), og at hans bedriftshelsetjeneste ikke finnes per i dag. Han ble intervjuet her likevel. Det viste seg nemlig at han hadde mange meninger om bedriftshelsetjenesten. Dessuten kan vi gjerne ha godt av å lese litt om nye retninger i tiden, som for eksempel naprapati. Vi kan trenge å samarbeide med entusiastiske mennesker, og her er i alle fall en entusiast!

– Hvordan ble du naprapat, Askeland?
Jeg har utdannet meg til å bli naprapat ved å gå et 4-årig heltidsstudium ved Naprapathögskolan i Stockholm. Det finnes ikke så mange slike skoler, vi har en i Sverige og en i Finland, og dessuten er det slike skoler i USA.
– Hva går naprapati ut på?
– Vi benytter manuelle metoder for å behandle muskler og ledd for å oppnå bedre funksjon og bevegelighet for hele kroppen. Dette er basert på en helhetstenkning, der ortopedisk manuell medisin kombineres med en spesifikk kunnskap om kroppens oppbygging via muskler, skjelett, ledd og nervesystem.
– Hva er forskjellen mellom deg og en fysioterapeut?
– Det finnes mange likheter mellom hvordan naprapater og fysioterapeuter arbeider, men gruppene er ikke helt sammenlignbare. En hovedforskjell er gjerne at naprapatene ikke behandler pasienter på samme måte som fysioterapeutene. Fysioterapeuter kan for eksempel behandle pasienter med lungesykdommer og ryggmargskader, dette gjør ikke vi. Naprapatene er mer opptatt av å redusere smerte knyttet mot muskelskjelettsystemet og perifere nerver, og ikke å behandle andre slags sykdommer.
– Hvor lenge har din klinikk eksistert?
– Jeg har jobbet her i 3,5 år. Jeg begynte med en tanke om å bygge opp en bedriftshelsetjeneste, men har ikke hatt kapasitet til dette. Jeg arbeider alene, og har hatt stor pågang av kunder på individuelt nivå, slik at tiden ikke strekker til noe mer. Jeg har avtale med noen få bedrifter om at de kan sende ansatte til meg etter behov, men har ikke kunnet bygge dette opp skikkelig.
– Er det vanlig at naprapater arbeider med bedriftshelsetjeneste?
– Det er i alle fall ikke uvanlig. I vår utdanning lærer vi mye om forebyggende helsearbeid og HMS. Det er en viktig del av en helhetstenkning som utdanningen har. Derfor passer det veldig godt med bedriftshelsearbeid for en naprapat, det er et arbeid som er midt i blinken i forhold til hva vi lærer i utdanningen vår. I Oslo er det for eksempel flere naprapater som har samarbeid med bedriftshelsetjenester. Jeg synes at et samarbeid mellom flere profesjoner er det ideelle for en bedriftshelsetjeneste. Et samarbeid mellom lege, psykolog, naprapat og fysioterapeut ville vært et kjempegodt utgangspunkt for å arbeide for å forebygge muskelskjelettplager i befolkningen.
– Hvem betaler for naprapatibehandlingen?
– I Norge må pasienten (eller bedriften) betale selv. Utdanningen er ikke godkjent i Norge slik at naprapater får trygderefusjon. Saken er i Stortinget, og det foregår et utredningsarbeid om naprapati, så forhåpentligvis får vi vår godkjenning etter hvert. I Sverige og Finland har naprapater vært autorisert omtrent i ti år.
– Har vi mange naprapater i Norge?
– Det er jeg litt usikker på, men tror det dreier seg om 130-150 personer.
– Hvis man har plager med for eksempel nakkesmerter, hvor mange behandlinger må gis av en naprapat for å bli bedre?
– Dette varierer selvfølgelig, ettersom folk er forskjellige. Men jeg tror at det mest vanlige for mine pasienter er 4-5 behandlinger for å oppnå tydelig bedring. Noen klarer seg med 1-2 behandlinger og noen må ha flere. Det beste er selvfølgelig å kunne gi råd om arbeid og livsstil i tillegg til behandlingen, slik at plagene ikke kommer tilbake. Det er dette man kunne gjort bedre i en bedriftshelsesetting. Behandlingen vår er av typen "hands on" og vi forsøker å gjenskape funksjonen i muskelskjelettsystemet.
– Du jobber alene på Askøy, savner du ikke kolleger?
– Jo, og derfor er jeg med i et nettverk av naprapater. Naprapatklinikker over hele landet har jevnlig kontakt og drøfter faglige spørsmål.
– Hva tenker du om framtiden?
– Arbeid for å forebygge og behandle muskelskjelettplager og smerter er viktig i våre dager, og jeg synes arbeidet mitt er spennende og nyttig. Videre ønsker jeg helt klart samarbeid og kommunikasjon med andre i helsesektoren!

Hva er naprapati

Ordet Naprapati betyr å korrigere årsak til lidelse. Ordet er satt sammen av det tsjekkiske ordet "napravit", som betyr å korrigere, og det greske ordet "Pathos" som betyr lidelse. Ved å benytte manuelle metoder behandler naprapaten muskler og ledd for å oppnå bedre funksjon og bevegelighet for hele kroppen. Denne helhetstenkningen, hvor ortopedisk manuell medisin kombineres med en spesifikk kunnskap om kroppens oppbygging via muskler, skjelett, ledd og nervesystem ligger til grunn for naprapatien. Naprapatens spesialitet er å kombinere kompetanse innen ortopedisk medisin med kunnskaper om bevegelsesapparatets ulike spesifikke funksjoner.
Naprapati omfatter å forebygge, utrede og behandle funksjonsforstyrrelser og smertetilstand i bevegelses- og støtteapparatet. Behandlingen skjer ved å kombinere manipulasjons- og mobiliseringsteknikker med ulike former for muskelbehandling, og følges vanligvis opp med ulike typer av treningsøvelser og ergonomisk rådgivning. Naprapatiens grunnlegger, Oakley Smith, ble født i Iowa i 1880. I løpet av 1904-1905 skrev Oakley Smith det som skulle bli de første lærebøkene innen manuell medisin ("A Textbook of Modernized Chiropractic"), og startet i 1907 den første naprapatutdanningen i Chicago. Naprapatien bygger følgelig på kiropraktikken. Naprapatien ble introdusert i Sverige og Skandinavia av Bjørn Jonsson i 1968, som hadde studert under Oakley Smith ved Chicago National College of Naprapathy. Naprapathögskolan i Sverige ble grunnlagt i 1970.
Det foregår forskning for å studere naprapatiens effekter bedre, se for eksempel Skillgate E, Vingård E, Alfredsson L.Naprapathic Manual Therapy or Evidence-Based Care for Back and Neck Pain: A Randomized, Controlled Trial. Clinical Journal of Pain 2007;23:431-439. Se også: http://www.naprapat.org.

