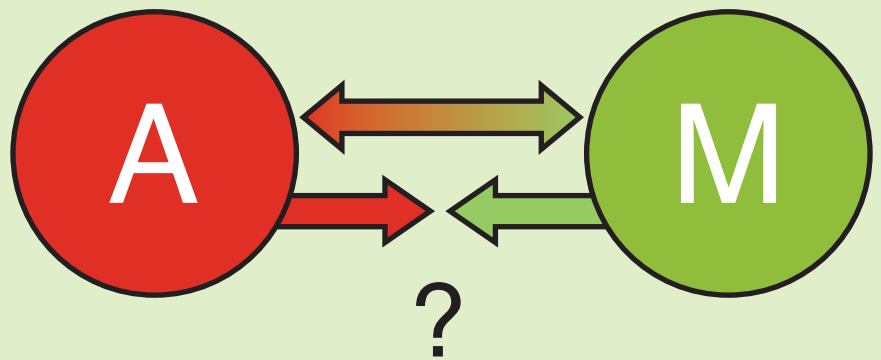


Helserådet **Rapport**

13. november 2015, 23. årgang

HelserådetNytt om samfunnsmedisin og
folkehelsearbeid■ Innholdsfortegnelse
s. 2

Arbeidsmedisin og miljømedisin



Nærhet eller avstand

INNHold NR. 19/15

Arbeidsmedisin og miljømedisin – to sider av samme sak? Hvorfor ikke arbeide tettere sammen? <i>Anders Smith</i>	3
De arbeidsmedisinske avdelingenes bidrag til den kommunale miljømedisinen. <i>Fra Telemarksforskning</i>	5
Utvikling og status for de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge. <i>Axel Wannag</i>	18
Faget arbeidsmedisins historie i Norge – et overblikk. <i>Axel Wannag</i>	33
Er arbeidsmedisin og miljørettet helsevern to adskilte fagområder som ikke har noe med hverandre å gjøre, eller er det et felles fagområde, men som utspilles på ulike arenaer? – Med særlig fokus på 2. linjefunksjoner. <i>Jan Haanes</i>	35
Miljø og helse – arbeidsmedisin og folkehelse. Et felles ansvar for arbeids-, miljø- og samfunnsmedisinen. <i>Jan Vilhelm Bakke</i>	38
Strategi for utvikling av miljømedisinsk annenlinjetjeneste i Norge. <i>Tor Erik Danielsen</i>	44
Etablering av fire regionale sentre for astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner. <i>Anders Smith</i>	45
Mulighet for miljømedisin. <i>Bjørn Hilt</i>	46
Kan STAMI gjøre noe for miljømedisinen? <i>Sture Bye</i>	46
Seneste «vareopptelling» av kommunenes arbeid med miljørettet helsevern. <i>Anders Smith</i>	47

Helserådet

Postboks 6680 St. Olavs plass, 0129 Oslo.

Utgever av dette nummer: Helserådet Rapport

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: ande-smi@online.no Tlf. 92 89 56 16.

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Arbeidsmedisin og miljømedisin: Nærhet eller avstand?

Arbeidsmedisin og miljømedisin – to sider av samme sak? Hvorfor ikke arbeide tettere sammen?

Av Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'. Seniorrådgiver (nå emeritus) i avd. miljø og helse, Helsedirektoratet.

Det har lenge vært behov for å styrke kommunenes arbeid med miljørettet helsevern. Vi kan like gjerne også snakke om «armoden» i norsk miljørettet helsevern, dvs. at mange kommuner ikke har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å møte de problemer som skyldes faktorer i det ytre miljøet der folk bor eller oppholder seg.

Flere steder i landet har kommuner gått sammen og etablert interkommunale ordninger for miljørettet helsevern hvilket utvilsomt har bidratt til en bedre tjeneste. Allikevel mangler kommunene et regionalt ledd som kan støtte kommunene i deres faglige arbeid med miljørettet helsevern. Slik det er i dag, finner kommunene kun faglig støtte i Folkehelseinstituttet i tillegg til enkelte institutter og direktorater som yter hjelp innenfor begrensede områder.

Helsedirektoratet har gjennom flere år vært opptatt av å sikre tilstrekkelig støtte for dette arbeidsfeltet og avholdt en rundebordskonferanse om temaet den 13. januar i år. Særlig var vi opptatt av om og hvordan eventuelt arbeidsmiljø-aktørene kunne tenkes å bidra til å støtte arbeidet med miljørettet helsevern ute i kommunene.

Artiklene i dette spesialnummeret av 'Helserådet' er et resultat av forberedelsene til og av det som ble presentert på selve konferansen. Vi har også tatt med en omtale av en rapport som Telemarkforskning ga ut i 2009: «Arbeidsmedisin i vakuum?» (TF-rapport nr. 251, 2009). Oppdraget bak denne rapporten kom fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og gikk på å evaluere det arbeidsmedisinske tilbudet avgrenset til de arbeidsmedisinske avdelingene og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Mandatet var å utrede spørsmål som angår de arbeidsmedisinske avdelingenes (inkludert STAMI's) kompetanse, kapasitet, samarbeid, kvalitet, organisering, rammebetingelser, prioriteringer, ivaretagelse av pasientrettigheter, samt STAMI's koordineringsrolle.

Lovgivningen sammenfatter kommunenes oppgaver på feltet under nettopp betegnelsen Miljørettet helsevern. I Folkehelseloven med virkning fra 1.1.2012 har miljørettet helsevern fått et eget kapittel (kapittel 3) og er omtalt slik innledningsvis:

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Loven sier imidlertid intet konkret om hva miljørettet helsevern er. Men av forskriften om miljørettet helsevern av 25. april 2003 og senere tillegg, kan vi med nokså stor grad av presisjon formulere det slik:

Miljørettet helsevern er en oppgave/forpliktelse.

For hvem:

1. For private og offentlige virksomheter og eiendommer hvis forhold direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse har en forpliktelse til å føre tilsyn med egen virksomhet. Dette kalles *internkontroll*.
2. For kommunen som skal føre tilsyn med disse virksomhetene eller eiendommene. Denne tilsynsoppgaven er det som i lovverket, både nå og i den tidligere kommunehelsetjenesteloven, kalles for kommunens miljørettede helsevern.
3. For Fylkesmannen som skal føre tilsyn med kommunens miljørettede helsevern (d.v.s. som skal føre *tilsyn med tilsynet*).

I og med at Folkehelseloven slår fast at det nå er *kommunen som sådan* som har ansvar og oppgaver innen folkehelsearbeidet, er det ikke lenger naturlig at kommunens miljørettede helsevern er å anse som en helsetjeneste. Det betyr ikke at leger eller helsesøstre ikke lenger skal arbeide med miljørettede helsevernoppgaver, men nå skal alle som arbeider med slike oppgaver gjøre dette på *vegne av rådmannen*. Og det er mye god fornuft i et syn som dette. Dette er understreket i flere offentlige dokumenter fra de senere årene, f. eks. «Det er bruk for alle» (NOU 1998:18) og «Helse i alt vi gjør» (kfr. Forslag til ny folkehelselov 2010). Det betyr at *alle* kommunale etater og avdelinger kan og bør trekkes inn i folkehelsearbeidet, og kommunen må også føle det som en rett og en plikt å rette henvendelser til aktører utenom den kommunale forvaltningen for å få hjelp til å vurdere og løse sine problemer som har med de ytre miljøfaktorene å gjøre. Det inkluderer også behovet for hjelp til kartlegging av de faktorer som «direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen».

En av de instansene som befinner seg utenfor kommunene og som understøtter kommunene i deres arbeid med miljørettet helsevern, er Folkehelseinstituttet. Her har det gjennom mange år, helt siden Instituttet ble opprettet i 1929, vært en forutsetning at man skulle yte hjelp og faglig støtte til kommunene. Tradisjonelt har det dreid seg om arbeid og støtte i smittevernsaker. Men instituttet har gjennom mange år allerede arbeidet med kjemiske og fysiske oppgaver også, ja sågar involvert seg både i psykososiale og rent sosiale problemstillinger (kfr. sosial ulikhet i helse). Det er etter hvert blitt stilt større krav og forventninger til Folkehelseinstituttet når det gjelder støtte

og beredskap på kjemikalieområdet. Det gjøres også mye godt arbeid fra instituttets side når det gjelder helsestatistikk og epidemiologi. Det økte forventningene og kravene til Folkehelseinstituttet fremgår bl. a. i den nye folkehelseloven hvor instituttet har fått sin egen paragraf: (§ 25 *Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar*).

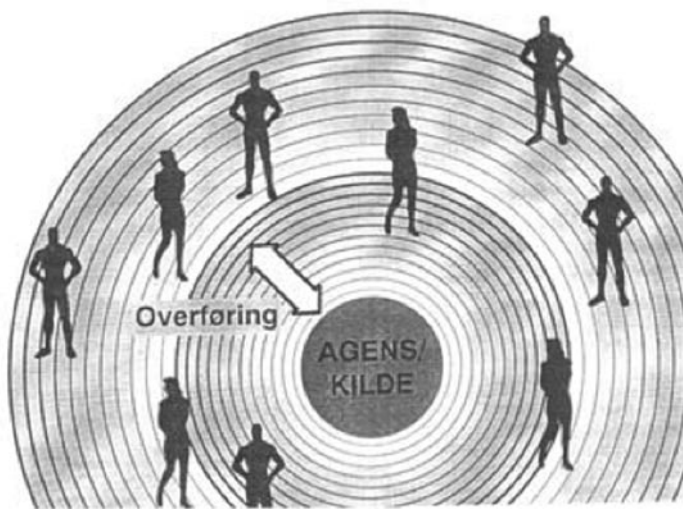
Men det er også andre aktører som synes aktuelle og som på samme måte kan representere en ressurs for kommunene. Noen steder og noen ganger trer behovet for en slik tilleggsressurs tydeligere frem, en ressurs med spesiell kompetanse og kanskje også noe kapasitet til å understøtte deler av det kommunale arbeidet med miljørettet helsevern. Det tenkes her først og fremst på de arbeidsmedisinske avdelingene i de regionale helseforetakene, d.v.s. både ved de fire universitetsklinikkene, men også i enkelte andre helseforetak. Etter tankesplojningen i Gulen kommune i 2007, erfarte vi hvilken betydelig ressurs Helse-Vest v/ Yrkesmedisinsk avdeling i Helse-Bergen representerte når det gjaldt oppfølgingen av befolkningen over flere år. Helse-Nord v/ sin arbeids- og miljømedisinske avdeling har gjennom mange år ytet bistand til mange av kommunene i Nord-Norge vedrørende miljømedisinske problemstillinger og analyser.

Helsedirektoratet har overfor Helse- og omsorgsdepartementet gjort spesielt oppmerksom på muligheten for et tettere samarbeid mellom arbeidsmedisinen og kommunalt miljørettet helsevern. I Prop. 1S 2013 – 2014 uttaler HOD under avsnittet om miljørettet helsevern:

Kommunene skal styrkes som tilsynsmyndighet. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendom som direkte eller indirekte har betydning for helsen. Helsedirektoratet har ansvar for å veilede kommunene og er i gang med å utvikle tilsynsveiledning og standarder for godt folkehelsearbeid. Det er behov for å utvikle bedre støttefunksjoner. Det er aktuelt å vurdere om de arbeids- og miljømedisinske sentrene i helseforetakene bør utvikles til regionale kompetansemiljøer på miljømedisin.

En viktig del av miljømedisinen representeres av problemstillinger knyttet til astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner. Innenfor dette området har det gjennom noen år vært arbeidet med å få etablert regional kompetanse, og i november 2010 besluttet regjeringen at det skulle «opprettes tverrfaglige regionale kompetansemiljøer på astma og allergi.» Det ble i samme forbindelse uttalt at de regionale kompetansemiljøene «skal gi rådgivning og opplæring til den lokale helsetjenesten for å sikre et best mulig behandlingstilbud lokalt for den enkelte pasient» og at «målet er å sørge for et tettere samarbeid mellom fagfolkene, for å sikre at pasientene får rett diagnose og avdekke eventuell feilbehandling». Arbeidet med å etablere disse regionale kompetansemiljøene er nå blitt konkretisert i form av tverrfaglige regionale kompetansesentre fire steder i landet. På tre av stedene ser det ut til at kompetansesentrene vil bli integrert i eller lagt til de yrkesmedisinske avdelingene. I en egen artikkel i dette nummeret av 'Helserådet' har vi en noe nærmere omtale av bakgrunnen for tanken om opprettelse av disse sentrene.

Andre aktører utenom kommunene som er aktuelle for understøttelse av kommunenes arbeid med miljørettet helsevern, kan være Statens strålevern, Direktoratet for sivil beredskap, Mattilsynet, Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Arbeidstilsynet, Miljødirektoratet, Fylkeskommunen og Fylkesmannen. Noen av disse instansene er organisert som en felles sentral enhet, mens andre også har en regional eller fylkesbasert «filial». Flere av disse har en betydelig myndighetsrolle.



Dette spesialnummeret er opptatt av at Folkehelseinstituttet i dag er den viktigste sentrale og faglige støtteinstans for kommunenes miljørettede helsevern. Kommunene og Folkehelseinstituttet har *miljømedisinen* som et felles arbeidsområde. Men Folkehelseinstituttet har begrenset kapasitet og kan ikke forventes å være en annenlinje-instans for alle de oppgaver og spørsmål som kommunene måtte ha innenfor området miljørettet helsevern. Det er her at spørsmålet reiser seg: er det andre innenfor miljømedisinen i vid forstand som peker seg ut som en slags annenlinjetjeneste for kommunenes miljørettede helsevern: en instans som kan vurdere spørsmål og problemstillinger, foreta analyser og målinger som den enkelte kommune ikke selv kan forventes å håndtere? Det dreier seg om vurderingen av *agens* som befinner seg i en *kilde* og at kilden lekker eller kan lekke ut mot *mottagelige personer* «der ute». Helt analogt med smittevernet: **agens – kilde – overføringsvei – mottagelig person:**

I dette spesialnummeret av 'Helserådet' forfølger vi idéen og muligheten for et tettere samarbeid mellom Arbeidsmedisin og kommunalt Miljørettet helsevern med henblikk på at de arbeidsmedisinske avdelingene ved våre helseforetak kan utvide sitt arbeidsområde til også å gjelde kommunene. En slik utvidelse vil selvsagt kreve nærmere utredninger, bl. a. når det gjelder organisatoriske og økonomiske forhold.

Resten av artiklene i dette spesialnummeret av 'Helserådet' omtaler mye av bakgrunnen for opprettelsen av Arbeidstilsynet, de yrkesmedisinske avdelingene ved flere av sykehusene og Statens arbeidsmiljøinstitutt. Dette gjøres for å belyse hvorvidt den presenterte tanken om et tettere samarbeid mellom arbeidsmedisin og kommunalt miljørettet helsevern kan ha noe for seg.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 42. Stikkord: Arbeidsmedisin – miljømedisin

De arbeidsmedisinske avdelingenes bidrag til den kommunale miljømedisinen

Telemarkforskning ga i 2009 ut en rapport «Arbeidsmedisin i vakuum?» (TF-rapport nr. 251, 2009). Oppdraget bak denne rapporten kom fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og gikk på å evaluere det arbeidsmedisinske tilbudet avgrenset til de arbeidsmedisinske avdelingene og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Mandatet var å utrede spørsmål som angår de arbeidsmedisinske avdelingenes (inkludert STAMI's) kompetanse, kapasitet, samarbeid, kvalitet, organisering, rammebetingelser, prioriteringer, ivaretagelse av pasientrettigheter, samt STAMI's koordineringsrolle.

I sammendraget til Telemarkforskings rapport slås det fast at ansvaret for det arbeidsmedisinske tilbudet sorterer under to departementer; Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) som har ansvaret for STAMI og BHT (bedriftshelsetjenesten – red. anm.) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som har ansvar for de arbeidsmedisinske spesialistavdelingene. Om disse avdelingene sier Telemarkforskning: «Fagfeltet vi undersøker her, er en del av medisinen, men den politiske og institusjonelle konteksten det fungerer innenfor, skiller seg mye fra spesialisthelsetjenesten for øvrig. Fagfeltet er i all hovedsak organisert under HOD, men der er dets status ambivalent og usikker.» Og videre: «Den mest grunnleggende utfordringen er at fagfeltet savner ansvarlige myndigheter som ønsker og evner å forvalte ansvaret for det.»

Allerede her ser vi at det er to departementer som er inne på området *Arbeidsmedisin*. Ett av disse departementene, HOD, har også ansvar og oppgaver innen kommunalt miljørettet helsevern. Men HOD har hittil ikke vist noen evne eller vilje til å se på de arbeidsmedisinske avdelingene som bidragsyter eller støtte for kommunenes miljørettede helsevern.