Fedmen må bort!

Intervju av daglig leder Trude Hetland i Alfahelse AS

Intervjuer: Bente E. Moen, Universitetet i Bergen

Sentralt i Bergen finner vi "Alfahelse AS" som har bedriftshelsetjeneste som et av sine helsetilbud. Internettsidene http://www.alfahelse.no viser at det er en nær relasjon mellom denne bedriftshelsetjenesten og arbeid med kosthold og ernæring. Vi ble nysgjerrige på dette og intervjuet daglig leder for å høre hva de holder på med her.

Daglig leder viste seg å være lege Trude Hetland. Hun er allmennpraktiker fra tidligere, men er nå i ferd med å utdanne seg til arbeidsmedisiner. Hun har tidligere arbeidet i Omnia-systemet, både som allmennlege og bedriftslege. Hun forteller om Alfahelse med entusiasme og er begeistret over å kunne arbeide forebyggende. Hun begynner å fortelle før jeg får spurt om noe som helst:

– I et samfunn der overvekt og fedme er et så stort problem, er det svært givende å kunne bidra til å redusere dette problemet. WHO, Verdens Helseorganisasjon, karakteriserer den økende forekomsten av overvekt i den industrialiserte delen av verden som en epidemi som vil få store konsekvenser for helse og velferd. Vet du at gjennomsnittsnordmannen har økt 9,1 kilo siden begynnelsen av 1960-tallet? Mye av dette kan løses med bedre kosthold og trening. Det er spennende å arbeide med et så aktuelt problem!

– Hvor lenge har Alfahelse AS eksistert?

– Vi har holdt på i cirka tre år. Alfahelse er delt i flere tilbud, der bedriftshelsetjenesten eller HMS-arbeidet utgjør en egen enhet.

– Hvor mange arbeider hos dere?

– Vi er to leger, fire fysioterapeuter, en yrkeshygieniker og to helsesekretærer. I tillegg har vi tilknyttet en AKAN-konsulent, kostholdsveileder, en psykiater og to psykologer.

– Hvordan er arbeidet organisert i bedriftene, har dere medlemmer som betaler?

– Vi har ingen ordinær medlemsavgift. Vi inngår avtaler med hver enkelt bedrift om hva de vil kjøpe av oss. Avtalene er langsiktige. De kjøper for eksempel et visst antall helsekontroller. De kan også kjøpe vanlige HMS-tjenester, kartlegginger, allmennlegetjenester og kost- og livsstilsveiledning for enkeltpersoner eller grupper.

– Hva slags tilbud gir dere til klientene?

Vi synes det er spennende og riktig å gi helhetlige helsetilbud, der man ikke bare ser på arbeidsmiljøforholdene, men at man

Trude Hetland (Foto: Gunnbjørg Håland).

også kan se på den enkeltes livsstil. Med en helhetlig tilnærming blir forebyggende arbeid mer målrettet og vi møter arbeidstakeren på dens egen arena. Vi har latt oss inspirere av den europeiske trenden "Workplace health promotion", som oppfordrer arbeidsgivere til fokus på kosthold, vekt, trening og røyking i tillegg til vanlige arbeidsmiljøproblemer.

Det er viktig å få med kostholdet i forebyggende arbeid. Mat engasjerer alle mennesker og er noe av det vi i løpet av et liv bruker mest tid på. Det er klart at det påvirker oss hva vi spiser! Vi synes kosthold har vært et nedprioritert tema i helsevesenet og i faget medisin. Vi gir alle som kommer til våre helsekontroller kostholds- og livsstilsveiledning. Vi gir dem en risikovurdering og alle får en egen livssstilsprofil. De som har problemer med overvekt får tilbud om hjelp til å redusere vekten. Vi er knyttet opp mot Fedon Lindbergs klinikk mht. dette arbeidet ved at vi følger hans konsept for vektreduksjon.

– Har dere mange kunder?

– Ja, vi har i dag opp mot hundre avtaler. Det ser ut til at bedrifter blir begeistret over idéen om å integrere ordinært HMS-arbeid med kostholdsråd, og de forstår at det kan ha betydning for helsen til de ansatte totalt sett. Arbeidsgiver er jo i dag pålagt å "fremme fysisk aktivitet blant de ansatte", og ser at vi kan hjelpe dem med dette også.

– Hva fokuserer dere på for øvrig i HMS-arbeidet, det er vel ikke bare kosthold som er viktig?

– Nei, vi arbeider for eksempel mye med temaet "Raskere tilbake" i arbeidslivet. Vi er opptatt av IA-arbeid og mener at det er viktig å arbeide forebyggende ute på arbeidsplassen når det gjelder sykmeldinger. Det kan i mange tilfeller være helt unødig med sykmeldinger hvis man får vite litt om problemet på forhånd, før det er blitt for stort. Det har flere uheldige konsekvenser når arbeidstakeren blir tatt ut av arbeidsplassen og sendt rundt om i behandlingsapparatet. Tilrettelegging av jobber er mulig i mange tilfeller. Det er et stort forebyggende potensiale i å gå inn og lokalisere arbeidstakere som er i fare for å bli sykmeldte, og gå inn med passende tiltak. Vi samarbeider derfor mye med NAV. Vi har nettopp startet et omfattende prosjekt på en stor arbeidsplass. Her skal vi drive systematisk forebyggende arbeid inne på arbeidsplassen, blant annet ved at deltakerne trener i arbeidstiden. Vi har holdt kostholdskurs og har veiledningsgrupper hvor deltakerne følges over 1 år. Målsetningen er en friskere arbeidsstokk og å forhindre sykmeldinger. Vi er godt i gang og prosjektet har vakt stor entusiasme på arbeidsplassen. Arbeidet skal evalueres hver 3. måned og etter 1 år. Det blir spennende å se hvilken effekt det har på sykefraværet.

– Hva tenker du om framtiden?

– Dette arbeidet er meningsfylt. HMS som fag er svært interessant. Det er et privilegium å ha en jobb som er så givende og det er supert å kunne arbeide tverrfaglig forebyggende med en bred tilnærming til mennesket. Jeg ser frem til å videreutvikle arbeidet.

Landbrukets HMS-tjeneste (LHMS) – Bedriftshelsetjeneste for landbruket

Sentral samordning – lokalt tilbud

Halvor Langåsdalen, bedriftslege og tidligere fagsjef i Landbrukets HMS-tjeneste

Landbrukets HMS-tjeneste
- helse - miljø - sikkerhet -

Landbruket er, og har trolig alltid vært, en bransje med stor risiko for skader og slitasjesykdommer. Landbruket topper ulykkesstatistikken med 20 – 30 % av dødsulykkene i arbeidslivet, men sysselsetter bare 2-3 % av den totale arbeidsstokken. Det er ingen grunn til å tro annet enn at "isfjellmodellen" også gjelder for landbruket. Bak dødsulykkene finnes en mengde mer eller mindre alvorlige ulykker med større eller mindre skader på mennesker og materiell som medfører personlige lidelser og kostnader for den enkelte og samfunnet. Dette til tross, landbruket har siden 1986 hatt unntak for flere av Arbeidsmiljølovens krav ved en egen forskrift og kom heller ikke inn under bransjeforskriften ved siste revisjon!

Noe har likevel vært gjort. Skogbruket, som var spesielt utsatt, har gjennom prosjektet "Aktivt skogbruk", på en imponerende måte satt sikkerhet i fokus. Kurs i sikker trefelling og bruk av motorsag ble gjennomført og en har fått alle skogsarbeidere til å se på verneutstyr som en selvfølgelighet. I dag har skogsmaskiner gitt skogsarbeidet andre HMS-utfordringer.

I jordbruket var det ikke på samme måte, men siden svært mange bønder også var skogeiere og drev i egen skog, tok de nok til en viss grad kunnskapen med seg inn i arbeidet i jordbruket også. Etter flere spredte, men lite systematiserte, initiativ til opprettelse av bedriftshelsetjeneste for bønder, inngikk fagorganisasjonene i landbruket, Norges Bondelag og Norsk Bonde og Småbrukarlag, et samarbeid gjennom å opprette stiftelsen Landbrukshelsen i 1994, senere døpt om til Landbrukets HMS-tjeneste.

I grove trekk har ordningen tre elementer:

1) Et sentralt hovedkontor med administrativt og faglig personell som skal utvikle og definere kravene til den faglige aktiviteten.
2) Lokale bedriftshelsetjenester som gjennom en samarbeidsavtale med hovedkontoret, står for utøvelsen av bedriftshelsetjenstetilbudet til den enkelte bonde i en fastsatt region.
3) En HMS-rådgiver landbruk som er ansatt av hovedkontoret, men i det daglige forholder seg til den lokale bedriftshelsetjeneste, utøver HMS-rådgivning ved regelmessige gårdsbesøk, samlinger og kurs og rapporterer til daglig leder i den samarbeidende bedriftshelsetjenesten.

Sentralt er det utviklet et kvalitetssystem som stiller kvalitative og kvantitative krav både til den samarbeidende bedriftshelsetjenesten og HMS-rådgiver, for å sikre at det enkelte medlemsbruk og den enkelte bonde får et kvalitetssikra og tilpassa tilbud.

Ordningen er i dag landsdekkende.

Ved siden av HMS-rådgivers regelmessige gårdsbesøk med rådgivning og oppfølging av HMS-tiltak, tilbys ulike HMS-kurs der kurset "Praktisk HMS-arbeid" basert på studiering med lærer og e-læring på Internet, er opplæringsmessig nybrottsarbeid.

Bedriftshelsetjenesten skal tilby regelmessige målretta helsekontroller som også omfatter en strukturert HMS-samtale. I den forbindelse fylles det ut et registreringsskjema som samles inn og danner grunnlaget for årlige rapporter. Selv om disse ikke holder en forskningsmessig standard, er tallene basert på så mange registreringer hvert år at de gir grunnlag for interessante betraktninger. Disse skal jeg komme litt nærmere in på.

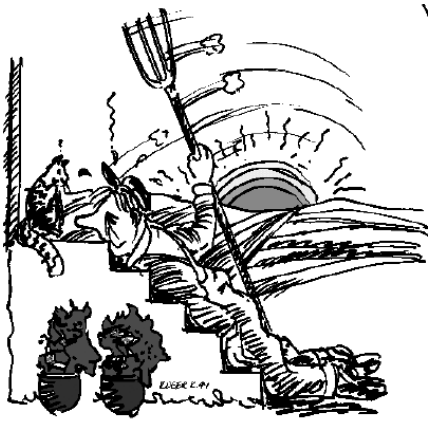
I perioden 1996-2006 rapporterte gjennomsnittlig 13,1 % av medlemmene at siste 12 mndr hadde de vært utsatt for en skade/ulykke som krevde behandling av lege eller i sykehus.

I samme periode registrerte ved de målretta helsekontrollene at nesten 38 % av medlemmene hadde nedsatt hørsel. For befolkningen generelt over 20 år er tallet under 15 %. Det er mye støy i landbruket, både fra dyr og maskiner, og bonden har slurvet med å bruke hørselsvern.

I perioden 2000 til 2006 oppgir 4 % at de lider av astma og 8 % av høysnue. I befolkningen generelt antas det at 6 % har astma og 15 % har høysnue. Det er vist at atopiske barn som vokser opp på gård med husdyr i mindre grad utvikler astma!

Våre registreringer at langt færre bønder

Ta du vare på deg selv?