Arbeids- og miljømedisin i de regionale helseforetakene

Under et eget punkt (punkt 2.4 Arbeids- og miljømedisin) sier rapporten fra Telemarkforskning:

«Det er ulike oppfatninger om hvorvidt miljømedisinske problemstillinger og arbeidsoppgaver skal være en del av virksomheten ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Skillet ser ut til å gå mellom på den ene siden helsemyndighetene og ansatte i helsevesenet, og på den andre siden myndigheter, ansatte og fagorganisasjoner som representerer arbeidslivet. I beskrivelsen av fagfeltet yrkesmedisin i NOU 1988:41 diskuteres ikke en eventuell grensegang mellom yrkesmedisin og miljømedisin, og begrepet miljømedisin brukes uten noen nærmere definisjon. En av avdelingene (Rikshospitalet) som ble foreslått opprettet i NOU'en, har miljømedisin i navnet. I omtalen av den planlagte avdelingen sies det ingenting om spesielle funksjoner knyttet til miljøet utover arbeidsmiljø. I dag har to av avdelingene miljømedisin i navnet, og en tredje har fått miljømedisinske oppgaver fra Helsedirektoratet. Det ligger utenfor vårt mandat å gå dypt inn i denne problemstillingen, men vi mener det er grunn til å vie det noe oppmerksomhet fordi det ser ut til å være uavklart hvilken rolle miljømedisin har i det arbeidsmedisinske feltet. Det er også ut til å være ulike forventninger til de arbeidsmedisinske avdelingenes ansvar for miljømedisinske problemstillinger. Dette berører problemstillingene vi skal undersøke som angår hva de arbeidsmedisinske avdelingene er pålagt av oppgaver, hvilke oppgaver de utfører i praksis, og om de har kapasitet til å ivareta de pålagte oppgavene. I informasjonen under legeforeningens hjemmesider finner vi følgende:

....(..) Etter hvert har det både nasjonalt og internasjonalt blitt vanlig også å ta med i fagområdet beslektede problemstillinger innen miljømedisin. Den norske lægeförening går ikke inn for at det opprettes egen spesialitet i miljømedisin, men at fagområdet dekkes av eksisterende spesialiteter, i særlig grad arbeids- og samfunnsmedisin. Dette søkes reflektert i spesialistutdanningen i arbeidsmedisin. For arbeidsmedisinen er det naturlig å dekke de helsemessige aspektene ved eksponeringer i miljøet som er av omtrent samme slag som i arbeidsmiljøet (f. eks. kjemiske eksponeringer og inneklimateproblemer), herunder forebyggende virksomhet. Tradisjonelt har eksponeringene i arbeidslivet oftest vært høyere enn i det generelle miljø, etter hvert begynner lavdoseproblematikk i større grad å bli felles for mange eksponeringer både i og utenfor arbeidsmiljøet.

Legeföreningens definisjon inkluderer altså miljømedisin i det arbeidsmedisinske virkefeltet.

Ingen av de arbeidsmedisinerne vi har spurt, sier at miljømedisin ikke hører med i det arbeidsmedisinske virkefeltet, men noen er mer opptatt av temaet enn andre. Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved Universitetet i Nord-Norge og Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus har tydeligst formidler erfaringer med problemstillinger knyttet til miljømedisin.

Representantene for AID, ledelsen ved STAMI og arbeidstaker-/arbeidsgiverorganisasjonene er imidlertid klare på at miljømedisin ligger utenfor det de ønsker skal være fokus for de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene. De arbeidsmedisinske sykehusavdelingene er i følge egne rapporter presset på oppgaver, og i referansegruppa for denne evalueringen blir det stilt spørsmål ved om miljømedisin representerer en «tidstyv» som bidrar til å redusere kapasiteten på de arbeidsrelaterte oppgavene. Vi har valgt å vie dette spørsmålet noe oppmerksomhet fordi det ser ut til å ha betydning for flere informanter og enkelte av de arbeidsmedisinske avdelingene.»

I kapittel 3 i Telemarkforskings rapport omtales de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI.

Som to av sine 5 hovedoppgaver omtales følgende fra **Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN:**

- De får henvendelser fra kommuneleger, BHT, virksomheter, miljøretta helsevern, media, privatpersoner m. fl. (gir råd pr. tlf og brev, arrangerer kurs, lærer opp i bruk av måleinstrument, risikokommunikasjon)

- Oppdrag/prosjekter. Ved konkrete problemstillinger der 1. linjetjenesten har behov for det, kan avdelingen ta på seg oppdrag eller lage felles prosjekt. Avdelingens instrumentpark brukes der det er relevant.

Avdelingen slår fast at de også yter miljømedisinske tjenester.

Av omtalen av **Seksjon for Arbeidsmedisin (YMA), Sykehuset Telemark HF** fremgår det ikke at man yter noen bistand til kommuner, miljørettet helsevern o.l.

Avdeling for miljø- og yrkesmedisin (AMY) ved Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål omtaler følgende som én oppgave utenom arbeidsmedisinske problemstillinger: Forebygging: mange telefonhenvendelser fra publikum (om mugg i bygninger, asbest, med mer) ...

Heller ikke **Yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus** omtaler oppgaver utenom det arbeidsmedisinske fagfeltet. Dog skal det minnes om hvilken betydelige innsats nettopp denne avdelingen gjorde i forbindelse med oppfølgingen av befolkningen i Gulen og Masfjorden fra 2008 – 2013 etter tankeeksplosjonen i Sløvåg i 2007. Se mer om dette under avsnittet nedenfor.

Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital HF sier om seg selv når det gjelder oppgaver hvorav noen muligens finner sted også utenom det arbeidsmedisinske fagfeltet:

- Rådgiver for enkeltpersoner, arbeidsliv, partene i arbeidslivet, myndigheter, bedrifter, leger, jordmødre, direktorater etc.. andre del av helsetjenester.

Opgavene for **Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)** skal ikke omtales nærmere her. Som det fremgår av ovenstående har dette instituttet utelukkende oppgaver og ansvar knyttet til det arbeidsmedisinske fagfeltet.

Nedprioritering av miljømedisinske oppgaver

Telemarksforskings rapport omtaler i avsnitt 4.4 2 nedprioriteringen av miljømedisinske oppgaver i de arbeidsmedisinske avdelingene slik:

«Vi har ikke avdekket noen uenighet i det arbeidsmedisinske miljøet i sykehusavdelingene om hvorvidt miljømedisin er en del av faget eller ikke. Temaet betones imidlertid ulikt ved de ulike avdelingene.

Ved AMA i Tromsø, hvor temaet kanskje vektlegges mest, mottar avdelingen mange henvendelser som har miljømedisinsk karakter. For eksempel om utslipp fra ilandføringsanlegget for gass på Melkøya, eller om frykt for utslipp fra PCB holdige lysarmaturer på skolen i Torsken kommune. Etter utslippet på Melkøya stod det i Finnmark Dagblad: «Sotet kan gi kreft». Det hadde kommet flere runder med nedfall av sot i Hammerfest, og Hydro/Statoil hadde ikke informert skikkelig. Kommunelegen kontaktet AMA og Folkehelse. AMA tok på seg oppdraget med å undersøke hva slags type eksponering det dreide seg om, samt gjøre en vurdering av mulige helseeffekter. Deretter laget de brosjyrer som de delte ut på folkemøte i Hammerfest. Arbeids- og miljømedisinsk avdeling bidro gjennom det de fant til å dramatisere hendelsen, noe som ga kommunelegen viktigstøtte i den lokale håndteringen av saken. I Gulen-saken var det i lang tid ikke noe fagmiljø som støttet kommunelegen på en tilsvarende måte. Det bærer den langtrukne og på mange måter i utgangspunktet skakkjorte saken preg av, mener våre informanter ve AMA UNN. I saker som dette bør fagfolk med tilstrekkelig kompetanse inn tidlig. Da vil en kunne få vurdert eksponeringer, deres mulige helseeffekter og relevante tiltak. Om så ikke skjer, vil det ofte oppstå en overdrevet frykt og feilfokusering, noe som kan sette seg som mer varige traumer hos en del av de berørte. Derfor er risikokommunikasjon en sentral oppgave som må ivaretas.

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling har ved flere anledninger tatt på seg oppdrag med risikokommunikasjon fordi de opplever at ingen andre har kompetanse eller kapasitet til å gjøre det. Folkehelse er et alternativ, forteller avdelingslederen, men de har meldt i fra at de ikke har kapasitet til å yte slike tjenester på generell basis til det miljøretta helsevernet i landets kommuner. Fordi avdelingen har fått redusert ressursene til miljømedisin (gjennom nedbemanning), blir denne oppgaven nå forvaltet på sparebluss, og avdelingen markedsfører i liten grad denne kompetansen på grunn av redsel for pågang av henvendelser.

En annen avdeling som har erfaring med håndtering av miljømedisinske problematikker, er avdelingen i Bergen. Her kom utfordringen i form av en forespørsel om å lede utredningen etter Vest Tank-ulykken Sløvåg.

I juli 2008 forespurte Helsedirektoratet Helse Bergen om å gjennomføre en helseundersøkelse etter Vest Tank-ulykken i mai 2007 i Gulen kommune. Undersøkelsen blir gjennomført av yrkesmedisinsk avdeling ved Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus. Bakgrunnen for at Helsedirektoratet ønsket en helseundersøkelse av de eksponerte et år etter ulykken, var usikkerhet om hvilke kjemikalier, i tillegg til svovelholdige stoff, som hadde vært i tankene. Avfallet var enda ikke fjernet, og de eksponerte hadde fremdeles helseplager. Som en følge av vedvarende plager og luktproblemer har forholdene i Gulen kommune blitt undersøkt av flere instanser (jfr. <http://www.helse-bergen.ni/sloevaag/rapporatar/>). Fra lokalbefolkningen har det kommet fram kritikk mot sentrale helsemyndigheter, og i følge brev fra Helsedirektoratet er det uttrykt manglende tillit til vurderingene i rapporten fra Folkehelseinstituttet. Dette er bakgrunnen for Helsedirektoratets anmodning til Helse Bergen om å gjennomføre en helseundersøkelse. (Red. anm.: Helseundersøkelsene ble gjentatt flere ganger, og oppfølgingen ble avsluttet i 2013. Det er utarbeidet en sluttrapport om saken).

De intervjuede forteller at samarbeidet mellom de ulike instansene som har deltatt i undersøkelsen, har fungert bra, men det er åpenbart at gjennomføring av prosjektet innebærer en belastning på den yrkesmedisinske avdelingens kapasitet, og særlig innen yrkeshygiene. Det fører i følge våre informanter til at ventetiden for henvisninger blir lengre.

Ved YMA i Skien ser de også behovet for en fungerende og tilgjengelig annenlinjetjeneste på dette feltet. Flere ansatt ved avdelingen forteller at de kunne ønske med miljømedisinsk fokus, og i den forbindelse et samarbeid med samfunnsmedisinere og samarbeid ute i kommunene. Avdelingen har regelmessige henvendelser og utredninger, f. eks. inneklimate på skoler, utslipp fra tankanlegg, problemer i forbindelse med søppelanlegg etc.

Ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital, har det vært svært lite kontakt med miljørettet helsevern i kommunene, bortsett fra ved et par anledninger de siste 20 årene der ansatte ved avdelingen har vært rådgivere for kommuneleger og andre i enkeltsaker om fysiske og kjemiske miljøfaktorer. Avdelingen har også noe prosjektsamarbeid med Miljøavdelingen i Trondheim kommune og er med i en gruppe sammen med Trondheim kommune, SINTEF og NTNU som arbeider for opprettelse av et nasjonalt kompetansesenter for inneklimate i Trondheim.

Hva har Helsedirektoratet sagt om de arbeidsmedisinske avdelingenes bidrag til miljømedisin?

Nedenstående er hentet fra Telemarksforskings rapport, kapittel 7 som har overskriften «Interessenter». Her presenteres resultater fra intervju med bl. a. representant fra Helsedirektoratet. Dette er gitt avsnittsnummer 7.7.4 og overskriften «Miljømedisin».

I følge representanten for Helsedirektoratet ligger det miljømedisinske fagfeltet inn under Folkehelseinstituttet og Miljørettet helsevern i kommunene. Helsedirektoratet mener at de arbeidsmedisinske avdelingene burde arbeide mer i forhold til miljømedisinske problemstillinger, og at det i dag bare er avdelingen i Tromsø og dels avdelingen i Bergen som arbeider med dette feltet. Dette begrunnes i at folk har de samme vanene på og utenfor arbeidsplassen, som kosthold og røyking. De mener at felles tiltak mot for eksempel tobakksskader, fysisk aktivitet og liknende hadde vært spennende, siden man da kan bruke arbeidslivet som arena for helsefremmende arbeid. Direktoratet påpeker også at eksponeringer av ulik art i mange tilfeller er de samme for de ansatte som for samfunnet for øvrig, som eksempelvis når det gjelder Legionellabakterien. Det er derfor et behov for en samordning av de arbeidsmedisinske og miljømedisinske fagfeltene, i følge direktoratet. Og som Norsk Industri sier det "Miljøgiftene blir jo produsert et sted!".

Norsk Industri sammen med både NHO og LO mener at arbeidsmedisin og miljømedisin til dels har mye felles når det gjelder det metodiske og utstyrmessige. Det er likevel en skepsis blant organisasjonene til at de arbeidsmedisinske avdelingene skal inkludere det miljømedisinske fagfeltet. Dette uttrykkes slik fra LO sin representant:

Det som er skadelig inni fabrikken, er også skadelig utenfor og sånn sett er det en nær sammenheng. Men vi er litt engstelige for at fokuset skal flyttes fra arbeidsmiljøet, siden det er mer enn nok oppgaver innenfor dette feltet allerede. På den annen side er det ofte et misforhold i forhold til risikovurdering innenfor arbeidsmiljø sammenliknet med folkehelse. Å inkludere begge områder kan bidra til å skjerpe kravene i arbeidsmiljøsammenheng.

LO sin representant sier at dreiningen mot det miljømedisinske feltet kommer som en følge av et ønske om nye arbeidsområder og markeder. NHO mener at en slik markedstilpasning og samordning kan være regningsssvarende og fornuftig for de små avdelingene. Disse avdelingene kan styrkes ved at deres fagområde utvides og at de kan være tilgjengelig for miljømedisinske problemstillinger. I følge Norsk Industri er det i EU en stor fokus på biologiske miljøfaktorer i befolkningen, og det finnes store forskningsprogram innenfor dette. Problemstillinger innenfor biologiske miljøfaktorer-feltet har en felles metodikk i miljø- og arbeidsmedisin, og i mange tilfeller er eksponeringen både i arbeidslivet og i samfunnet for øvrig.

Brukere av de arbeidsmedisinske avdelingene

Dette er overskriften på kapittel 8 i Telemarksforskings rapport. Nedenfor gjengis, og med den opprinnelige avsnittsnummereringen, de avsnittene som er relevante i forhold til temaet for dette spesialnummeret av 'Helserådet'.

8.1.2 Fastlegene

Undersøkelsen til fastlegene ble organisert via Legeforeningen på den måten at spørreskjemaene ble sent ut elektronisk via foreningen. Det ble sendt ut i alt 500 skjema, hvorav halvparten fra en liste med registrerte brukere og halvparten tilfeldig valgte. Det var kun 72 som besvarte skjemaet. Det vil si at svarprosenten var bare på 15 prosent. Dette er såpass lav svarprosent at det vil knytte seg mye usikkerhet til tallmaterialet. Samtidig kan den lave svarprosenten tolkes i retning av at det er mange av legene som ikke har noen formening om emnet eller som ikke anser arbeidsmedisinske avdelinger som relevant for deres virke.

8.1.3 Miljørettet helsevern

Spørreundersøkelsen til det miljørettede helsevernet i kommunene ble sendt ut til i alt 433 kommuner. Vi fikk svar fra 134, det vil si en respons på 31 prosent. Svarprosenten gir imidlertid ikke et helt riktig bilde siden mange av kommunene inngår i interkommunale samarbeid. I spørreundersøkelsen svarte 41 prosent av kommunene at de inngikk i et interkommunalt samarbeid om det miljørettede helsevernet. 9 Av disse igjen var det 25 prosent som hadde 2-4 kommuner med i samarbeidet, 34 prosent som hadde 5-7 kommuner med, 18 prosent som hadde 8-10 med og 23 prosent som hadde mer enn 10 kommuner med. Dersom denne fordelingen gjelder for landet som helhet, dvs. at utvalget er representativt, viser en forsiktig beregning at vi på landsbasis opererer med 280-290 miljørettede helsevern enheter (dvs. at de interkommunale samarbeidene utgjør én enhet). Tar vi utgangspunkt i at det er 290 enheter, har vi en responsrate i undersøkelsen på 47 prosent.

8.3 Fastlegene

I undersøkelsen til fastlegene stilte vi en rekke spørsmål om kjennskapet til, kontakten med og bruken av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. I tillegg til dette stilte vi også noen spørsmål om fastlegenes behov for kompetanse eller tjenester. På grunn av at vi fikk svært lav svarprosent på denne undersøkelsen har vi imidlertid bare presentert deler av svarene fra undersøkelsen.