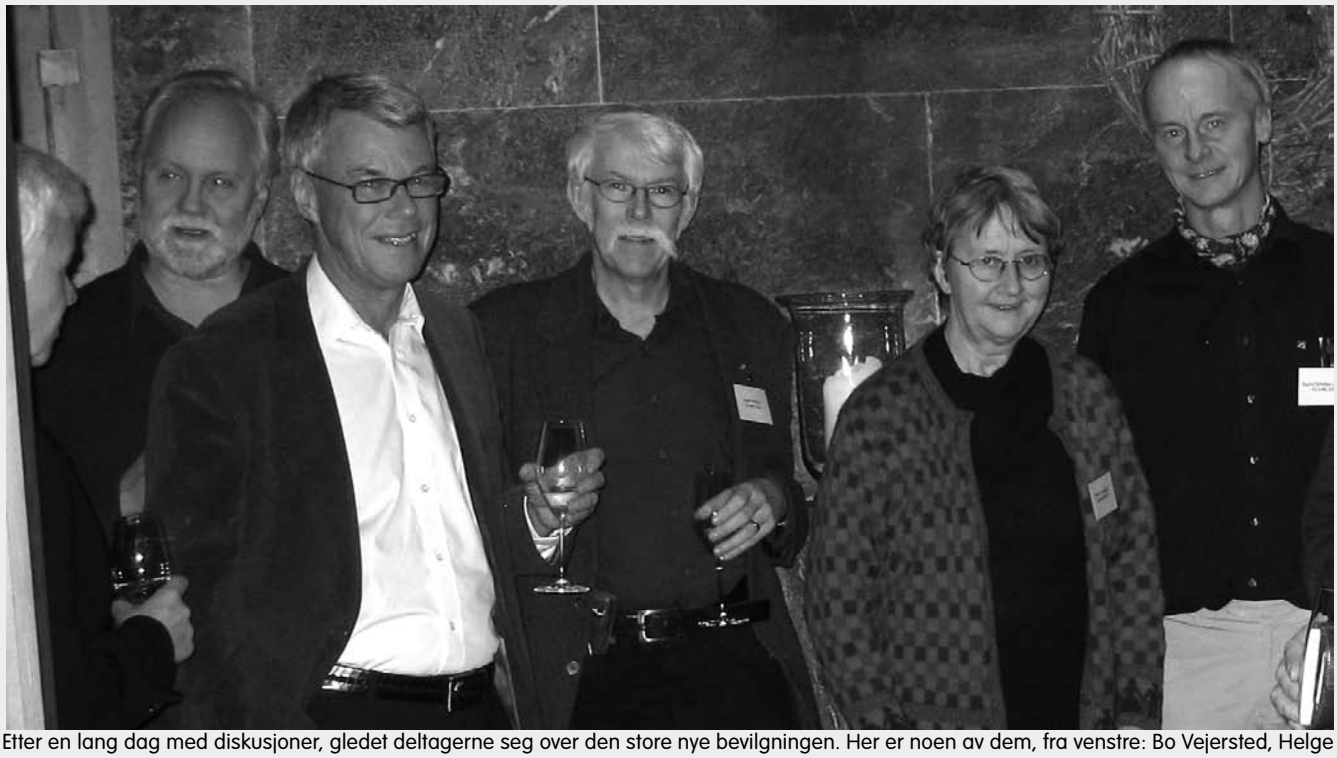
(18 %) oppgir å ha ryggplager enn befolkningen for øvrig (27 %). Dette støtter det "alle" vet, at fysisk aktivitet er godt for ryggen uansett!

Mindre enn 5 % oppgir at de siste år har oppsøkt lege for psykiske plager eller søvnproblemer. Salget av antidepressiva i Norge tilsvarer mer enn 5 døgndoser pr. 100 innbyggere. Om alle medlemmene i LHMS som oppsøkte lege for psykiske plager og søvnløshet, fikk resept på antidepressiva og brukte det hele året, ville det likevel bli færre enn for hele befolkningen sett under ett! En undersøkelse (Sanne) viser at hver 6. bonde føler seg deprimert. SSB oppgir at hver 10. nordmann har kjent seg deprimert eller ned-

stemt siste 3 måneder. Kan det være at bønder nok ofte føler seg nedstemte, men går ikke nødvendigvis til lege for det og langt mindre vil ta tabletter for det?
I denne sammenheng er det naturlig å komme inn på alle de sakene som har vært presentert i pressa de senere år om vanskjøtsel av husdyr. Ofte brukes uttrykket "dyremishandling". Min erfaring som lokal bedriftslege med samarbeidsavtale med LHMS, fra samarbeid med Mattilsynet og Dyrevernet, og som fagsjef i LHMS i over 10 år, er at det svært sjelden forekommer villet dyremishandling i landbruket. Imidlertid ser vi av og til, og alt for ofte, at bonden vanskjøtter sine dyr på en måte som medfører, til tider stygge, dyretragedier. Bak enhver vanskjøtsel av dyr, som eventuelt ender i en dyretragedie, finnes en bonde i alvorlige vanskeligheter. Det merkelige er da at ingen har merket noe, reagert, tatt kontakt eller meldt det. Den eneste forklaring jeg ser er at dette utvikler seg over tid. Gradvis svikt medfører en økende grad av skam og skyldfølelse som bonden, naturligvis, forsøker å skjule. Ikke sjelden kan den samme person opptre aktivt og tilsynelatende uanfektet i det offentlige rom med en dyretragedie under utvikling i bakgården! Det er en "Dr. Jekyll and Mr. Hyde"-situasjon, som det er vanskelig å forstå, men som en må være oppmerksom på. Jeg kan vanskelig se noe bedre forebyggende tiltak i denne sammenheng enn at det i næringen snakkes åpent om temaet og at LHMS bygges ut, gjerne blir obligatorisk, med sine regelmessige målretta HMS-samtaler og gårdsbesøk gjennomført av kvalifisert personell.
Når det gjelder dagens nasjonale fokusområde, sykefravær, har alltid landbruket ligget lavt. Når det gjelder årsaken til helseproblemet som førte til sykefravær, oppgir vårt utvalg av bønder i 2/3-del av tilfellene at det har sammenheng med arbeidet. Til sammenligning oppgir 1/3 av sykemeldte i pleieyrker det samme.
Bøndene i vårt utvalg har tilsynelatende noen sunnere vaner enn andre. Bare 22 % oppgir at de røyker daglig eller av og til, mot ca. 35 % i befolkningen generelt. Nesten 14 % er totalavholdene fra alkohol, mens ca. halvparten drikker mer enn 3 drinker eller mer kun en gang i måneden eller sjeldnere.
98 % av medlemmene i LHMS er helt eller delvis enige i utsagnet "jeg har et variert og interessant arbeid", selv om halvparten er helt eller delvis enige i at "arbeidet gjør meg ensom" og litt færre enn hvert 5. medlem er helt eller delvis enig i at "arbeidet gir meg liten eller ingen personlig utvikling eller utfordring"! Tross mange negative faktorer, har bonden det, sett under ett, bra og trives med det!

Millioner!

Det er bevilget 22,5 mill kr årlig til styrking av det arbeidsmedisinske tjenestetilbudet i Norge, fordelt på de arbeidsmedisinske avdelingene og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).
Dette er den største bevilgningen til fagfeltet siden 1988. Avdelingene er i ferd med å lyse ut stillinger og ansette nye folk. I denne anledning inviterte STAMI avdelingene til et seminar på Soria Moria i Oslo 10-11. november 2008, for å diskutere sin egen koordinator-rolle og oppfordre til samarbeid. Alle avdelinger var til stede med flere deltagere, og dagene ble brukt til informasjon og diskusjon.



Etter en lang dag med diskusjoner, gledet deltagerne seg over den store nye bevilgningen. Her er noen av dem, fra venstre: Bo Vejersted, Helge Kjuus, Knut Skyberg, Ebba Wergeland og Karl Christian Nordby (Foto: B.E. Moen).

Ti år med e-postliste for HMS

Bente E. Moen1, Tone Morken2 og Nils Bull1,3
1Universitetet i Bergen, 2UNIFOB AS, 3Haukeland Universitetssykehus

Bakgrunn

En elektronisk e-postliste for bedriftshelsepersonnell og andre med interesse for HMS ble startet i 1997 ved Universitet i Bergen. Den ble administrert av Seksjon for arbeidsmedisin helt fram til 1.januar 2007. Da ble ansvaret for listen overført til Statens arbeidsmiljøinstitutt, Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten. Grunnen til denne endringen var at lista krever mye arbeid, og gir ingen inntekter. De universitetsansatte i Bergen fant etter hvert ut at det var mest naturlig at Fagsekretariatet utførte dette arbeidet, siden de får statlige ressurser til denne type arbeid. Vi ønsket å gi et bilde av aktiviteten på e-postlista i den tiden vi var ansvarlige for den, og har derfor studert dette nærmere.

Materiale og metoder

Når man sendte en melding inn på e-postlista, ble denne siden lagret i et arkiv for meldinger. Innholdet i dette arkivet analyserte vi etter at lista ble overført til Fagsekretariatet.
Vi studerte på denne måten listas aktivitet de ti første årene, ved å lage en beskrivelse av antall meldinger og antall medlemmer.

Resultater

Antall medlemmer har vært 499 på det meste (figur 1). Antallet steg først, og flatet etter hvert ut. Antall meldinger har fulgt en lignende kurve, men sank en del de siste årene.
Mht. tema i meldingene, har vi laget noen grove kategorier og vist forekomsten av disse i løpet av disse ti årene (Tabell 1). Kjemisk helsefare har vært mest diskutert, men også mange har drøftet generell organisering av bedriftshelsetjeneste og spørsmål av generell karakter som har med HMS å gjøre.

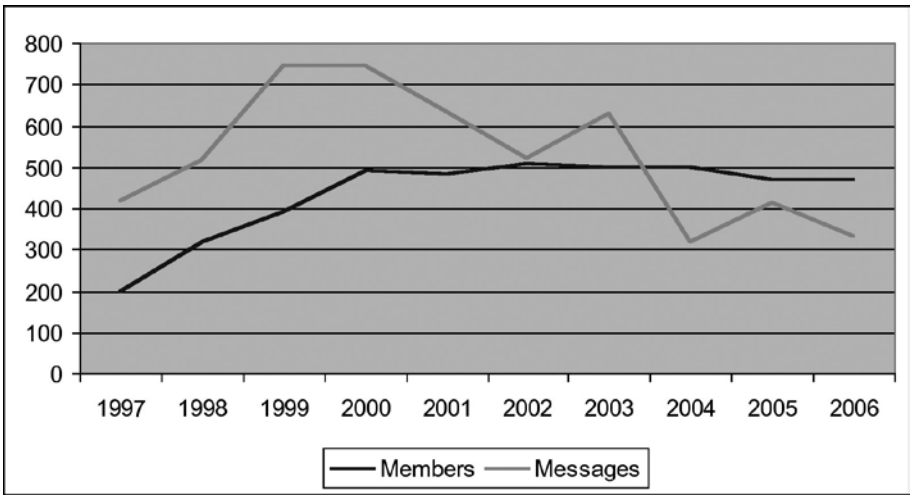
Konklusjon

At lista har eksistert i ti år, betyr at den har fylt et behov. Antall medlemmer er ikke så høyt, og når antall meldinger har falt i antall, kan det bety at man burde sørge for et tilsig av nye medlemmer. Om man skal være fornøyd med tema som diskuteres, er vanskelig å si, men det kan være av interesse å gjøre en tilsvarende studie av den overførte e-postlisten, og se om tema endres med tiden.

Se referanse

Vi har også laget en internasjonal artikkel som beskriver e-postlista. Les: Morken T, Bull N og Moen BE. The activity on a Norwegian Occupational Health mailing list 1997–2006. Occ Med 2008 Nov 10. [Epub ahead of print].

Figur 1. Variasjon i antall medlemmer og meldinger på e-postlisten 1997-2006. Den øverste linjen viser antall meldinger, den nederste antall medlemmer.



Tabell 1. Antall e-postlistemeldinger fordelt på hovedtema og årstall

Hovedtema	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Sum
Kjemisk helsefare	10	92	69	127	146	148	72	105	144	88	1001
Generelt om BHT	48	189	157	132	147	70	60	37	31	19	670
Generelt om HMS	18	34	97	78	50	70	67	26	61	53	554
Ergonomi	19	43	25	52	35	52	64	43	66	37	436

Orientering om HMS-epostliste

Bente E. Moen, Universitetet i Bergen

Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten på Statens arbeidsmiljøinstitutt driver en HMS-epost-liste. Det betyr at fagsekretariatet har det faglige ansvar for hms-epostlisten, og tar i mot spørsmål og henvendelser vedrørende denne. Epostlisten ble startet opp av Seksjon for arbeidsmedisin, Universitetet i Bergen i desember 1996 med Bente E. Moen og Nils Bull som kontaktpersoner, og etter hvert også Tone Morken. Etter 10 års innsats sendte de stafettpinnen videre til Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten ved Statens arbeidsmiljøinstitutt. Det oppfordres til bruk av lista, meld deg på dersom du ikke alt er medlem! Dette er med på å fremme faglig diskusjon og kvalitet for faget vårt!