8.3.1 Kjennskap til og kontakt med avdelingene

Av de 72 fastlegene som svarte på undersøkelsen, var det 11 prosent som svarte at de hadde meget god kjennskap og 36 prosent ganske god kjennskap til minst en av de arbeidsmedisinske avdelingene. Det var bare et par av fastlegene som svarte at de overhode ikke kjente til avdelingene, mens de resterende oppga at de kjente avdelingene dårlig eller verken godt eller dårlig. På et tilsvarende spørsmål om fastlegene hadde vært i kontakt med en av avdelingene, svarte 7 prosent at de hadde hatt mye kontakt med minst en av avdelingene, 43 prosent svarte at de hadde hatt noe kontakt og 25 prosent svarte at hadde hatt lite kontakt. Det betyr at bare 1/4 av fastlegene svarte at de ikke hadde hatt noe kontakt med avdelingene.

På bakgrunn av den lave svarprosenten, må vi gå ut i fra at resultatene fra undersøkelsen ikke er representativt for fastlegene generelt. For det første var utvalget i utgangspunktet stratifisert i betydning av at faktiske brukere utgjorde halvparten av bruttoutvalget. For det andre er det rimelig å anta at det er faktiske brukere som har hatt størst tilbøyelighet til å svare på skjemaet. Med andre ord er utvalget sterkt overrepresentert med leger som har benyttet tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene.

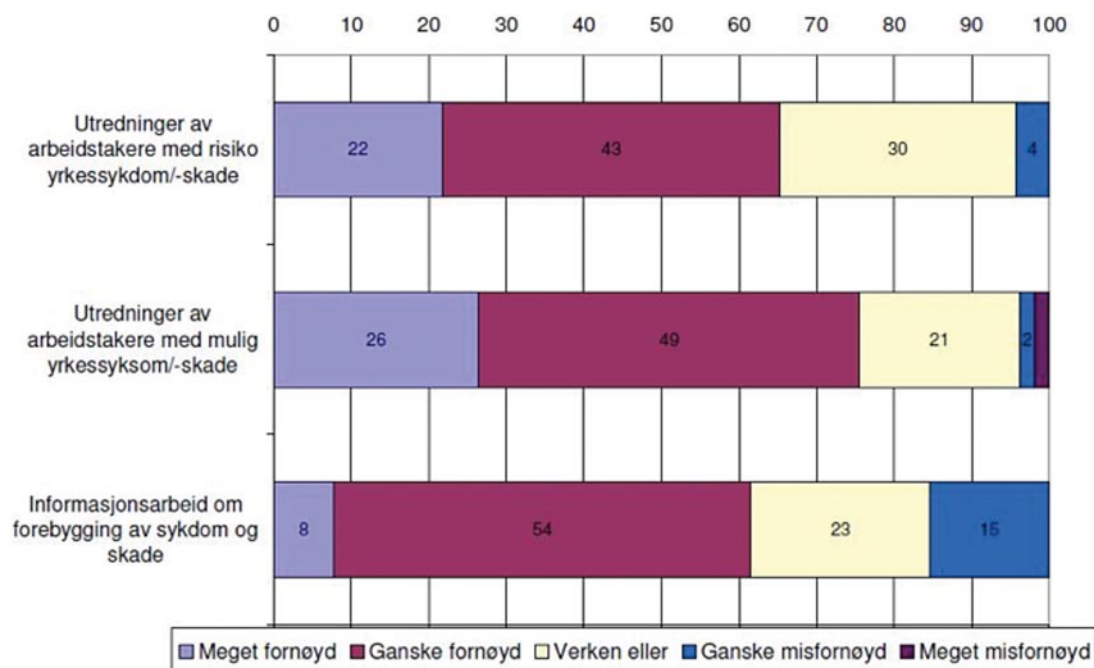
Andre kilder tyder også på at det er relativt få primærleger som har kjennskap til, vært i kontakt med eller har benyttet tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. For det første hevder flere informanter i evalueringen – bl.a. representantene fra Arbeidsmedisinsk forening og Spesialistkomitéene – at det er generelt dårlig kjennskap til de arbeidsmedisinske avdelingene blant fastlegene, noe som bl.a. skyldes at arbeidsmedisin er lavt prioritert i utdanningen. For det andre er det registrert relativt få fastleger i oversiktene over brukere av de arbeidsmedisinske avdelingene som er tilsendt oss av avdelingene. For det tredje finner vi i spørreundersøkelsen til den miljørettede helseverntjenesten en respondent som har rettet henvendelser til fastlegene i det aktuelle området vedrørende deres kjennskap til og bruk av de arbeidsmedisinske avdelingene.¹¹ I følge informanten var tilbakemeldingen at legene både hadde lite kunnskap om avdelingene og i liten grad brukte dem:

Jeg har fått tilbakemelding fra 12 fastleger i [kommune i innlandet]. Ingen er vant til å bruke disse avdelingene, mange har ikke hørt om dem, en har opplevd så lang ventetid at saken måtte løses på andre måter.

Vi kan dermed slå fast at spørreundersøkelsen ikke kan gi noe svar på hvor mange av fastlegene som har kjennskap til eller har hatt kontakt med de ulike arbeidsmedisinske avdelingene. Men som nevnt tyder andre kilder på at det er relativt få leger som har kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene.

Et annet spørsmål er om vi kan betrakte de som har svart på undersøkelsen som representative for de fastlegene som faktisk har benyttet seg av tjenestene ved avdelingene. I så fall kan vi benytte deler av undersøkelsen til å si noe om erfaringene til de som faktisk har benyttet avdelingenes tjenester. Som nevnt over var det av de 72 som svarte på undersøkelsen, 3/4 som hadde vært i kontakt med en av de arbeidsmedisinske avdelingene. Dette utgjør i alt 54 respondenter. På listene over brukere som vi fikk tilsendt fra avdelingene, var det nesten 300 fastleger. Selv om vi tar utgangspunkt i en populasjon på 300 faktisk brukere, har vi med andre ord likevel bare fått svar fra noe over 18 prosent. Men en såpass lav prosent er det også i forhold til faktiske brukere, grunn til å stille spørsmål ved representativiteten. Vi har likevel valg å presentere noen resultater fra undersøkelsen, men vil understreke at resultatene bør tolkes med stor forsiktighet. I praksis betyr det at det kan være problematisk å trekke konklusjoner ut over det utvalget som faktisk har svart på undersøkelsen.

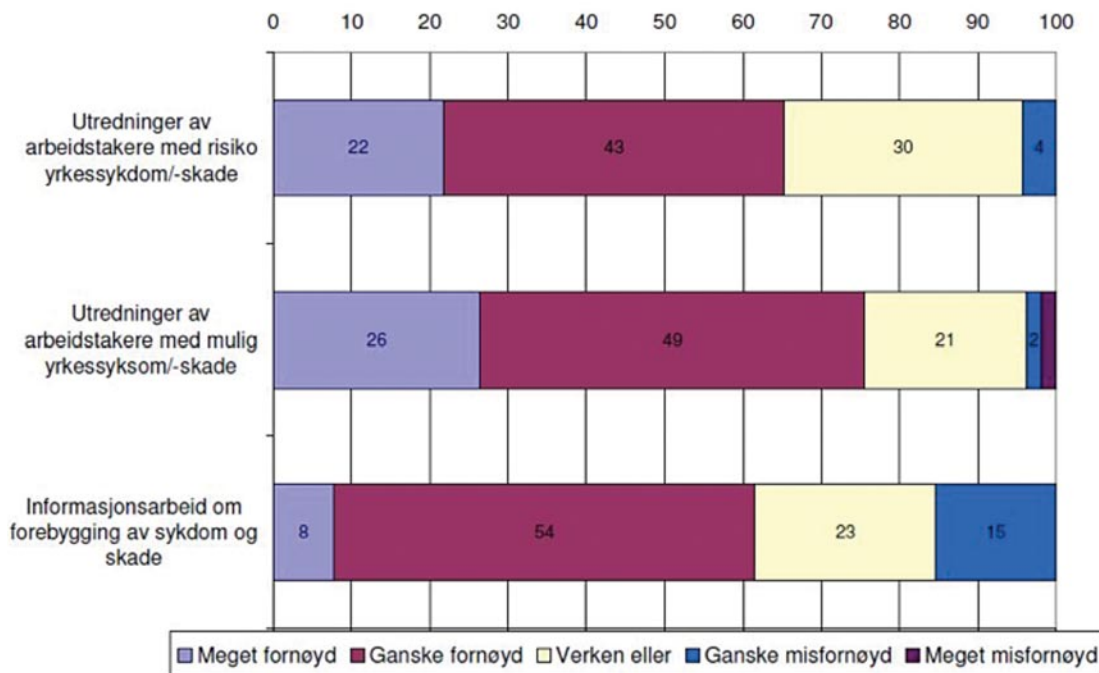
8.3.2 Fastlegenes bruk av og tilfredshet med tjenestene



I denne delen har vi tatt utgangspunkt i de fastlegene som har benyttet tjeneste hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Selv om faren for skjevheter her er mindre enn for hele utvalget, bør resultatene likevel tolkes med forsiktighet. Resultatene her gjelder kun de arbeidsmedisinske avdelingene, ikke STAMI.

Figur 8.10 Fastlegenes bruk av tjenester hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent

Figur 8.10 viser som forventet, at det først og fremst er utredninger av arbeidstakere med mulig yrkessykdom/-skade som legene i utvalget benytter seg av hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er omtrent halvparten som svarer at de i stor eller noen grad benytter denne typen tjenester. Noe over 40 prosent svarer at de benytter denne typen tjenester, men sjeldent. Det er også en god del som svarer at de ofte henviser arbeidstakere til arbeidsmedisinske avdelinger med tanke på utredning av risiko for yrkessykdom/-skade (forebygging). Vi ser for øvrig at det er langt færre som svarer at de har fått generell informasjon om forebygging og/eller deltatt i noen form for utdanning, undervisning eller opplæring. Dersom utvalget er overrepresentert med de som bruker avdelingene mye, er det rimelig å anta at andelen som svarer i stor grad og i noen grad er overrepresentert i figuren.



Figur 8.11 Fastlegenes tilfredshet med tjenestene til de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent

Figur 8.11 viser at fastlegene i utvalget gjennomgående er fornøyd med de tjenestene de har mottatt fra de arbeidsmedisinske avdelingene. I alt svarer 65 prosent at de er fornøyd med utredningene av risiko for yrkesskader/-sykdom, og 75 prosent at de er fornøyd med utredningene av arbeidstakere med mulig sykdom/skade. Det er også over 60 prosent som svarer at de er godt fornøyd med avdelingenes informasjonsarbeid om forebyggende arbeidsmiljø. Her må vi imidlertid ta forbehold om at utvalget kan være skjevt i den forstand at det kan være de mest fornøyde brukerne som har svart på undersøkelsen.

I spørreundersøkelsen til fastlegene ba vi dem også svare på en del påstander om ulike sider ved tjenestene. Fordi svarprosenten er lav, har vi valgt å ikke presentere dette i egen figur eller tabell. Svarene bekrefter imidlertid mye det som ellers kommer fram i undersøkelsen. Bl.a. er det rimelig entydig blant legene som har erfaring, at avdelingene holder et høyt faglig nivå (på utredningsarbeidet). Samtidig gir mange også uttrykk for at ventetiden på utredningsarbeidet er lang. I kommentarene til spørsmålene i skjemaet er dette også noen temaer som går igjen. Den ene typen kommentarer går ut på at de opplever kompetansen til de arbeidsmedisinske avdelingene som god, men at det kan ta lang tid fra henvisning til ferdig utredning. Den andre typen kommentar går ut på at de kjenner for dårlig til de arbeidsmedisinske avdelingenes kompetanse og arbeideområde. Følgende sitater illustrerer denne andre typen kommentarer:

Aner ærlig talt ikke hvilken kompetanse de besitter. Arbeidsmedisin som fagfelt er ganske USYNLIG.

Jeg vet for lite om dem til å si hvilken kompetanse de har, og dermed også hva de mangler.

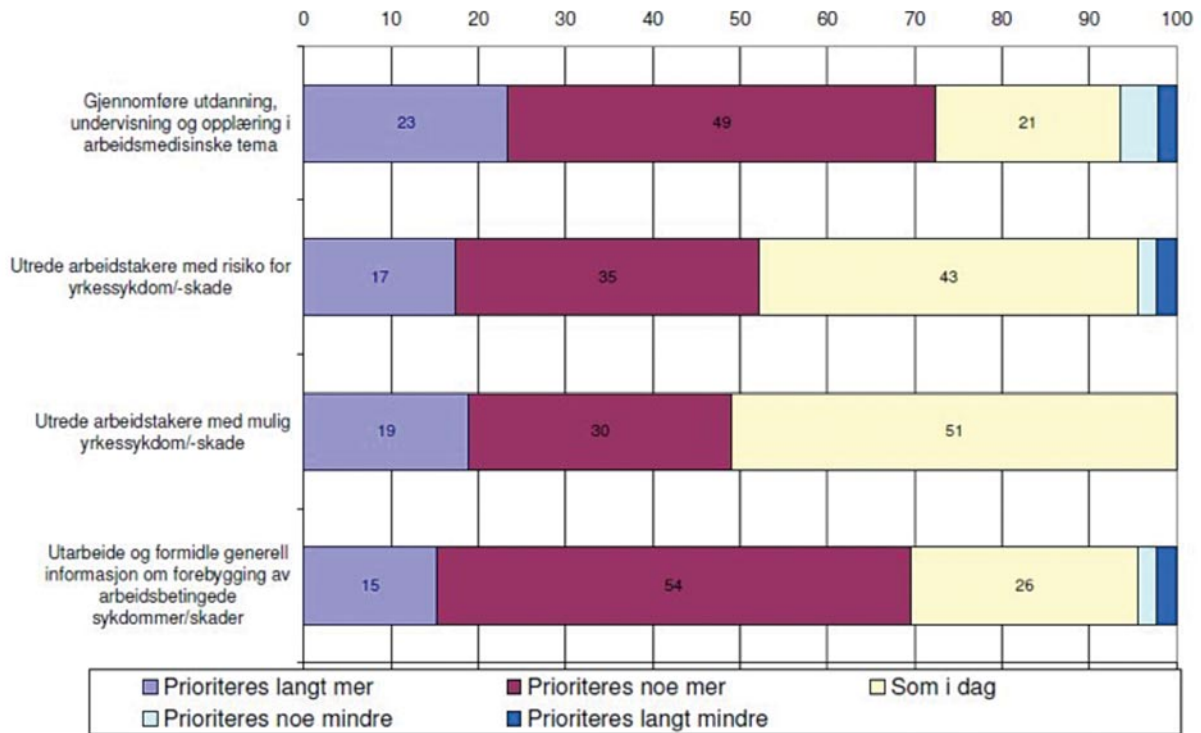
Har liten kjennskap til hvordan kompetansen er i dag. Ønsker å kunne henvise pasienter som er overarbeidet og ikke kan sette grenser.

Slike kurs eller fagpersoner savner jeg for mine pasienter.

De to typene sitater kan med andre ord tyde på at vi på den ene siden har en gruppe leger som både har god erfaring med avdelingene og en gruppe leger som har mer perifer kjennskap til dem og virksomheten deres. Det er vanskelig å si hvor mange som befinner seg i hver gruppe. Det er imidlertid rimelig å anta at vår undersøkelseer godt overrepresentert med de i den første gruppen av aktive brukere.