Epostlisten som en arbeidsmiljøfaglig arena.

Epostlisten er etablert for å få et diskusjonsforum for bedrifthelsetjenestepersonell og annet fagpersonell innen arbeidsmiljøområdet. Mange av oss som arbeider her har et relativt lite fagmiljø rundt seg til daglig. Vi antar derfor at en slik epostliste vil kunne fylle et behov for faglig kontakt, og forhåpentligvis bli et sted for faglig utveksling og samarbeid. Vi har valgt å kalle listen HMS, da vi på denne måten vil understreke at vi ønsker en tverrfaglig diskusjon. Alle som er interessert i fagfeltet - det være seg leger, sykepleiere, fysioterapeuter, yrkeshygienikere, verneingeniører, psykologer eller andre - er hjertelig velkomne til å delta.

Det presiseres likevel at dette er en liste for faglig diskusjon, ikke en legespalte el.l. der pasienter kan stille spørsmål og få personlige råd.

Praktisk informasjon

Du melder deg på hms-epostlisten ved å sende en epost med teksten subscribe i subject-feltet til hms-request@lists.stami.no. For å melde seg av hms-epostlisten trenger du et passord som du får fra epost-listesystemet. Alt dette kan du lese mer om på websiden til epostlisten. Gå inn på www.stami.no, velg BHT og deretter HMS-epostliste, så kan du finne all informasjon om dette. Du kan også få informasjon om lista dersom du sender en epost til odd.bjornstad@stami eller arve.lie@stami.no.

Når du er påmeldt listen, kan du sende innlegg til denne. Innlegg til listen sender du til epostadressen: hms@lists.stami.no. Når denne adressen brukes, blir meldingen din formidlet til alle som har meldt seg på hms-epostlisten. Slike meldinger skrives i fritekst på helt normal måte, med både subject og signatur.

HMS-epostlisten er laget for faglige innspill, kommentarer eller spørsmål. Det er en lav terskel for å ytre seg. Har du spørsmål om noe i din hms hverdag eller noen erfaringer du har lyst å dele med andre så kan dette være stedet.

Listen skal ikke være et sted for kommersiell produktreklame eller annonsering av kommersielle tjenester.

Skaff deg et e-abonnement fra Arbeidstilsynet!

Arbeidstilsynet lager et nyhetsbrev fire ganger i året som er av interesse for alle som arbeider med HMS, arbeidsmedisin og bedriftshelsetjeneste, melder overlege Axel Wannag i Arbeidstilsynet. Gå inn på Arbeidstilsynets hjemmeside: www.arbeidstilsynet.no/nyheter, og klikk på "abonner". Her får du informasjon om dette tilbudet. Du kan melde deg på her hvis du ønsker å abonnere på dette nyhetsbrevet. Da vil du få dette tilsendt på din e-post. Her er to eksempler på hva som sto i nyhetsbrev Nr.3, oktober 2008:

Hvorfor er det viktig at leger melder omarbeidsrelatert sykdom

Et av områdene Arbeidsmiljømyndighetene prioriterer høyt er forebygging av helseskader som følge av kjemikalieeksponering i arbeidslivet. RAS data fra 2005 til 2007 viser at ca. 33 % (n = 616) av alle kjemirelaterte meldinger gjelder arbeidstakere som forsetter å jobbe i den samme virksomheten hvor eksponering har skjedd. Det er et viktig tall som til en viss grad indikerer omfang av pågående eksponering. I nesten

75 % av disse 616 meldingene om arbeidsrelatert sykdom hadde meldende lege rapportert behov for Arbeidstilsynets intervensjon som nødvendig eller usikker. Det er nettopp derfor meldingene om arbeidsrelatert sykdom og skader fra landets leger er svært viktige i Arbeidstilsynets forebyggingsarbeid. Meldingene gjør Arbeidstilsynet i stand til å sette i verk tiltak mot farlige produkt eller utstyr, eller spesielle bransjer, samt initiering av kartleggings- eller forskningsarbeid.

Dødsfall som følge av arbeidsulykker

I første halvår 2008 har Arbeidstilsynet registrert 32 dødsfall som følge av arbeidsulykker. Tallet er høyt hele 21 flere dødsfall enn tilfellet var for første halvår 2007

(som imidlertid var rekordlavt). Gjennomsnittet for første halvår for de fem foregående årene (2003-2007) er rundt 17. Det laveste antall arbeidsskadedødsfall Arbeidstilsynet har registrert var i 2006, hvor 31 døde. Det er likevel for tidlig å si at den positive utviklingen vi har hatt i flere år er stoppet opp, og at antall dødsfall øker igjen. Antall dødsfall varierer mye både gjennom året og fra år til år. For eksempel var det rekordlave 18 dødsfall i 12-månedersperioden fra juni 2006 mai 2007, mens det var hele 57 i perioden juli 2007 juni 2008. En seksmånedsperiode er derfor en for kort periode til å

konkludere. Likevel er utviklingen bekymringsfull og etaten er opptatt av at ulykker kan og skal forebygges. Analyser utført av Arbeidstilsynet viser også at siden årtusenskiftet har vi topper når det antall dødsfall ca annethvert år og da med ca 55-60 dødsfall i løpet av en 12-månedersperiode. Utviklingen resten av høsten og vinteren vil vise om vi har passert toppen denne gangen, eller om den nedadgående trenden vi har hatt i flere tiår er stoppet opp.