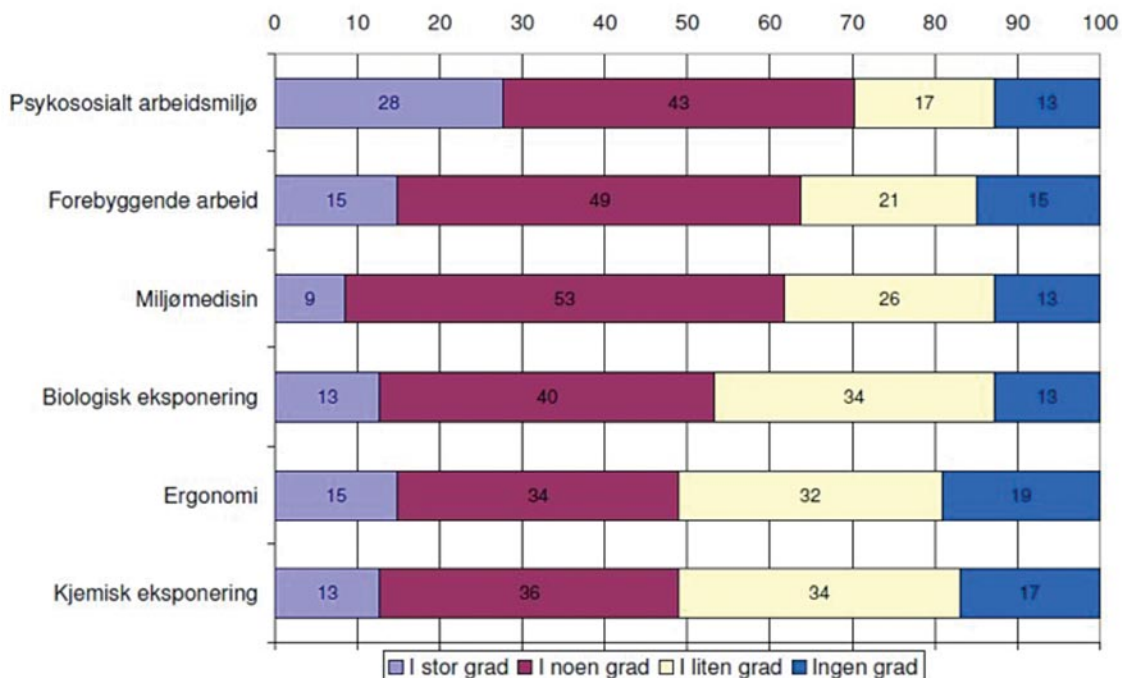
8.3.3 Hva har fastlegene behov for?

I undersøkelsen til fastlegene stilte vi også to spørrebatterier om oppgaver eller tjenester de ønsket at de arbeidsmedisinske avdelingene skulle prioritere eller styrke. Det første batteriet inneholder spørsmål om oppgaver som tradisjonelt har vært innenfor de arbeidsmedisinske avdelingenes domene. I det andre batteriet stilte vi spørsmål om oppgaver som også ligger i randsonen av hva avdelingene tradisjonelt har arbeidet med.



Figur 8.12 Fastlegenes ønsker om prioritering av ulike tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent.

Figur 8.12 viser hvordan fastlegene ville prioritert mellom mer tradisjonelle oppgaver hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Vi ser at det er to områder som vel 70 prosent av legene ønsker å prioritere. Det gjelder utdanning, undervisning og opplæring i arbeidsmedisinske tema og generell informasjon om forebygging av arbeidsbetinget sykdom/skade. Samtidig er det omtrent halvparten som svarer at de også kunne ønske mer prioritering av utredningsarbeid. Det at så mange viser til at de kun ønsker å prioritere noe mer, ikke mindre, kan tyde på at det er en viss etterspørsel etter informasjon om eller kompetansen til de arbeidsmedisinske avdelingene.



Figur 8.13 Fastlegenes ønske om styrket kompetanse hos de arbeidsmedisinske avdelingene innen ulike områder. Prosent.

Figur 8.13 viser hvordan fastlegene svarer på spørsmålet om behovet for å styrke kompetanse og tjenestetilbud som både er i kjernen av og i randsonen til de arbeidsmedisinske avdelingene. Før vi ser på resultatene, må vi imidlertid ta noen forbehold siden flere av respondentene som har svart på spørsmålet, også kommenterer at de opplever å kjenne for dårlig til tilbudet og kompetanse ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er derfor rimelig å anta at svarene vel så mye reflekterer legenes generelle behov for kompetanse som at det er uttrykk for erfaringer i forhold til avdelingenes svakheter eller styrke. Det som uansett er interessant med svarene, er at såpass mange trekker frem det psykososialt arbeidsmiljøet. Hele 70 prosent mener at de arbeidsmedisinske avdelingen bør styrke kompetanse

på dette området. Det er for øvrig også interessant å se at godt over 60 prosent mener at avdelingene bør styrke kompetansen innenfor forebyggende arbeid og miljømedisin. Med andre ord ser vi at de områdene legene først og fremst ønsker at de arbeidsmedisinske avdelingene bør styrke, er fagområder som befinner seg i randsonen av avdelingenes tradisjonelle kjerneoppgaver. Sett i forhold til primærlegen som bruker, kan vi tolke svarene dit hen at de har behov for og ønsker arbeidsmedisinske avdelinger med et bredt spenn av tjenester som også strekker seg ut over avdelingenes tradisjonelle kjerneoppgaver.

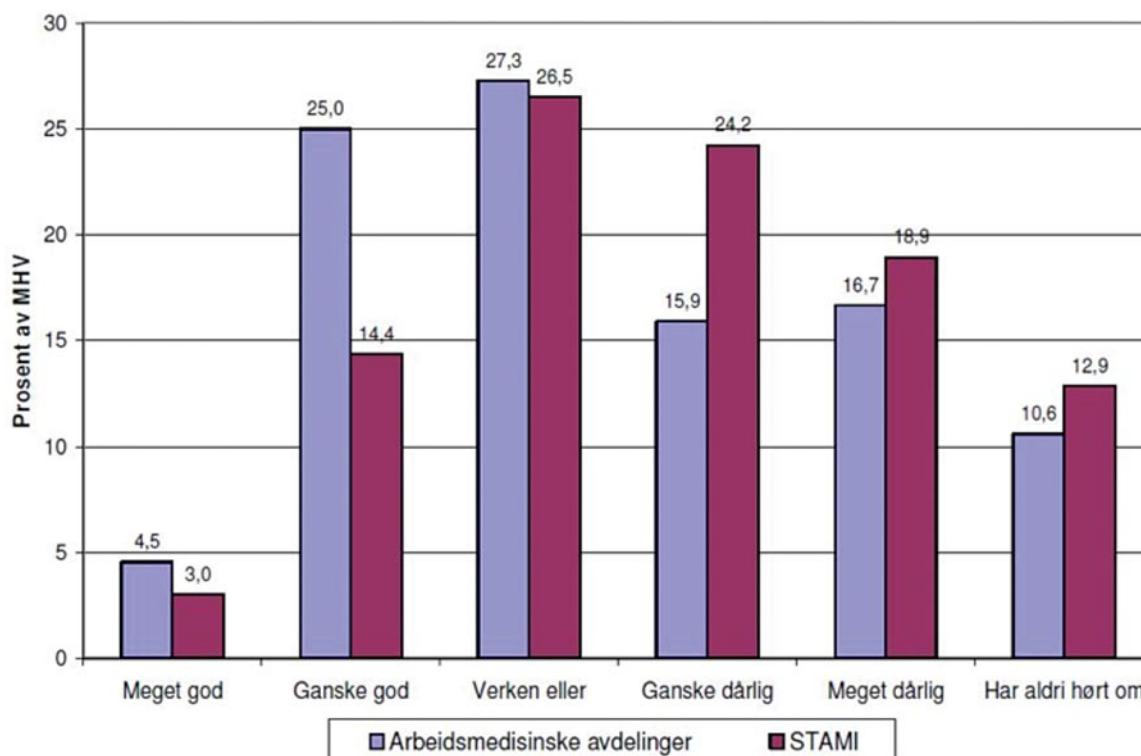
Til slutt er det igjen viktig å understreke at svarene i undersøkelsen fra fastlegene ikke er representative for alle fastleger. Utvalget er i så måte klart overrepresentert med faktiske brukere av avdelingene. Samtidig kan det også stilles spørsmål ved om undersøkelsen er representativ for de legene som faktisk er brukere av tjenestene ved avdelingene. Dersom vi skal legge strenge kriterier til grunn, kan vi si at svarene bare er gyldig for de som har svart på undersøkelsen. Dersom vi likevel velger å trekke konklusjoner ut over det utvalget som har svart, vil de være befengt med en del usikkerhet.

8.4 Miljørettet helsevern (MHV)

Ansvar for det miljørettede helsevernet er lagt til kommunene og er en del av det forebyggende helsearbeidet som kommunene skal drive med. I utgangspunktet innbefatter det alle miljøfaktorer som har betydning for folks helse, herunder både biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. I følge Helsedirektoratets evaluering av den miljørettede helseverntjenesten, er de mest vanlige saksområdene de arbeider med: 1) skole og barnehager (95 prosent), 2) drikkevann (75 prosent), 3) badevann/badebasseng (60 prosent) og 4) støy (55 prosent). Referanse: Helsedirektoratet (2008): «Evaluering av miljørettet helsevern i kommunene», Rapport – IS 1633.

8.4.1 MHVs kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene

I dette avsnittet har vi sett nærmere på hva slags kunnskap den miljørettede Helseverntjenesten i kommunene har om de arbeidsmedisinske avdelingene. Siden arbeidsmedisin og miljømedisin er områder som tradisjonelt ikke har berørt hverandre, forventer vi ikke at MHVene har spesielt god kunnskap om avdelingene. Enkelte av de arbeidsmedisinske avdelingene har imidlertid nærmet seg de miljømedisinske fagområdene, hvilken betyr at vi nok kan finne regionale forskjeller i MHVenes kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene.



Figur 8.14 MHV's kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI (N=134).

Figur 8.14 viser hvor god kunnskap MHVene har om STAMI og den arbeidsmedisinske avdelingen de kjenner best. Vi ser at det er det er 30 prosent av MHVene som svarer at de har ganske eller meget god kjennskap til avdelingene. Av disse er det relativt få som svarer at de har meget god kjennskap. Til sammenligning er det 17 prosent som svarer at de har god kjennskap til STAMI. På den andre siden ser vi at det også er en god del som enten aldri har hørt om avdelingene eller kjenner dem ganske eller meget dårlig. Omtrent 1/10 mener at de aldri har hørt om de arbeidsmedisinske avdelingene, mens 1/3 svarer at de kjenner dem ganske eller meget dårlig. Det er en noe større andel som svarer at de ikke har hørt om STAMI eller som kjenner dem ganske eller meget dårlig. Sett i lys av at det tradisjonelt ikke har vært noe faglig samarbeid mellom MHV i kommunene og de arbeidsmedisinske avdelingene, kan vi konkludere med at det likevel er rimelig god kunnskap blant MHVene til de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI.

	MHV lokalisert i ...				
	Øst-landet	Sørland./Telem.	Vest-landet	Midt-Norge	Nord-Norge
AMA- Oslo ¹³	10	21	0	0	5
Sykeh. Telemark (YMA-ST)	8	43	0	0	0
Haukeland Univ.sykeh. (YMA-HUS)	5	19	21	6	0
St. Olavs Hospital (AMA-SOH)	0	19	4	26	19
Univ.sykeh. N.-Norge (AMA-UNN)	5	10	0	0	43
STAMI	26	19	14	11	14
Antall respondenter (N)	39	21	29	20	22

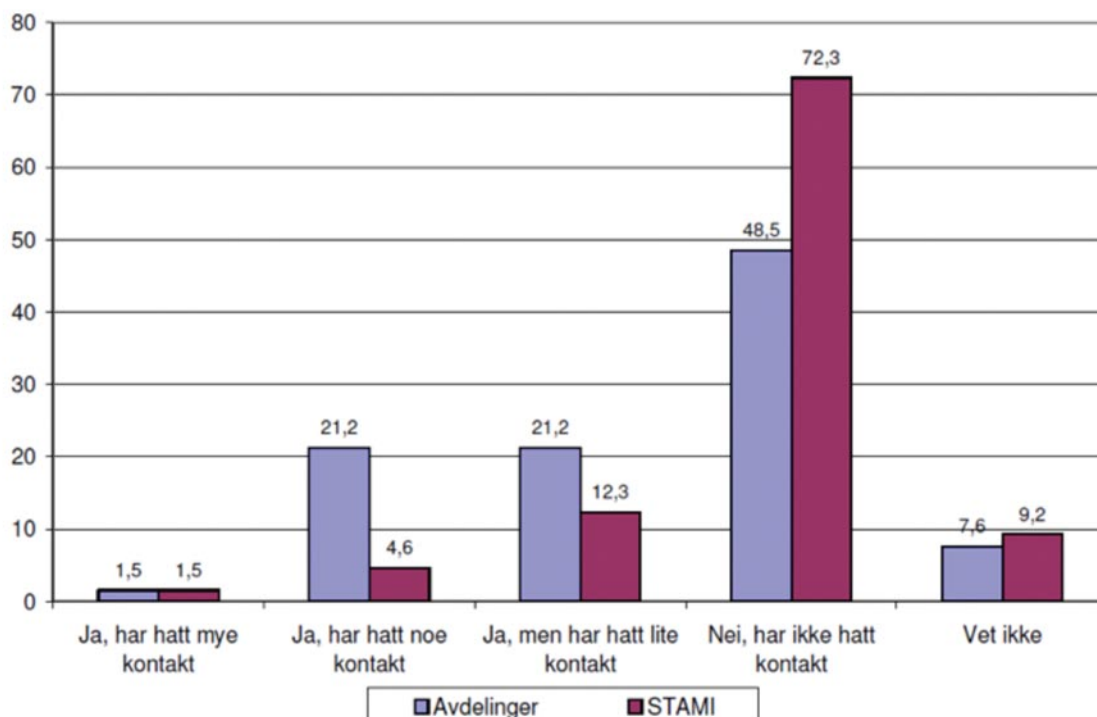
Tabell 8.8 MHVs kunnskap om aktiviteten og tjenestene ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosentandelen som svarer 'meget godt' eller 'ganske godt'.

Tabell 8.8 viser prosentandel av MHV som svarer at de har meget god eller ganske god kunnskap om de ulike arbeidsmedisinske avdelingene. Hver kolonne viser hvor stor andelen er blant MHVene lokalisert på Østlandet, Sørlandet/Telemark osv. Som forventet finner vi at MHVene kjenner best til den arbeidsmedisinske avdelingene som er lokalisert nærmest. Dette er tilfelle bortsett fra blant MHVene i østlandsfylkene der det ser ut som at det er flest som har kjennskap til STAMI, mens relativt få svarer at de har kjennskap til de arbeidsmedisinske avdelingene i Osloregionen.

Videre ser vi at det går et klart skille mellom MHVene på Sørlandet/Telemark og Nord-Norge på den ene siden og Vestlandet og Midt-Norge på den andre. I de to førstnevnte regionene er det en forholdsvis stor del som svarer at de har meget eller ganske god kunnskap om den "lokale" arbeidsmedisinske avdelingen (43 prosent), mens det er en relativt liten del i de to sistnevnte (21 prosent og 26 prosent). Dette tyder således på at det først og fremst er de arbeidsmedisinske avdelingene i Skien og i Tromsø som har orientert sin virksomhet mot MHV i kommunene. Det er ellers interessant å observere at mange av MHV på Sørlandet/Telemark ikke bare har god kjennskap til sin "lokale" avdeling i Telemark, men også til andre avdelinger. Det er usikkert hva årsaken til dette kan være.

8.4.2 Kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene

I denne delen har vi sett på hva slags kontakt MHV i kommunene har med de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. Selv om det er mange som har kjennskap til avdelingene, betyr ikke dette at de faktisk har hatt kontakt med avdelingene. Siden kjennskapen til avdelingene er såpass god blant MHVene på Sørlandet/Telemark og Nord-Norge, antar vi at dette også gjenspeiler seg i kontakten med avdelingene.



Figur 8.15 MHVs kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI (N=134)

Figur 8.15 viser hvor stor andel av MHVene som har vært i kontakt med STAMI og minst én av de arbeidsmedisinske avdelingene. Nesten halvparten (44 prosent) svarer at de har vært i kontakt med minst én avdeling, og av de svarer omtrent halvparten at de har hatt lite kontakt og halvparten noe kontakt. Det er kun et par av MHVene som svare at de har hatt mye kontakt med en avdeling. MHVene har naturlig nok hatt mindre kontakt med STAMI enn med de arbeidsmedisinske avdelingene. I alt var det 18 prosent av MHVene som svarte at de hadde hatt kontakt med STAMI, og av disse igjen svarte 2/3 at de bare hadde hatt litt kontakt.