Styret i i Namf 01.09.2007 – 31.08.2009

Kristian Vetlesen, leder
Bedriftsoverlege
Orkla Brands, Postboks 4236 Nydalen, 0401 Oslo
Tel: arb. 22 89 51 95
e-post: kristian.vetlesen@orklabrands.no

Inger Lise Fjellanger
Bedriftslege
GE Health Care AS, Arbeidsmed. avdeling
Postboks 4420 Nydalen, 0401 Oslo
Tel: 23 18 50 50
e-post: ingerlise.fjellanger@ge.com

Arne Morterud
Bedriftslege
Hjelp24 BHT, Daaskogen Moa, 6010 Ålesund
Tel: 70 15 25 50
e-post: arne.morterud@hjelp24.no

Trond Skaflestad
Bedriftslege
Statoil HAM
P.O. box 7200, 5020 Bergen
Tel: 91 86 19 28
e-post: tskafles@broadpark.no

Hill Øien
Bedriftslege
Arbeidsmedisinsk senter, 8400 Sortland
Tel: 76 11 05 20
e-post: hill.oien@arbmed-senter.nhn.no

Vararepresentanter:

Agneta Iversen
Bedriftslege
SAS-Norge, HMS-avd
H. Ibsensei 1, 2060 Gardermoen
Tel: 64 81 68 07
agneta.iversen@sas.no

Jarand Hindenes
Bedriftslege
Haugeland HMS-senter, avd Sand
Verven 1, 4230 Sand
Tel: 52 79 05 10
e-post : jarand@mac.com

Institusjonsutvalgets leder:
Knut Skyberg, overlege
Stami, Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 53 76 Mobil 90 59 31 06
e-post: knut.skyberg@stami.no

Spesialitetskomiteens leder:
Audun Veggeland, bedriftslege
Hjelp24BHT avd. HMS-Vest, Olabakken 5, 4322 Sandnes
Tel: 51 68 11 50 , Mobil 90 69 20 17
e-post: veggeland@hjelp24.no

Sekretariat:
Bjørn Oscar Hoftvedt
Dnlf, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Tel: 23 10 91 04 Mobil 91 14 24 33
e-post: bjoern.hoftvedt@legeforeningen.no

Eli Marie Berg-Hansen
Dnlf, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Tel: 23 10 91 23 – 63 99 11 14 Mob 90 06 86 89
e-post: eli.berg.hansen@legeforeningen.no
Gunn-Evy Wagenius - regnskap
Dnlf, Postboks 1152 Sentgrum, 0107 Oslo
Tel: 23 10 92 02
e-post: gunn-evy.wagenius@legeforeningen.no

Norsk forening for arbeidsmedisin - Nfam
Styret 1.6.2007 - 31.05.2009

Marit Skogstad, leder
Overlege
Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 53 88
e-post: marit.skogstad@stami.no

Trude Fossum
Overlege
Yrkes- og miljømedisinsk avdeling
Sykehuset Telemark HF, 3710 Skien
Tel: 35 00 35 00
e-post: trude.fossum@sthf.no

Tore Tynes
Overlege
Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 51 61
e-post: tore.tynes@stami.no

Hoang Tran
Bedriftslege
Bedriftshelsetjenesten
Regjeringskvartalet
Tel: 22 24 96 23
e-post: Hoang.Tran@dss.dep.no

Knut Jørgen Arntzen
Bedriftslege
Hjelp 24 Glitne AS
Pb 1293, Pirsenteret, 7462 Trondheim
Tel: 73 54 50 71
e-post: kjoerarn@online.no

Vararepresentanter:

Frode Kleppestø
Bedriftslege
FABI Partner AS
Vingveien 2, 4050 Sola
Tel:
e-post: frode@fabipartner.no

Hill Øien
Bedriftslege
Arbeidsmedisinsk senter
8400 Sortland
Tel: 76 11 05 20
e-post: hill.oien@arbmed-senter.nhn.no

NFAM/NAMF's vårkonferanse 2009

Vårkonferansen skal avholdes 10/5-12/5, og starter på Hurtigruta i Bodø. Båten reiser til Stamsund, og deretter reiser man med buss til Henningsvær.
Tema som skal tas opp her er bl.a.:

Næring i Nord. Arbeidsmedisinske problemer innen
Fiskeri, Offshore og Sjøfart
Lunge og arbeid
Arbeid og muskelskjelett

Søndag 10/5 17:45-18:45 avholdes generalforsamling i NFAM/NAMF.
Se foreningens nettsider for mer detaljert informasjon.
Påmelding til Anne Berit Iversen: Annebi@stami.no.

Brukervennlig audiometer
for effektive hørselsmålinger!

MADSEN Itera II

Fremtidens audiometer!

Lett å ta med på pasientbesøk

Taleaudiometri

Lett å bytte fra høyre til venstre øre

Smarte justerings-hjul

Forbedret pasient-kommunikasjon

Kan kobles mot din pasientdatabase, Noah, WinMed, Datamed

For mer informasjon, kontakt GN ReSound eller besøk våre websider: www.gnresound.no.

GN ReSound AS, tlf 22 47 75 30,
faks 22 47 75 50, info@gnresound.no

GN ReSound

Husk å kalibrere måleinstrumentene.
Kontakt oss for informasjon og tilbud.

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Kurs i aktuell arbeidsmedisin

28. – 30. januar 2009,
Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)

Målgruppe: Primært arbeidsmedisinere. Åpent for andre med interesse for sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse

Målsetting: Gi et bedre etterutdanningstilbud innen aktuelle tema om arbeidsmiljø og helse

Godkjenninger: Kurset er godkjent tellende 17 t i spesialitetene allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin for leger, og 17 t i klinisk sykepleie for sykepleiere/spesialsykepleiere. Der er også søkt godkjent i spesialiteten helse- og miljøarbeid for fysioterapeuter, og i spesialitetene arbeidshelse og folkehelse for ergoterapeuter.

Kursavgift: Kr 3500 for undervisning, kursmateriell og servering

Påmeldingsfrist: 15. desember 2008

Påmelding: Via elektronisk påmeldingsskjema på www.stami.no

Program:

Onsdag 28.01.09
Fremtidens arbeidstakere

09:00 - 09:30 Registrering
09:30 – 09:35 Velkommen
09.35 – 10.15 Annerledeslandet – norske utviklingstrekk i forhold til arbeid, utdanning og livsløp
Professor Ivar Frønes, Inst. for sosiologi og samfunnsgeo., UiO
10.20 – 11.00 Professor Ivar Frønes, UiO, fortsetter
11.30 – 12.30 Ungdom og rus
Professor Helge Waal, Institutt for psykiatri, UiO
12.30 – 13.30 Lunsj
13.30 – 14.15 Psykisk helse og livsstil blant ungdom
Forsker Lars Lien, Institutt for allmenn- og samf.med, UiO
14.30 – 15.15 Kostvaner blant ungdom
Professor Christian Drevon, Avdeling for ernæringsvitenskap, UiO

Idrett og arbeidsmiljø

15.30 – 16.15 Lukten av gull – Arbeidsmiljøet i smørebua
Baard Freberg, landslagslege for skiskytterlandslaget