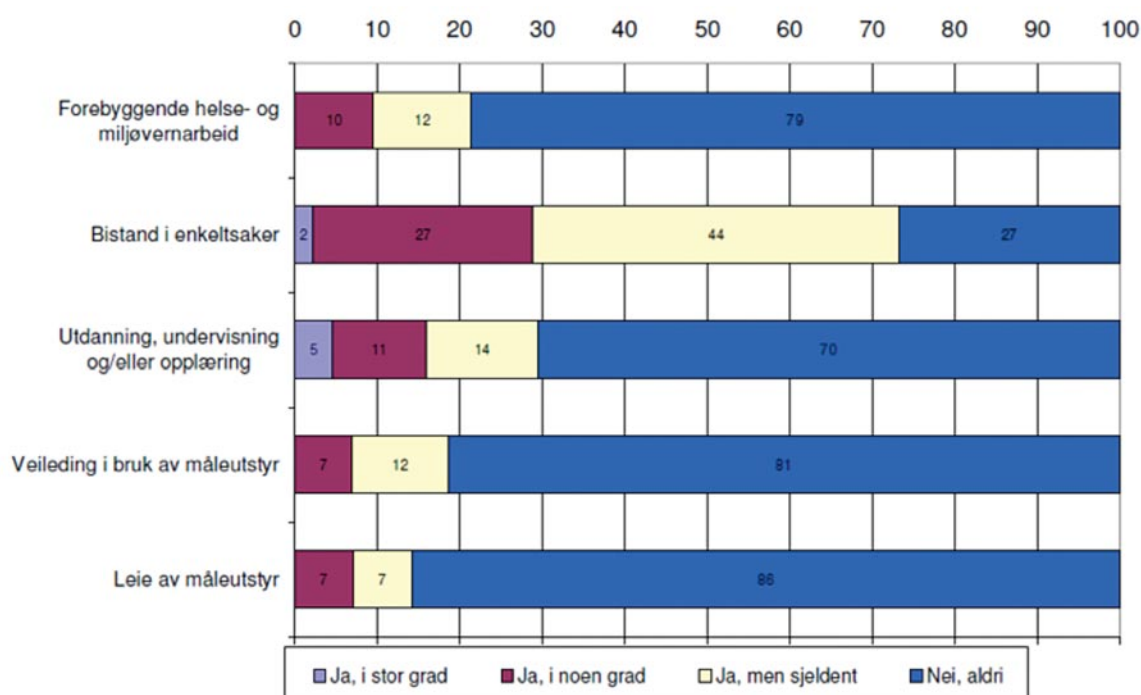
	MHV lokalisert i ...				
	Øst-landet	Sør-/Telem.	Vest-landet	Midt-Norge	Nord-Norge
Oslo	0	0	0	0	0
Sykeh. Telemark (YMA-ST)	0	53	0	0	0
Haukeland Univ.sykeh. (YMA-HUS)	0	0	33	0	0
St. Olavs Hospital (AMA-SOH)	0	0	0	17	5
Univ.sykeh. N.-Norge (AMA-UNN)	3	0	4	0	35
STAMI	5	11	4	12	5
Antall respondenter (N)	39	21	29	20	22

Tabell 8.9 MHVs kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosentandel av MHVene i ulike regioner som svarer at de har hatt mye eller noe kontakt.

Tabell 8.9 viser hvor stor prosentandel av MHV som svarer at de har hatt noe eller mye kontakt med de arbeidsmedisinske avdelingene fordelt etter hvor MHV er lokalisert. Noe overraskende finner vi at det ikke er noen av MHVene på Østlandet som svarer at de har hatt kontakt med avdelingene i Oslo. På Sørlandet/Telemark finner vi derimot at over halvparten av MHVene har hatt kontakt med avdelingen i Telemark. Videre er det omtrent 1/3 av MHVene på Vestlandet og i Nord-Norge som har hatt kontakt med sine "lokale" avdelinger. MHVene i Midt-Norge har hatt minst kontakt med sin lokale avdeling ved St. Olavs Hospital. Tabellen bekrefter for øvrig det vi fant i figuren over, nemlig at det er relativt få MHVer som har hatt kontakt med STAMI.

8.4.3 MHVs bruk av tjenester ved AMAene

I denne delen har vi gått et skritt videre og stilt spørsmål om MHVene har benyttet noen av tjenestene ved de arbeidsmedisinske avdelingene eller STAMI. Innledningsvis har vi først presentert resultatene samlet for de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI hver for seg. Derne har vi undersøkt hvorvidt bruken av tjenester varierer i forhold til hvilken avdeling MHVene geografisk hører til.



Figur 8.16 MHVs bruk av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene (ikke STAMI)

Figur 8.16 viser hvor stor andel av MHV som svarer at de har benyttet ulike tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Vi ser for det første at det er få som har benyttet tjenester ved avdelingene. I den grad MHVene har benyttet noen tjenester, er det i størst grad bistand i enkeltsaker. Omtrent 30 prosent svarer at de i noen eller stor grad har benyttet denne typen tjenester. Tilsvarende ser vi at det er omtrent 45 prosent som svarer at de sjeldent har fått bistand i enkeltsaker. Ellers ser vi at det er noen som også har mottatt tjenester i form av utdanning, undervisning eller opplæring, samt bistand i forhold til forebyggende helse- og miljøarbeid.

I spørreundersøkelsen stilte vi det samme spørsmålet om bruk av tjenester ved STAMI. Det viste seg at relativt få MHVer hadde benyttet seg av noen tjenester ved STAMI. Avhengig av hva det dreier seg om, svarer 1-2 av ti MHVer at de i noen grad har benyttet tjenester fra STAMI. Dette dreide seg først og fremst om bistand i enkeltsaker og/eller at de hadde deltatt i undervisning eller opplæring i regi av instituttet.

I tilknytning til spørsmålet om MHVs bruk av tjenester, var det flere som oppga andre tjenester. Dels dreier dette seg om tjenester som faller inn under de faste svarkategoriene, for eksempel henvisning av pasienter og rådgivning i bruk av måleutstyr. Ellers nevner et par at de har mottatt nyhetsbrev og mer generell informasjon. En peker også på at hele spørsmålet er irrelevant, noe som vi må tolke i retning av at enkelte faktisk ikke ser at det er noen relevant kobling mellom arbeidsmedisin og miljømedisin. En av informantene gir også en utdypende kommentar som antyder at andre institusjoner kan være vel så relevante samarbeidspartnere som de arbeidsmedisinske avdelingene.

Jeg har kun hatt kontakt med Folkehelseinstituttet og SINTEF, en sjelden gang St. Olav og UNN. De sakene det har dreid seg om er relatert til Forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager med hjemmel i Lov om kommunehelsetjeneste. Samarbeidet i en konkret sak der jeg nylig har anbefalt å stenge [skole ...]. Jeg har søkt etter kompetanse for å få bistand i denne konkrete saken, men ingen av instansene har vist meg til de i omtalte avdelingene i undersøkelsen.

Kommentaren viser først til at de aktuelle fagmiljøene har vært Folkehelseinstituttet og SINTEF. Samtidig viser informanten til at det har vært søkt etter bistand, uten at verken STAMI eller noen av de arbeidsmedisinske avdelingene har dukket opp som aktuelle kompetansemiljøer. Dette kan enten bety at de arbeidsmedisinske miljøene ikke oppfattes som like relevant som for eksempel SINTEF og Folkehelseinstituttet eller det kan være at de arbeidsmedisinske avdelingene ikke har vært like gode til å markedsføre sine tjenester.

	Hva bruker MHV lokalisert i ...				
	Østlandet	Sør-/Telem.	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge
Leie av måleutstyr	8	30	0	0	8
Veiledning i bruk av måleutstyr	0	20	0	0	15
Utdanning, undervisning og/eller opplæring	8	25	0	10	38
Bistand i enkeltsaker	8	25	25	27	38
Forebyggende helse- og miljøvern-arbeid	0	20	0	9	25
Antall respondenter (N)	39	21	29	20	22

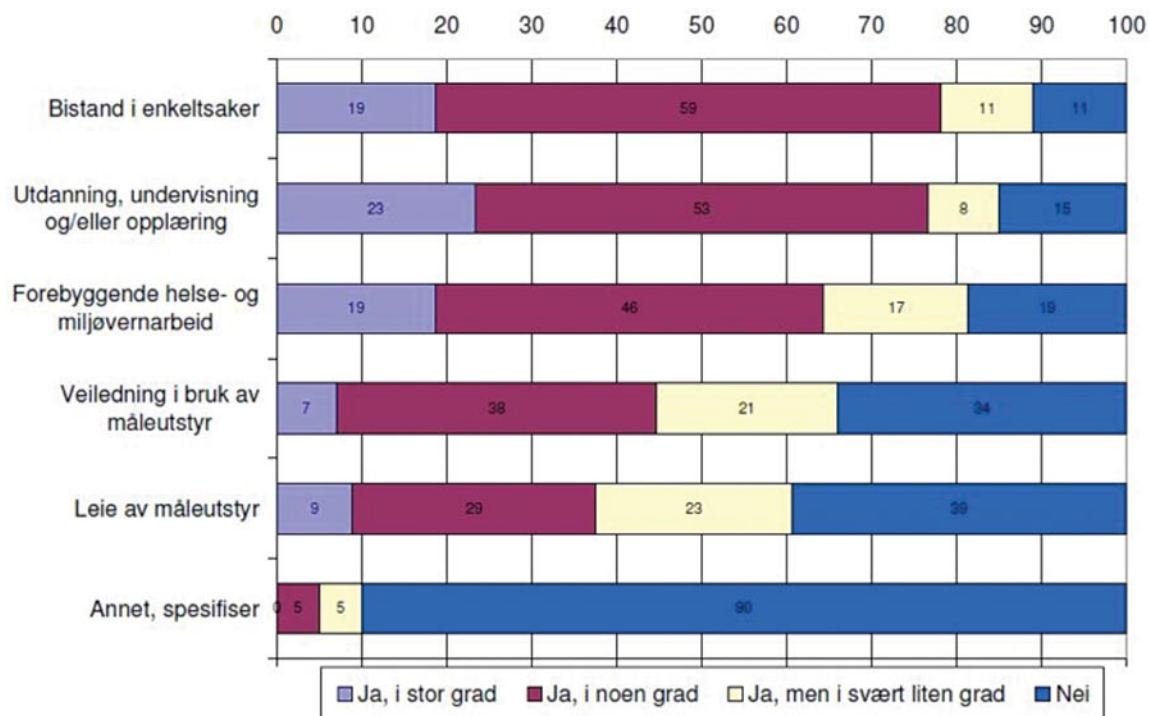
Tabell 8.10 MHVs bruk av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene i forhold til hvor MHV er lokalisert. Prosent som oppgir at de har hatt mye eller noe kontakt.

Tabell 8.10 over viser hvor stor andel av MHV som svarer at de i stor eller noen grad har benyttet ulike tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene, fordelt etter hvor MHV er lokalisert. Her ser vi at det er MHVene på Sørlandet/Telemark og i Nord-Norge som i størst grad benytter tjenester ved avdelingene. I begge regionene benytter MHVene et større spekter av tjenester enn MHV på Vestlandet og i Midt-Norge. På Vestlandet og i Midt-Norge ser vi at MHVene i hovedsak har fått bistand i enkeltsaker.

Vi har også stilt spørsmål til MHVene om hvilke tjenester de har benyttet hos de avdelingene de har benyttet mest. Siden mange ikke svarte på hvem de hadde hatt mest kontakt med, er utvalget her forholdsvis lite (62). Det er likevel tydelig at i de fleste tilfeller noen har benyttet tjenester – uansett hvor – så dreier det seg om bistand i enkeltsaker. I tillegg ser vi at avdelingene i Telemark og i Nord-Norge skiller seg fra de øvrige ved at brukerne her benytter seg av alle typer tjenester, mens brukerne av de øvrige avdelingene i hovedsak har fått bistand i enkeltsaker. Disse resultatene sammenfaller med andre ord med analysen som baseres på den regionale inndelingen.

8.4.4 MHVenes ønske om tettere samarbeid

Ovenfor har vi sett at MHVene gjennomgående har rimelig god kunnskap om de arbeidsmedisinske avdelingene. Samtidig er det relativt få som svarer at de har vært i kontakt med avdelingene og ennå færre som har benyttet tjenestene til avdelingene. I spørreundersøkelsen stilte vi også spørsmål om MHVene så for seg et tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene eller STAMI i forhold til bistand i enkeltsaker, undervisning/opplæring, forebyggende arbeid, veiledning i eller leie av utstyr.



Figur 8.17 MHV'enes ønske om samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene. Prosent.

Figur 8.17 viser at det er en relativt stor andel som svarer at de ønsker mer samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene. I forhold til bistand i enkeltsaker, svarer nesten 80 prosent at de ønsker mer samarbeid. Størstedelen av disse svarer at de ønsker et slikt samarbeid i noen eller stor grad. En nesten like stor andel svarer at de ønsker mer samarbeid i forhold til utdanning, undervisning og/eller opplæring. I minst grad ønsker MHV samarbeid i forhold til veiledning i bruk av utstyr eller leie av utstyr. Gjennomgående viser imidlertid resultatene at MHV har ønske om langt tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene enn det som kommer frem når vi ser på den faktiske bruken av avdelingene.

	Østlandet	Sørlandet/Telemark	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge
Leie av måleutstyr	36	63	18	40	45
Veiledning i bruk av måleutstyr	36	63	27	50	64
Bistand i enkeltsaker	67	82	67	100	85
Forebyggende helse- og miljøvernarbeid	64	91	36	64	77
Utdanning, undervisning/opplæring	69	91	55	82	85
Antall respondenter (N)	39	21	29	20	22

Tabell 8.11 MHVs ønske om tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene innenfor ulike områder. Andel som svarer at de i noen eller stor grad ønsker et tettere samarbeid. Prosent.

Tabell 8.11 viser hvor stor andel av MHV som svarer at de i noen eller stor grad ønsker et tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er tre regioner som skiller seg ut i den forstand at mange MHV ønsker tettere samarbeid med avdelingene. Dette er Sørlandet/Telemark, i Midt-Norge og i Nord-Norge. På Østlandet og Vestlandet er det en mindre andel som ønsker samarbeid på noen av de aktuelle områdene. Ellers ser vi følgende mønster i tabellen:

1. Det er spesielt på Sørlandet/Telemark og i Nord-Norge at de ønsker bedre samarbeid i forbindelse med forebyggende helse- og miljøvernarbeid. Dette kan ha sammenheng med at disse avdelingene allerede har mer samarbeid med miljørettet helsevern enn de andre arbeidsmedisinske avdelingene, og at de gjennom sine erfaringer mener at et samarbeid er nyttig.
2. Både på Sørlandet/Telemark, i Nord-Norge og i Midt-Norge er det spesielt stort ønske om bedre samarbeid om utdanning, undervisning eller opplæring, samt bedre samarbeid omkring bistand i enkeltsaker.
3. På Østlandet er det forholdsvis mange som ønsker tettere samarbeid både i forhold til bistand i enkeltsaker, forebyggende arbeid og utdanning, undervisning og opplæring.
4. På Vestlandet er det relativt mange som er opptatt av å bedre samarbeidet om enkeltsaker, samt i noen grad undervisning.

8.4.5 Kommentarer om de arbeidsmedisinske avdelingene

Kommentarene fra respondentene i det miljøretta helsevernet, kan deles i fire grupper. Ett sett av kommentarer går ut på at spørreskjemaet om de arbeidsmedisinske avdelingene er feilsendt eller i det minste burde vært sent til andre enn MHV. Dette viser med andre ord at det er mange som er av den oppfatning at arbeidsmedisin og miljøretta helsevern dreier seg om to helt atskilte fagområder som ikke har noe med hverandre å gjøre. Et eksempel på dette er følgende sitat:

Spørreskjemaet er sendt til ansvarlig for miljørettet helsevern i kommunen. Dette er en pålagt helsetjeneste ... der formålet er å overvåke og ivareta helsehensyn i det "offentlige rom" (mot innbyggerne) - altså ingenting med Arbeidsmiljølov og vernetjeneste for ansatte å gjøre. MHV har derfor heller ikke regelmessig samarbeid med de yrkesorienterte institusjonene som listes i denne undersøkelsen. Spørreskjemaet skulle vert adressert til Hovedverneombud i kommunene.

Den andre typen kommentarer gir ikke – slik som den første typen – eksplisitt uttrykk for at de ikke ser noen kobling mellom arbeidsmedisin og MHV. Derimot gir de heller uttrykk for manglende kunnskap om avdelingene, uten at de nødvendigvis avviser mulighetene for samarbeid. En gir for eksempel uttrykk for at avdelingene kun utdanner yrkesmedisinere (dvs. at de ikke gjør noe annet). En annen er mer åpen for et tettere samarbeid, men mener avdelingene bør markedsføre seg bedre:

Jeg tror nok det er et potensial for en betydelig bedre markedsføring av tjenesten fra de respektive avdelingene. Behovet for rådgivning er stort. Forutsetningen for en meningsfylt bistand er grad av tilgjengelighet Det bør ligge i bunnen når man tilbyr slike tjenester.

En tredje type kommentar peker på at det for det miljørettede helsevernet i kommunene ikke er de arbeidsmedisinske avdelingene eller STAMI som er de mest relevante samarbeidspartnerne. Andre institusjoner som hevdes å være mer relevante er: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, SINTEF og sentrale helsemyndigheter (Helsedirektoratet). En respondent fra en bydel i Oslo gir også uttrykk for at Folkehelsa og egen etat dekker de fleste behovene til MHV:

... Helse- og velferdsetaten og Folkehelsa ... og noen til dekker de fleste av bydelens behov for eksterne tjenester innen MHV, men det kan vel tenkes områder hvor de arbeidsmedisinske avdelingene har særegen kompetanse som med fordel kunne tilflytte også oss i bydelene. Men den sporadiske kontakten medfører antakelig at vi i liten grad er oppmerksomme på eller aktivt oppsøker avdelingene med spørsmål i den retning.

Respondenten over avviser ikke relevansen av et tettere samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene, men viser samtidig til at lite kontakt i praksis gjør at de blir lite aktive i forhold til avdelingene.

Den fjerde typen kommentarer representerer det andre ytterpunktet – sett i forhold til den første typen kommentar – og handler om at informanten fra MHV både har benyttet seg av tjenester ved og har gode erfaringer med en eller flere av de arbeidsmedisinske avdelingene. Disse kommentarene illustrerer med andre ord – i kontrast til den første typen – at tjenestene ved avdelingene ikke bare kan være relevante, men også kan være av stor nytte for MHV. Nedenfor følger to eksempler:

Vi har god kontakt med avdelingen på UNN og de gir et godt tilbud til oss!"

"Vi trenger ofte bistand f.eks. med inneklimatemålinger i skoler og barnehager. Problemet er ofte penger. Skoler og barnehager vil gjerne foreta målinger og ringer til oss i håp om å få gjort dette gratis. ... Vi hadde inneklimatestyr som nå er for gammelt.»

Det er åpenbart mange ulike oppfatninger av de arbeidsmedisinske avdelingens rolle i forhold til MHV. Det er imidlertid flere som gir uttrykk for en viss usikkerhet og at de har behov for mer informasjon. I spørreundersøkelsen stilte vi også et spørsmål til de som faktisk hadde benyttet tjenester, om de hadde mottatt informasjon fra avdelingene på noen måte. Det var 30 prosent som svarte at de hadde mottatt slik informasjon, mens 70 prosent svarte at de ikke hadde fått informasjon.

8.5 Sammenfatning og diskusjon

I dette kapitlet har vi sett på tre aktuelle brukergrupper for de arbeidsmedisinske avdelingene: Bedriftshelsetjenesten, fastlegene og det miljørettede helsevernet i kommunene. Av disse tre er det først og fremst bedriftshelsetjenesten og fastlegene som de arbeidsmedisinske avdelingenes primære brukergrupper. Siden enkelte avdelinger også har kontakt med det miljørettede helsevernet i kommunene, har vi også tatt med disse i undersøkelsen. Det miljørettede helsevernet i kommunene kan imidlertid ikke regnes som en tradisjonell brukergruppe for avdelingene.

(Bedriftshelsetjenesten) (Ikke tatt med her)

Fastlegene

Undersøkelsen rettet mot fastlegene ga svært lav svarprosent og resultatene fra denne undersøkelsen er derfor svært usikre. Den gir

ingen informasjon om fastlegenes kjennskap til eller bruk av de arbeidsmedisinske avdelingene, bortsett fra om de fastlegene som har besvart undersøkelsen. Andre kilder tyder imidlertid på at kjennskapen til avdelingen og bruken av dem er relativt begrenset blant fastlegene. De legene som oppgir at de har benyttet tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene, synes imidlertid å være godt fornøyd med tjenestene. På spørsmål om hva slags tjenester fastlegene har behov for, oppgir relativt mange undervisning/ opplæring og informasjon om forebygging. Av de som svarte på undersøkelsen er det også relativt mange som mener at de arbeidsmedisinske avdelingene bør styrke sin kompetanse innen psykososialt arbeidsmiljø og forebyggende arbeid.

Miljørettet helsevern

Undersøkelsen overfor MHV har innbefattet deres kunnskap om, kontakt med og bruk av tjenester ved de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI. En god del innenfor det miljørettede helsevernet oppgir at de har noe kjennskap til de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er naturlig nok færre som har hatt kontakt med en av avdelingene eller STAMI, og det må sies å være relativt få som faktisk har benyttet tjenester der. Kontakten og bruken av avdelingene synes å variere fra avdeling til avdeling. MHVene på Sørlandet/Telemark og i Nord-Norge ser ut til å bruke et langt bredere spekter av tjenester enn MHVene i de andre delene av landet. På Vestlandet og Midt-Norge er det først og fremst utredningstjenester som benyttes.

Det som imidlertid er mest slående i svarene fra MHVene, er den store kontrasten mellom dem i forståelsen av relasjonene til de arbeidsmedisinske avdelingene. På den ene siden finner vi de som knapt nok forstår relevansen av spørsmålet om kjennskap til, kontakt med og bruk av tjenester hos de arbeidsmedisinske avdelingene. På den andre siden finner vi ikke bare de som benytter tjenestene ved avdelingene, men også de som gir uttrykk for at MHVene har behov for tjenesten og at de er godt fornøyd med dem.

Hvordan kan vi så forklare disse kontrastene? En mulig forklaring er at både miljørettet helsevern og arbeidsmedisin er fagområder som har utviklet seg mer eller mindre autonomt over tid og dermed fått ulik faglig profil i ulike deler av landet. Sett i lys av kommentarene fra MHVene i spørreundersøkelsen, kan det tyde på at MHVene har noe ulike oppfatninger om seg selv og sitt forhold til de arbeidsmedisinske avdelingene. I Helsedirektoratets evalueringsrapport om miljømedisin, ser vi også tydelig at MHV opererer med arbeidsoppgaver som overlapper arbeidsmedisin. Et område som må sies å være nytt for begge fagområdene, og som åpenbart i varierende grad er inkorporert i både arbeidsmedisin og miljømedisin, er det sosiale miljø. Sosiale miljøfaktorer vil være relevant både på arbeidsplassen og i for eksempel et skolemiljø eller et nærmiljø, uten at det faglig sett vil være noe forskjell mellom disse arenaene. Tilsvarende vil det også være i forhold til eksponering for lyd, støy og kjemikalier på henholdsvis arbeidsplassen og i en barnehage. Igjen er forskjellen ikke av faglig art, men ulike arenaer. Slik sett er det også rimelig at arbeidsmedisinske avdelinger kan ha relevans som annenlinjetjeneste for MHV.

I lys av eksemplet med sosiale miljøfaktorer, som både arbeidsmedisin og miljømedisin har inkorporert (dog i varierende grad), er det også mulig at de uklare grensegangene mellom de to fagområdene har sammenheng med fagområdenes ønske om å ekspandere. Dette kan være drevet av økonomiske motiv, faglige motiv eller andre mer symbolske markeringsmotiv. I det siste tilfellet kan det for de arbeidsmedisinske miljøene dreie seg om å konkurrere om oppmerksomhet innenfor en sektor med sterke prioriteringer og store inntjeningskrav. Når noen således avviser at det er relevant med samarbeid, kan dette forstås som en beskyttelsesstrategi for eget fagområde eller eget institusjonelt domene (dvs. relasjonen mellom MHV, Folkehelseinstituttet og eventuelt andre sentrale institusjoner). Når noen MHV viser til at de har god nytte av de arbeidsmedisinske avdelingene, kan dette betraktes som et tegn på at de arbeidsmedisinske avdelingenes faglige ekspansjon har lyktes.

Analytiske dimensjoner

Under denne overskriften som har kapittelnummerering 9, tar Telemarksforskings rapport først opp spørsmålet «Er kompetansen god nok?» (avsnitt 9.1). Det gjelder først og fremst kompetanse innenfor det arbeidsmedisinske feltet. Det samme gjelder stort sett for avsnitt 9.2 («Er kompetansen tilgjengelig?»), avsnitt 9.3 («Kapasitet»), og avsnitt 9.5 («Relevans»).

Avsnitt 9.4 («Prioriteringer») har et delavsnitt som også omtaler hensynet til miljømedisinen samt ønsket om større bidrag fra arbeidsmedisinen til de mer medisinsk uforklarte lidelsene:

Som vi tidligere har vært inne på, forteller de intervjuede at yrkessykdomslista har innflytelse for hvilke type utredninger de arbeidsmedisinske avdelingene får flest av. Enkelte informanter ved de arbeidsmedisinske avdelingene trekker også inn media som en viktig faktor. En av de intervjuede nevner "kvikksølvsaken", "Nordsjødykkerne" og helseundersøkelser etter Vest-Tankulykken som eksempler på saker som har vært sterkt profilert i media, og hvor til og med en representant for regjeringen har kommet med erklæringer av typen *"..i denne saken skal alle steiner snus for å få fakta på bordet."* Spørsmålet om tannlegeassistentenes mulige yrkesskade har vært i media ved flere anledninger, og de arbeidsmedisinske avdelingene har opplevd en stor økning i denne type henvendelser. Ved Avdeling for miljø- og yrkesmedisin ved Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål anslås et tall på 50 saker av dette slaget i året, der avdelingen bare i 3-4 av tilfellene har påvist skader som kanskje kan tilbakeføres til eksponering fra kvikksølv. En avdelingsleder beskriver offshorepasientene og kvikksølvpatientene som en ny type *"pressgrupper"* som skiller seg ut fra de *"typiske arbeidsmedisinske pasientene som står med lua i handa"*. Prioriteringer av oppgaver ved de arbeidsmedisinske avdelingene foretas altså ved avdelingene selv, og de skjer i tråd med spesialisthelsetjenestens forskrifter om prioriteringer. Men enkelte av avdelingene er i liten grad i stand til å foreta noen særlig grad av opp- eller nedjusteringer mellom ulike type oppgaver. Eksempelvis avdelingen ved Oslo universitetssykehuset HF, Ullevål, som har hatt stor pasientpågang i en periode hvor bemanningen har vært marginal.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-51. Stikkord: Telemarksforsking.

Utvikling og status for de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge

Axel Wannag utarbeidet dette bakgrunnsdokumentet for møtet i Helsedirektoratet den 13.1.2015.

Hver av avdelingene har gitt en enkel narrativ beskrivelse av sin egen avdelings historie med utgangspunkt i spørsmålene:

- 1 Hvordan avdelingen ble til i starten med den bemanning og de samarbeidsforholdene med andre som ble etablert.
- 2 Spesielt samarbeidsforholdene – på godt og ondt - med miljørettet helsevern (som jo er temaet for møtet), men også med andre kliniske avdelinger og eventuelt med tekniske yrkeshygieniske tjenester utenfor avdelingen.
- 3 Hvordan utviklingen har vært for avdelingen.
- 4 Hvor avdelingen er i dag med hensyn til bemanning, kompetanse og kapasitet. (Dette som bakgrunn for å se realistisk hvilken utbygging avdelingen vil trenge for også å kunne ta på seg 2. linjetjeneste for miljørettet helsevern)

1. NOU 1988:41 "Fagfeltet yrkesmedisin i Norge"

Utdrag
Axel Wannag

NOUen ble avgitt juni 1988. Den behandler hva oppgavene til en yrkesmedisinsk avdeling den gang ble ansett å burde være, oppgaver som er videre ført i dagens arbeidsmedisinske avdelinger.

(De yrkesmedisinske avdelingenes forhold til miljømedisinen er ikke omtalt da dette ikke lå i mandatet. Men som vi ser i avdelingenes egne beskrivelser nedenfor har avdelingenes kontaktflate mot miljømedisinen utviklet seg etter hvert).

NOUen kommer også med forslag til hvor de yrkesmedisinske avdelingene bør plasseres. Plasseringer som samsvarer med hvor dagens arbeidsmedisinske avdelinger ligger.

I mandatet ligger en forutsetning om at en yrkesmedisinsk avdeling skulle være en integrert del av sykehuset. (Hvorvidt en slik integrasjon virkelig har funnet sted, er nok et åpent spørsmål, men i designen av de små yrkesmedisinske avdelingene var *samarbeid med de organspesifikke avdelingene en forutsetning* med tanke på spesiell utredningskapasitet og laboratoriefasiliteter.)

NOUen bygger på erfaringene fra 10 års drift av den yrkesmedisinske avdelingen ved Telemark sentralsykehus, fra de yrkesmedisinske avdelingene i Danmark og Sverige og lang tids diskusjon om temaet.

Det er fire foreslåtte hovedoppgaver:

1. Pasientrettet arbeid
 - a. Undersøke og behandle pasienter med yrkessykdommer og foreta utredninger av sykdomstilfeller hvor man mistenker at det foreligger en yrkesmessig årsak.
 - b. Undersøkelser av arbeidstakere som er utsatt for arbeidsrelatert sykdomsrisiko.
2. Forskning om- og utredning av yrkesmessige eksponeringsforhold
 - c. Studier av hvordan fysiske, kjemiske, psykologiske og organisatoriske forhold i arbeidsmiljøet virker inn på individets helse.
 - d. Arbeidsplassundersøkelser.
 - e. Undersøkelser som legger grunnlag for forebygging av arbeidsbetingede helseskader.
3. Konsulentoppgaver
 - f. Å være konsultasjons- og informasjonsorgan for myndigheter, institusjoner, bedrifter og enkeltpersoner, der det gjelder yrkesmedisinske spørsmål.
4. Utdanning
 - g. Utdannelse av leger og annet personell til yrkesmedisinsk arbeid.

NOUen gir sin anbefaling til hvordan og *hvor* de yrkesmedisinske avdelingene bør bygges ut. Anbefalingene om hvor er fulgt – men anbefalingen om *hvordan* (personellkategorier, personell mengde og lignende), har det vært tatt mindre (lite) hensyn til mange steder som de enkelte avdelingenes historie nedenfor viser. De fleste avdelingene er ennå ikke rustet opp til det personellbehovet som er anbefalt for en yrkesmedisinsk avdeling i full drift.

NOUen berørte også hvordan de yrkesmedisinske avdelingene kunne samarbeide med de yrkeshygieniske institusjonene som fantes i 1988. De fleste av disse institusjonene er senere lagt ned hvilket skulle tilsi økt bemanning av yrkeshygienikere og tilhørende personell i de yrkesmedisinske avdelingene.

NOUen advarte mot å bygge ut de yrkesmedisinske avdelingene hurtigere enn det ble utdannet kompetente yrkesmedisinere til å fylle stillingen i avdelingene. Et råd vel å merke seg om avdelingen også kan utvides til å støtte miljørettet helsevernarbeid.

2a. Samarbeid yrkesmedisin/miljømedisin Yrkes- og miljømedisinsk avdeling ved Telemark Sentralsjukehus, 1987-1995.

Sverre Langård

Hvordan avdelingen ble til i starten med den bemanning og de samarbeidsforholdene med andre som ble etablert?

Helt siden 1931 har behovet for spesialavdelinger for arbeidsbetingede sykdommer vært erkjent i Norge. Dr. Lorange i Statens Arbeidstilsyn foreslo da at det burde opprettes en yrkesmedisinsk avdeling i Oslo. I Sør-Europa hadde en allerede hatt slike avdelinger i flere 10-år. I 1948 ble en deltids poliklinikk for yrkesbetingede hudsykdommer åpnet ved Rikshospitalet. Denne opphørte å fungere ved begynnelsen av 1960-årene.

Våre naboland, Danmark, Finland og Sverige, har hatt yrkesmedisinske avdelinger ved universitetssykehus helt siden kort tid etter 1945. I Sverige ble det i 1963 lagt fram en stor offentlig utredning om behov for og organisering av yrkesmedisinske sykehusenheter (SOU 1963:46). Denne planen foreslo regional utbygging av fem avdelinger, en plan som var fullført for 10 år siden.

I Norge ble Yrkeshygienisk institutt opprettet i 1947 og ble etablert i permanente lokaler i 1964. Fram til midten av 1970-årene konsentrerte Yrkeshygienisk institutt seg for en stor del om å dekke landets behov for yrkeshygieniske tjenester. De hadde ingen mulighet for å dekke hele landet med yrkesmedisinske tjenester. Behovet for spesialavdelinger for løsning av arbeidsmedisinske problemer, utredning av pasienter med arbeidsbetingede sykdommer og skader, forskning, kompetanseoppbygging, undervisning og informasjon, har derfor vært sterkt. Behovet for en bedre faglig forankring for bedriftshelsetjenesten og vernetjenesten i bedrifter har også vært stort.

Statens Arbeidstilsyn hadde i 1976-77 gradvis gjennomført utbygging av tre landsdelslaboratorier i Kristiansand, Bergen og Narvik, en plan og utbygging som ble gjennomført uten samordning med behovet for arbeidsmedisinske enheter. I mangel av sentral planlegging for utbygging av annenlinjetjenester for arbeidsmedisin, begynte en gruppe leger i nedre Telemark sommeren 1973 å arbeide med planer for en yrkesmedisinsk avdeling i Telemark. Et utvalg, "*Arbeidsmiljø og helse; yrkesmedisinsk samarbeidsprosjekt i Porsgrunn*", på i alt 14 personer deltok i arbeidet og hadde Dr. E Thiis-Evensen sr. som koordinator. Planene ble påskyndet av at det i 1973-74 bl.a. i Telemark ble avdekket nye helseskader forårsaket av vinylklorid.

Den 19. juni 1975 vedtok fylkestinget i Telemark å innarbeide en yrkesmedisinsk avdeling (YMA) i fylkets helseplan. Avdelingens arbeidsoppgaver ble definert i de samme sju punkter som har vært benyttet for de yrkesmedisinske avdelingene ved regionsjukehusene i Sverige.