Torsdag 29.01.09
Krise- og konflikthåndtering i bedriftene

08.30 – 09.15 Forebyggelse av psykiske skader ved kriser
Psykiater Jon Reichelt, major og sjef for Forsvarets kontor for psykiatri og stressmestring.
09.30 – 10.15 Oppfølging av psykiske traumer
Psykiater Jon Reichelt forts.
10.45 – 11.30 Arbeidsmedisinerens plass i krisehåndtering
Spes. i arbeidsmed. Lisbeth Iuell Dahl, KAM, Hjelp24HMS
11.45 – 12.30 Kollegastøtte
Professor Roald Bjørklund, Institutt for psykologi, UiO
12.15 – 13.30 Lunsj
13.30 – 14.15 Konflikthåndtering
Bedriftslege Hill Øyen, Arbeidsmedisinsk senter, Sortland

Nytt om bedriftshelsetjenesten

14.45 – 15.30 Siste nytt om sertifisering av BHT og utvidet bransjeforskrift
Overlege Arve Lie, Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi, STAMI

Fredag 30.01.09
Andre aktuelle temaer for BHT

08.30 – 09.30 Nytt fra Arbeidstilsynet
09.45 – 10.30 10 fjellvettsregler for bedriftsleger
Forsker/overlege Knut Skyberg, Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi, STAMI
10.45 – 11.30 Rydding i eget hus. Varslingsrutiner på STAMI
Bedriftslege Viktor Klock, Oslo HMS-senter
11.45 – 12.30 Aktuelt forskningsprosjekt STAMI
12.30 – 12.45 Avslutning og evaluering

KOLON | Foto: Anne Lise Norheim | 082213

ExxonMobil i Norge driver aktiviteter innen olje- og gassproduksjon, raffinering, samt markedsføring og salg av petroleumsprodukter. Målt i omsetning er ExxonMobil landets 4. største selskap. Selskapet produserer 10 % av all norsk olje og gass, har eget raffineri ved Tønsberg og en markedsandel på 21 % innen drivstoff og petroleumsprodukter.

ESSO Norge AS søker

Bedriftslege

i 50 % stilling til vårt hovedkontor på Forus, Stavanger.

Arbeidsoppgaver:

- Forebyggende helsearbeid
- Målrettede helsekontakter
- Undervisning og veiledningsvirksomhet
- Beredsskapsoppgaver (ikke vaktordning)

Kvalifikasjoner:

- Spesialist i Arbeidsmedisin er ønskelig
- Erfaring som bedriftslege
- Må beherske engelsk muntlig og skriftlig
- Det legges vekt på evne til såvel selvstendighet som team-arbeid

Vi kan tilby utfordrende arbeidsoppgaver i et internasjonalt arbeidsmiljø. Avd. for Helse og Arbeidsmiljø på Forus, Skøyen og Slagen er en egen støttefunksjon for ExxonMobils aktiviteter i Norge. Teamet består av Bedriftsleger, Bedriftssykepleiere, Ergonomirådgivere og Yrkeshygienikere.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til bedriftsoverlege Erik Dahl-Hansen, tlf. 907 82 601, eller bedriftslege Hans Egil Eckhoff, tlf. 975 24 988.

Ytterligere opplysninger og søknadsskjema finner du på våre hjemmesider
www.exxonmobil.no
Søknadsfrist er 20. des. 2008.

Esso Mobil On the Run

ESSO NORGE AS
Et datterselskap av ExxonMobil

ExxonMobil
Tar tak i fremtidens energiutfordringer.™

Returadresse:
Cox Bergen
C. Sundtsgt. 51
5004 BERGEN

VED JERNMANGEL OG JERNMANGELANEMI

Å finne et jernpreparat som tåles bra er ikke lenger et spørsmål om flaks…

NIFEREX®

Niferex «Schwarz Pharma»
Jernpreparat. ATC-nr.: B03A A03

KAPSLER, harde 100 mg:
Hver enterokapsel inneh.: Ferroglysinsulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe $^{2+}$ 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff:(gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171)
Indikasjoner: Jernmangel.
Dosering: *Voksne og barn over 6 år:* 1 enterokapsel daglig. Ved mer utpreget jernmangelanemi kan voksne og ungdom over 15 år eller som veier minst 50 kg øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. Maks daglig dose 5 mg/kg kroppsvekt. **Enterokapslene må svelges hele uten å tygges sammen med 1/2 glass vann.** Enterokapslene inneholder granulat som kan tømmes ut og svelges med rikelig vann. Niferex bør ikke tas samtidig med mat. Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernreservene i kroppen. Barn under 6 år bør ikke bruke preparatet uten anvisning fra lege.
Kontraindikasjoner: Øsofagusstriktur. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Haemochromatose og andre tilstander med jernoverskudd.
Forsiktighetsregler: Jernpreparater kan forårsake forgiftninger, spesielt hos barn. Spesiell forsiktighet må utvises hvis annet kosthold og/eller jernsalttilskudd brukes. Spesiell forsiktighet må også utvises ved bruk av Niferex hos pasienter med hemolytisk anemi, hemoglobinopati, myelodysplasi og ved tilstander med forstyrrelse i opptak eller lagring av jern.
Interaksjoner: (I: B03A A jern II-verdig, orale preparater)
Graviditet/Amming: Ingen kjente risikoer.
Bivirkninger: Gastrointestinale bivirkninger som diaré, forstoppelse, plager i øvre delen av maven, halsbrann og brekninger kan forekomme. Frekvensen øker med økende dose. Til de sjeldne bivirkningene hører eksantem. Avføringen kan få en mørk farge.
Overdosering/Forgiftning: (F:37 d jerntabletter).
Egenskaper: *Klassifisering:* Toverdig jernpreparat. *Absorpsjon:* Enterokapslene inneholder granulatkorn som er uløselige i mavesaft. Selve enterokapselen løses opp i maven. Granulatkornene holder seg intakte til de slippes ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen jernglysinsulfat raskt. Hos pasienter med tømte jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95 % av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse.
Pakning: 50 stk.

Representant i Norge: Jan F Andersen A/S
Postboks 1132 Flattum, 3503 HØNEFOSS
Tlf.: 61 31 49 49, Faks: 61 31 49 50

JAN F. ANDERSEN A/S
JFA LEGEMIDLER • INSTRUMENTER