Disse punktene er:

1. Undersøke og behandle pasienter med yrkessykdommer og foreta utredning av sykdomstilfelle hvor man mistenker at det foreligger en yrkesmessig årsak.
2. Utføre undersøkelser av arbeidstakere som er utsatt for yrkesmessig sykdomsrisiko.
3. Foreta studier til påvisning av hvordan arbeidsmiljøet virker på individets fysiske og psykiske arbeidsevne
4. Foreta yrkeshygieniske, tekniske arbeidsplassundersøkelser.
5. Utføre forskningsarbeid i tilslutning til hva som foran er nevnt.
6. Fungere som konsultasjons(c) og informasjonsorgan for myndigheter, institusjoner, bedrifter og enkeltpersoner, der det gjelder yrkesmedisinske og yrkestoksikologiske spørsmål.
7. Delta i utdanning av leger og annet personell til yrkesmedisinsk arbeid.

Disse punktene/arbeidsoppgavene ble senere innarbeidet i NOU 199/41 (1). En hadde besøkt forskjellige avdelinger for yrkes- og/eller miljømedisin før en begynte å planlegge avdelingen ved Telemark sentalsjukehus. Flere slike avdelinger hadde en toksikologisk, genetisk eller en kombinasjon av begge - innarbeidd som en naturlig del av avdelingenes utredningsarmamentarium. Da en - mens planlegging av YMA i 1976-77 - fikk tilbud fra overlegen ved indremedisinsk avdeling ved sykehusene i Porsgrunn om å få tilført til YMA et lite genetisk laboratorium når YMA ble opprettet, tok en imot dette tilbudet fordi genetiske utredninger ville kunne bidra til både toksikologiske, arbeids- og miljømedisinske problemstillinger.

Dette genetiske laboratoriet utførte etter hvert en del av det miljømedisinsk arbeid ved avdelingen - for en stor del gjennom forskning - og utførte bl.a. omfattende kartlegginger av skadevirkninger av forurensinger i nærmiljøet (Porsgrunn, Skien, Bamble), gjennom genetisk kartlegging: *Arvestoffskader og miljøpåvirkning i Telemark. Del I og II*. Prosjektet ble startet i 1978 og omfattet studier av ett årskull nyfødte i Telemark. Hovedmålet med studien var å undersøke evt. skadevirkningen av eksponeringen av industriforurenset bomiljø på utfallet svangerskapet - korrigeret for eksponering i arbeid egenpåført eksponering (tobakk, alkohol). Prosjektet innbefattet etter hvert spørreskjemaundersøkelse av foreldrene til 1855 nyfødte samt analyse av kromosomene til de nyfødte - med blodprøver fra navlestrengblod - det hele for å studere mulige arvestoffskader. For å undersøke eventuell påvirkning av toksiske stoffer i svangerskapet, registrerte en i prosjektet vekstparametere, kjønnsfordeling, antall tvillingfødsler og større og mindre misdannelser uten påviste kromosomskader.

Alle disse parametere ble sammenholdt med foreldrenes svar på et spørreskjema om yrke, bosted og livsstilvaner. Det var få mødre som arbeidet i utsatte yrker. Det ble derfor ikke påvist noen sikker skadeeffekt av eksponering i arbeid. Det ble derimot vist at foreldre som bodde i industriforurenset bomiljø under svangerskapet i gjennomsnitt fødte barn som var noe mindre av vekst enn de som bodde i Telemarks by og landområder for øvrig. De andre parametere som ble studert, viste også øket hyppighet i forurenset bomiljø, men her kunne det ikke påvises en statistisk sikker forskjell mellom bomiljøene fordi tallgrunlaget ble for spinkelt (2,3,4).

Det ble søkt om midler for å utvide undersøkelsen og innsamling av nye data startet i siste halvdel av 1985. Opplegget ble noe endret fordi det ikke da ikke ble bevilget midler til analyse av kromosomer av alle nyfødte, hvorfor det isteden blir det gjort kromosomanalyse av alt spontan abort materiale som egner seg for analyse, samt at alle vekstparametere og misdannelser blir registrert fortløpende for alle nyfødte. Spørreskjema som foreldrene svarer på i tilknytning til abort og fødsel er forbedret for å ta hånd om eksakt eksponering i yrket inkludert mengde angivelse, samt at familiens sosiale nettverk blir tatt med vurderingen. En del foreldre har vært villige til å stille som kontrollpersoner i spontan abort undersøkelsen. For disse blir det gjort kromosomanalyse fra navlestrengsblod ved fødselen. For

spontan abort delen av undersøkelsen er det bevilget penger til innsamling og vurdering av materialet fram til 1990. En siktet mot å samle inn materiale til fødselsvekt undersøkelsen i alle fall ut 1988, med vurdering av resultatene i 1989. Dette er avhengig av prosjektmidler som bevilges fra år til år.

Avdelingen var også sterkt engasjert i utredningen av de bakenforliggende årsakene til et barnedødsfall utløst av buk av metylbromid for å drepe husbukk i ett hus og hvor skadestoffet hadde passert gjennom kloakksystemet til et annet og lavere liggende hus der ett barn døde og to voksne ble forgiftet.

YMA drev etter hvert også et omfattende arbeid m.h.t. til mulige skadevirkinger av *eksponering for elektromagnetiske felt*, for en stor del i nært samarbeid med kommuner er problemstillingen var aktuell.

Spesielt samarbeidsforholdene - på godt og ondt - med miljørettet helsevern (som jo er temaet for møtet), men også med andre kliniske avdelinger og eventuelt med tekniske yrkeshygiene tjenester utenfor avdelingen.

Gjennom 1980-årene utviklet YMA etter hvert et ganske nært samarbeid med høyskolen i Bø (Telemark) der man drev mye med analyse av jordprøver fra Norge og gradvis i ganske stor skala fra andre land. YMA deltok aktivt i undervisning ved høyskolen om miljømessige og toksiske konsekvenser av evt. høye nivåer av sporelement i naturen, for eksempel opptak av sporelement i kornplanten og overføring til mel.

YMA var med i *Landbruksdepartementets giftnemd* ("Giftnemda" = reguleringsorganet for plantevernmiddel i Norge) over en 10-årsperiode fra 1981 til 1991, der YMA var aktiv gjennom arbeidet Giftnemda og utførte en hel del miljømedisinsk arbeid bl.a. gjennom å utarbeide flere litteraturgjennomganger av mulig fare ved eksponering for ulike plantevernmiddel. YMA hadde gjennom disse 10 årene hovedansvaret for å utarbeide anbefalte vernetiltak mot eksponering for plantevernmiddel med ganske forskjellig faregrad, herunder bidrag til å hindre at pollinerende bier skulle bli skadet i forbindelse med sprøyting og at jord, vann og andre resipienter ikke bli tilført potensielt skadelige substanser. Avdelingen bidro med forelesninger ved en rekke utdanningskurs for brukere av samt personer i omsetningsleddet av plantevernmiddel og var med å gi ut informasjonsmateriell/ læremateriell (5,6).

YMA deltok i utredning av ganske mange forespørsler/problemstillinger knyttet til mulig utslipp av plantevernmiddel til drikkevann/grunnvann i flere kommuner rundt om i landet samt i spørsmål/problemstillinger der enkeltpersoner kunne ha vært utsatt for eksponering for plantevernmiddel brukt mot skadedyr i hus i mange kommuner rundt om i landet. Som ledd i dette arbeidet undersøkte avdelingen også mange pasienter der det var mistanke om at eksponering for plantevernmiddel/skadedyrmiddel hadde ført til skader på helsen hos beboere i hus som var sprøytet.

YMA etablerte raskt et nært samarbeid med kliniske avdelinger ved TSS, spesielt indremedisin, nevrologi og lungemedisin. YMA og de indremedisinske avdelingene avtalte etter hvert de daglige listene over innkomne pasient (med diagnoser) ble sendt til YMS, slik at YMA skulle kunne finne pasienter som kanskje hadde en arbeids- eller miljøbetinget sykdom. Samarbeidet med nevrologene og psykologene ved psykiatrisk avdeling samarbeidet nær om pasienter med mulige 'toksiske' sentralnervøse skader. Etter hvert - spesielt i forbindelse med en omfattende screening (30.000 mennesker) i Telemark, ble det også et meget nært samarbeid med røntgenavdelingen.

I 1983 utarbeidet en ved YMA en femårsplan for utbygging av avdelingen i tidsrommet 1984-88, der forslaget om regionfunksjon for avdelingen ble grundig utredet. Sykehusstyret ga denne planen støtte, men den kom ikke til behandling i fylkets politiske organer. I første halvdel av 1985 så det ut til å komme et gjennombrudd for tanken om regionfunksjon for avdelingen. I august 1985 ble det ved avdelingen avholdt et møte mellom de aktuelle fire fylkene og Helsedirektoratet om eventuell regionfunksjon for YMA. Alle fylkene og Helsedirektoratet var interessert i et nært samarbeid. Det ble vedtatt at det skulle nedsettes en arbeidsgruppe med representanter fra alle disse fylkene, som skulle få i mandat å arbeide videre med planene om regionalisering av avdelingens funksjoner. Arbeidsgruppen er ikke nedsatt ennå.

Regionaliseringen - for å dekke yrkesmedisinske og deler av miljømessige behov i fire fylker (Vestfold, Telemark og Agder-fylkene) - ble gjennomført i 1988-89. I tilknytning til regionaliseringen ble avdelingen tilført økte personalressurser og flyttet inn i nye og romslige lokaler (Skien). En av begrunnelsene for personaløkning ved avdelingen var nettopp at miljømedisinske problemstillinger var blitt en betydelig del av YMA's daglige arbeid. Som en konsekvens av økt miljømedisinsk aktivitet, skiftet avdelingen navn fra Yrkesmedisinsk avdeling til Yrkes- og Miljømedisinsk avdeling.

Mellom 1978 og 1994 gjennomførte avdelingen årlige universitetskurs i bruk av epidemio-logiske metoder for å avdekke arbeidsrelaterte og miljørelaterte sykdommer, dessuten 8-9 årlige kurs fra midte av 1980-årene og utover i forebyggende medisin (miljømedisin) og ga ut arbeider som skulle tjene som grunnlag for leger i å igangsette forebyggende tiltak i befolkningen (7,8,9,10,11).

Hvordan utviklingen har vært for avdelingen?

Gjennom 1980-årene og utover 1990-årene mottok YMA et stort antall henvendelser om miljømedisinske problemstillinger, etter hvert fra hele landet - det siste bl.a. fordi avdelingen frem til slutten av 1980-årene var den eneste avdelingen i sitt salg i Norge. Slike telefonhenvendelser kunne dreie seg om mange forskjellige problemstillinger vedrørende potensielle skadevirkninger hos mennesker av påvirkning fra naturen (f. eks. radon-påvirkning) og men-neskelagede problemstillinger; effekter av plantevernmiddel (rester i mat) på det vi spiser, mulige skadevirkinger av byggematerialer, inneklimate, m.m.. Avdelingen hadde innen dette tidspunktet produsert om alt 150-160 vitenskapelige arbeider innen yrkesmedisin og miljø-toksikologi (5,12), herunder genskader som følge av ytre påvirkning (12) og monitorering av røykere ved røykeslutt med tiocyanat, cotinin in serum CO i utåndingsluft (13). Avdelingen bidro også til å avklare og definere det miljømedisinske fagfeltet (14). Videre bidro avdelingen i utvikling av et "miljøleksikon" (15).

Gjennom siste halvdel av 1980-årene gjennomførte Folkehelse sammen Statens Institutt for Luftforskning et omfattende forskningsprosjekt for å forsøke å avdekke sammenhenger mellom luftforurensning i Grenland og helsemessige effekter/sykdommer blant populasjonen. YMA var sterkt involvert i denne studien som faglig rådgiver og i styringsgruppen for dette omfattende prosjektet.

Avdelingen bidro gjennom mange studier til utvikling av samarbeid mellom sykehusavdeling(er) med Kreftregisteret og dødsårsaksregisteret i monitoring av arbeids- og miljømedisinsk eksponering og kreft/dødsårsaker (16).

Hvor avdelingen er i dag med hensyn til bemanning, kompetanse og kapasitet. (Dette som bakgrunn for å se realistisk hvilken utbygging avdelingen vil trenge for også å kunne ta på seg 2 linjetjeneste for miljørettet helsevern)?

Fra om lag 1990 og utover til 1995, da jeg sluttet ved avdelingen, var det i alt 25-30 fulltids fagfolk på lønnslisten ved avdelingen, og avdelingen var vel rustet til å ta seg av både yrkes- og miljømedisinske problemstillinger fra hele regionen (Agder-fylkene, Telemark og Vestfold), herunder et laboratorium som kunne ta seg av både målinger og analyser fra både arbeidsplasser og fra det ytre og indre miljøet. Avdelingen var også vel utstyrt og hadde faglige ressurser til å ta seg av forskning innen begge fagområdene.

Anbefaling på basis av erfaringene fra avdelingen i Telemark:

I ettertid mener jeg at avdelingen fra om lag 1988 og utover hadde fått en størrelse og hadde de nødvendige personell- og laboratoriemessige ressursene til å ta seg av både yrkesmedisinske og miljømedisinske problemstillinger i for befolkningen i de fire fylkene, og hadde dessuten en viss frihet til å drive relevant forskning. En yrkes- og miljømedisinsk avdeling som skal dekke annenlinje-tjenester innen begge fagfelt for om lag 1 million mennesker, bør ha en samlet bemanning 25-30 fagfolk innen relevante faggrupper.

Referanseliste:

1. NOU 1988/41, "Fagfeltet yrkesmedisin i Norge". 34p.
2. Hansteen IL, Varslot K, Steen-Johnsen J, Langård S. Cytogenetic screening of a new-born population. Clin Genet 1982;21:309-14.
3. Hansteen IL, Heldaas SS, Langård S, Steen-Johnsen J, Christensen A, Heldaas K. Surveillance of pregnancies as a means of detecting environmental and occupational hazards. I Spontaneous abortions, congenital malformations and cytogenetic abnormalities in a newborn population. Hereditas 1987;107:197-203.
4. Hansteen IL, Christophersen N, Langård S. Surveillance of pregnancies as a means of detecting environmental and occupational hazards. II Growth criteria including birth weight, length, and head circumference in a newborn population. Hereditas 1987; 107:205-11.
5. Bjugstad N, Langård S. Plantevernmidler, arbeidsmiljø og helse. I: Kampen mot planteskadegjørere; Plantevernet i Norge 100 år 1891-1991. Norsk landbruksforsk 1991;(Suppl 10):82-6.
6. Langård S, et al.. Arbeidsmiljø ved bruk av plantevernmidler. I Arbeidsmiljøet i Landbruket. (Almaas R, ed.). Landbruksforlaget, Oslo, 1993, p 168-85.
7. Langård S, Waage H. Programme for intervention against asbestos related diseases in the county of Telemark, Norway. In: United States Department of Health and Human Services (DHHS). Proceedings of the VIIth International Pneumoconiosis Conference, Pittsburgh, USA, August 23-26, 1988; vol 1. DHHS, 1990;782-5. (DHHS (NIOSH) 1990; no 90-108.)
8. Langård S. En alternativ arbeidsmåte i forebyggende helsearbeid: Identifisering av sykdomsrisiko som utgangspunkt for prioritering av forebyggelse. Norsk Bedr.h.tj. 1990;11:288-95.
9. Langård S, Reve T. Gjennomføring av forebyggende helsearbeid i fylkene. Tidsskr Nor Lægeforen 1991;111:1517-20.
10. Langård S. Identification and prevention of work- and environment-related individual a priori disease risks. In: The Identification and Control of Environmental and Occupational Diseases. Part II. (Mehlman MA, Upton A, eds). Advances in Modern Environmental Toxicology 1994;23:21-32.
11. Langård S. Fordeling av årsaksvekt ved arbeids- og miljøbetingede sykdommer på basis av epidemiologiske data. Nor J Epidemiol 1994;4:26-31.
12. Jelmert Ø, Langård S, Hansteen IL. Enhanced cytogenetic detection of previous [in vivo] exposure to mutagens in human lymphocytes after treatment with inhibitors of DNA-synthesis and DNA-repair in vitro. Mut Res 1992;271:289-98.
13. Waage H, Silsand T, Urdal P, Langård S. Discrimination of smoking status by thiocyanate and cotinine in serum, and Carbon Monoxide in expired air. Int J Epidemiol 1992;21:488-93
14. Langård S. Miljømedisin - trusler og utfordringer; avklaring av fagfeltet i forhold til medisinen for øvrig. Norsk tidsskr arb med 1993;14:157-63.
15. Miljøleksikon; energi, helse, natur, økologi. (Pleym H, ed.), NKI-forlaget, Oslo 1991. 258p.
16. Langård S. The use of national cancer registers for causality studies and prevention of work related cancer. In Krebsrisken am Arbeitsplatz, (Horst A, Norpoth K, Verkoyen C, eds.). Springer-Verlag; Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest, 1992, pp 95-101.

2b. Arbeidsmedisinsk avdeling, Sykehuset Telemark i dag

Trude K. Fossum
Avdelingsleder/-overlege

Kort om arbeidsmedisinsk avdelingens historie

Arbeidsmedisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark ble formelt åpnet i 1978 som landets første arbeidsmedisinske avdeling. Den var da lokalisert i Porsgrunn, som en del av Telemark Sentralsykehus. Arbeidet med opprettelsen av avdelingen startet i 1973 da det ble nedsatt et utvalg: "Arbeidsmiljø og helse; yrkesmedisinsk samarbeidsprosjekt i Porsgrunn". Initiativtaker og koordinator for dette var Eivind Thiis Evensen Sr. I perioden 1978-85 hadde avdelingen 6,5-9,5 årsverk, men i forbindelse med at avdelingen fikk regionsfunksjon i 1990 fikk den tildelt ytterligere 6,5 årsverk. Tjenestetilbudet var innen arbeidsmedisin, teknisk/yrkeshygienisk laboratorium og genetikkk.

I oktober 1993 flyttet avdelingen til Skien, hvor den fremdeles er lokalisert. Avdelingen ble omorganisert i 2005, og all laboratorievirksomhet (inkludert genetikkk) ble da underlagt avdeling for laboratoriemedisin. Laboratoriet er fortsatt samlokalisert med arbeidsmedisin og tilhører samme klinikk. Genetikkkseksjonen har de siste årene blitt styrket, og har nå alene 17 årsverk. Yrkeshygienelaboratoriet ble ved omorganiseringen betydelig redusert og etter hvert nedlagt. To yrkeshygienikere ble etter omorganiseringen ansatt ved arbeidsmedisinsk avdeling. En yrkeshygieniker har hatt ansvar for eksterne yrkeshygienikeroppdrag, målinger og utleie av måleutstyr, men dette tilbudet er planlagt nedlagt fra 2015 som følge av den økonomiske situasjonen ved Sykehuset Telemark. Den andre yrkeshygienikeren har vurdering av eksponeringsforhold som hovedoppgave. Siden 2005 har antall arbeidsmedisinske legestillinger økt fra 6,5 til 10,5, blant annet som følge av øremerkede midler til de arbeidsmedisinske avdelingene. Det er nå 16 årsverk ved arbeidsmedisinsk avdeling.

Avdelingen har siden 1990 hatt regionsfunksjon for Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder. I tillegg har vi regelmessig henvendelser fra andre fylker, spesielt fra Rogaland, Buskerud og Østfold. Pr. i dag er våre hovedaktiviteter arbeidsmedisinsk poliklinikk, forskning, rådgivning samt utdanning av spesialister i arbeidsmedisin.

Arbeidsmedisinsk avdeling har et veletablert kvalitetsstyringsystem og ble ISO-sertifisert etter ISO 9001:2008 i mars 2014 på områdene; utredning av pasienter, forskning og utdanning av spesialister i arbeidsmedisin.

Samarbeid med kliniske avdelinger

Arbeidsmedisinsk avdeling er organisert i Medisinsk service klinikk (MSK) ved Sykehuset Telemark (nivå 3). Avdelingsleder rapporterer til klinikkssjef, direkte underlagt adm. direktør, og er en del av ledergruppen i klinikken. Arbeidsmedisinsk avdeling har nå blitt en integrert del av det medisinske fagmiljøet på Sykehuset Telemark. Under MSK er også radiologisk avdeling, avdeling for patologi, laboratoriemedisin, genetikkk, fertilitetsavdeling og kreftavdelingen organisert. Det er et godt samarbeid mellom avdelingene internt i klinikken. Arbeidsmedisinsk avdeling ligger på sykehusområdet og i samme bygg som nevrologisk poliklinikk, psykiatri og genetikkk. Arbeidsmedisin og genetikkk har fortsatt et nært samarbeid og det er ytterligere muligheter til samarbeid innen epigenetikkk. I tillegg er det godt samarbeid med andre relevante sykehusavdelinger, også ved Sørlandet sykehus og Sykehuset i Vestfold, som dekker andre deler av regionen. Særlig godt er samarbeidet opp mot de respektive lungeavdelingene.

Beredskap

Arbeidsmedisin er i dag en del av Sykehuset Telemarks beredskap innen atom/nukleær og biologisk – kjemisk ulykke (ABC/NBC-ulykke), og skal primært bestå med informasjon om ulike eksponeringsfaktors virkning samt effekter ved ulike eksponeringsnivå.

Samarbeid med miljørettet helsevern

Vi har tradisjonelt hatt et godt samarbeid med miljørettet helsevern i ulike kommuner. Dette skyldes blant annet at vi i mange år hadde et eget laboratorium for miljøanalyser. Denne delen av laboratoriet ble nedlagt i 2010, men senere henvendelser ble kanalisert til arbeidsmedisinsk avdeling da yrkeshygieniker som hadde hatt ansvar for miljøanalyser ble ansatt ved arbeidsmedisinsk avdeling. Organisasjonens kompetanse på området ble således delvis opprettholdt. I rapporten fra Telemarkforskning fra 2009 (1), utarbeidet etter oppdrag fra Arbeidsdepartementet, kommer det frem at 43 % av de spurte i miljørettet helsevern (MHV) i vår region hadde god kunnskap om arbeidsmedisinsk avdeling i Telemark, og at halvparten av MHV har hatt kontakt med avdelingen for ulike tjenester og ønsket tettere samarbeid.

Miljømedisinske problemstillinger pr. i dag

De fleste henvendelser vedrørende miljømedisin pr. i dag gjelder inneklime i skoler og barnehager, men også i private hjem. Vi bistår også på andre områder, for eksempel innen støy og forurensning fra ulike kilder. Ofte er vår bistand i form av generell rådgivning, evt. utredning av personer med plager relatert til miljøeksponeringer. Eksempler siste år; lekkasje fra parafintank, veistøv og helseeffekter, kloakklukt i bomiljø, tobakksrøyk i privatbolig m. m, men flere henvendelser avvises på grunn av manglende kapasitet.

Måleutstyr

Avdelingen har måleutstyr for måling av støy, lys, fukt, "inneklimemålinger", VOC, elektromagnetiske felt, vibrasjonsmålinger, partikkelteiling, gassmålinger, støvpumper etc. Oppgradering av utstyr har ikke blitt prioritert og deler av utstyret må byttes ut i løpet av en femårs periode. Vi har uformelt samarbeid med private aktører i forhold til oppdrag vi ikke selv kan bistå på.

Kompetanse ved avdelingen spesielt relevant for miljømedisinske utredninger

- Bemanning pr. januar 2015

Ved avdelingen er det ansatt 6 overleger, hvorav en er i postdocstilling og to i stipendiatstillinger. En overlege planlegger toksikologi-utdanning på mastergradnivå i 2015. Det er 4.6 utdanningsstillinger for arbeidsmedisin ved avdelingen, alle besatt. Avdelingen har ansatt egen statistiker, en yrkeshygieniker, en dr. scient. i postdocstilling og en forsknings-sykepleier, i tillegg til kontorpersoneell (16 årsverk).

- **Arbeidsmedisinske utredninger – årsaksvurderinger**

Avdelingen har utredet et stort antall saker, hvor problemstillingen er om eksponeringer enten i arbeidsmiljø eller miljø generelt kan være årsak til sykdom. Problemstillinger relatert til arbeidsmiljø er naturlig nok dominerende. I perioden 2005-14 har vi utredet i overkant av 3000 saker hvorav ca halvparten har vært sakkyndigerklæringer. Arbeidsmetode og tilnærming som vi har til arbeidsmedisinske årsaksvurderinger, er direkte overførbare til miljømedisinske problemstillinger.

- **Forskning**

Vi har for tiden flere pågående prosjekter. Relevante prosjekter inn mot samfunns- og miljømedisin foregår innen områdene astma, allergi, legionella, kosthold og fysisk aktivitet, og noen av disse kommenteres nedenfor. Vi har flere sentrale samarbeidspartnere innen forskning, både nasjonalt og internasjonalt. Professor Johny Kongerud ved UiO/Rikshospitalet, professor Kjell Toren ved Göteborgs universitet og Paul Henneberger fra National Institute of Occupational Safety and Health, USA, ulike medisinske avdelinger, genetikavdelingen, STAMI og Folkehelseinstituttet er noen av dem.

Befolkningsstudie - Astma i Telemark

Et spørreskjema om luftveisplager og risikofaktorer både i arbeid og fra miljøeksponeringer ble i 2013 sendt ut til et tilfeldig utvalg på 50.000 i Telemark. Faktorer som allergi, miljøforhold som luftforurensing, veistøv, boforhold/inneklima og kosthold er kartlagt. Oppfølging er planlagt i 2016.

Case-control - Astma i Telemark

Personer med lege-diagnostisert astma og en kontrollgruppe (ca 2000 personer) innkalles fortløpende. Deltagerne i studien mottar eget spørreskjema vedrørende blant annet spesifikk arbeidsrelatert eksponering og miljøfaktorer. Spirometri, NO i utåndingsluft og diverse blodprøver, blant annet med tanke på inflammasjon blir tatt.

Det gjøres også gensekvensering av astmatikere og kontroller. Målet er å bidra til en bedre beskrivelse av forskjellige fenotyper av astma. Vi bruker metoden "next generation gene sequencing". Arbeidsrelatert astma og astmatikere med overvekt har spesielt fokus.

Pneumoni/Legionellaprojekt

Det er kartlagt bakterielle årsaker til lungebetennelse hos pasienter innlagt ved Sykehuset Telemark og Østfold, med spesiell vekt på Legionella og risikofaktorer for dette.

Kosthold, fysisk aktivitet og vektutvikling blant barn og unge i Telemark

En kohortstudie av et årskull barn i Telemark. Disse er fulgt fra 4. trinn i 2007 og skal følges opp frem til 2025. Data fra undersøkelsen brukes aktivt av fylkeskommunen og kommunene i Telemark til planlegging av folkehelsearbeid.

Det vises ellers til hjemmesiden vår www.sthf.no/arbeidsmedisin for mer informasjon om disse og andre prosjekter ved avdelingen.

Ny kompetanse/ ressurser nødvendig ved en evt. 2.linje funksjon innen MHV

Dette vil være avhengig av omfang av og hvilke oppgaver innen miljørettet helsevern som man evt. tillegges ansvar for. Yrkeshygienedelen må uansett styrkes ved en eventuell 2. linjefunksjon da vi pr. i dag har en begrenset bemanning på området. Deler kan organiseres ved samarbeid med yrkeshygienikere tilknyttet eksterne laboratorier, men dette vil dekke bare deler av behovet. Tilstrekkelig intern yrkeshygienisk kompetanse vil være en forutsetning for en helhetlig 2. linjefunksjon. Hvilke ressurser som vil kreves på legesiden, vil også være avhengig av type oppgaver innen miljørettet helsevern og omfanget av disse. Interne forsknings- og prosjektmidler ved avdelingen vil i større grad kunne forsvares brukt inn mot miljømedisinske problemstillinger enn det det gjøres i dag, dersom det besluttes at annenlinjefunksjon/ regionale kompetansemiljøer for MHV skal legges til de arbeidsmedisinske avdelingene.

Referanser

Arbeidsmedisin i vakuum? Evaluering av det arbeidsmedisinske tilbudet. TF-rapport nr. 251

3. Arbeidsmedisin og miljømedisin ved Arbeidsmedisinsk avdeling på Regionsykehuset i Trondheim (RiT)/ St. Olavs Hospital HF

Bjørn Hilt

Vår arbeidsmedisinske avdeling (AMA) ved det som den gang het Regionsykehuset i Trondheim (RiT), som var et fylkeskommunalt sykehus, ble opprettet i 1990 basert på en utredning fra 1985 fra flere miljøer på sykehuset og Institutt for samfunnsmedisin (ISM) ved NTNU og på den senere NOUen. Fylkeskommunen mottok gladelig de øremerkede midlene som HOD stilte til rådighet, men bidro ikke selv med annet enn tjenester i forhold til overordnet administrasjon, økonomistyring, lønn og personal. Bemanningen på avdelingen var fra starten to overleger, en sykepleier, en yrkeshygieniker og en kontorleder. Ganske snart fikk vi også etablert en utdanningsstilling for assistentlege. De to overlegene ved avdelingen ble fra starten ansatt som faglærere ved ISM på Det medisinske fakultetet (DMF).

AMA etablerte tidlig kontakter med bedriftshelsetjenestene i regionen, bl.a. med å arrangere to årlige arbeidsmedisinske temadager for bedriftshelsepersonell, noe som alltid har vært godt besøkt og som vi har fortsatt med helt fram til i dag.

I tillegg til ISM ved DMF har avdelingen også fra starten hatt nært samarbeid med Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse (IØT) ved SVT fakultetet ved NTNU der de alltid har hatt både yrkeshygienisk og miljøfaglig kompetanse. Representanter fra AMA har også gjennom årene vært med i flere grupper som har utredet tverrfaglige og tverrfakultære miljørettede satsinger ved NTNU.

I den praktiske hverdagen har vi fra tid til annen også hatt noen henvendelser fra interesserte kommuneleger som har søkt råd i forhold til hygieniske og/eller toksikologiske problemstillinger.

I Trondheim var det også litt spesielt at DMF, da vi fikk fullstendig medisinstudium fra 1992, vedtok at miljømedisin, ved siden av medisinsk biologi og medisinske atferdsfag, skulle være et satsningsområde ved fakultetet. Fra AMA var vi med i planleggingen av dette og bidro til at undervisning i arbeidsmedisin og miljømedisin på mange måter går som en grønn tråd gjennom medisinstudiet, selv om den store satsingen i form av stillinger m.m. dessverre uteble. For miljømedisinsk undervisning for medisinstudentene har vi brukt miljøkompetanse fra IØT, Miljøavdelingen i Trondheim kommune, gruppen for miljøkjemi ved Kjemisk institutt, Mattilsynet og Folkehelseinstituttet (to toer-professorstillinger i en periode). Studentene har også satt pris på mangeårige bidrag fra nå avdøde miljøfilosof Sigmund Kvaløy Sætereng. Ved siden å ha vært tett engasjert/hatt ansvar for studentenes læring i miljømedisin har vi fra AMA også i mange år på 1990- og 2000-tallet arrangert kurs i miljømedisin primært for arbeidsmedisinere og samfunnsmedisinere innenfor systemet for legers videre- og etterutdanning. Vi har også gjennom årene hatt noen medisinstudenter som har gjort hovedoppgaver i mer eller mindre miljømedisinske emner hos oss, bl.a. en om luftforurensing og hjerte-karsykdom i Trondheim og en om tobakksforebyggende arbeid i Tanzania.

Det som er beskrevet ovenfor har vi gjort med de begrensede midler som avdelingen har hatt til egentlig å drive arbeidsmedisinsk og yrkeshygienisk virksomhet som i stor grad har vært utadrettet mot arbeidslivet i regionen.

Ellers har vår avdeling alltid vært begunstiget med midler til FoU-virksomhet av ymse slag innenfor et vidt tematisk arbeidsmedisinsk/yrkeshygienisk spekter som luftveislidelser hos husdyrbønder, arbeidsmiljø og helse i koksverk/jernverk, oljetåke i skipsmaskiner, inneklime på sykehjem, støv og hjerte-karsykdommer, kokker og helse, kvikksølveksponering hos tannhelsepersonell, organiske løsningsmidler, ulykker i landbruket, bønders psykiske helse, rehabilitering av tunneller, eksponering for diatermirøyk i operasjonsstuer, legers helse, krefthyppighet og dødelighet ved et jernbaneverksted m.m. En del av forskningen foregår sammen med bl.a. IØT, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og andre ved ISM. Kompetansen og erfaringen i forskning om arbeid og helse bør også kunne anvendes til å utføre/veilede forskning i miljømedisinske temaer.

I 2004 ansatte vi en overlege finansiert av prosjektmidler. I 2008 fikk vi 3,6 millioner i styrkingsmidler fra «raskere tilbake» for å bedre spesialistutdanningen og utredningskapasiteten. De midlene ble brukt til å øke antallet faste overleger til fire og til å ansette en lege i spesialisering samt tilknytning av ekstern forskningskompetanse. Rokkeringen av en overlegestilling gjorde det også mulig å ansette en yrkeshygieniker nummer to.

AMA har de siste par årene vært sentrale i sykehusets utredning av mulighetene for å etablere en tverrfaglig kompetanseenheter for allergi og overfølsomhet. Utredningen går inn for at en slik enhet skal knyttes opp mot AMA.

To dystre og belastende hendelser for AMA var trusler fra direktør/sykehusstyre i 2000 og 2006 om nedlegging av avdelingen. Da mobiliserte vi bredt og ble reddet av gode argumenter og støtte fra mange, samt det faktum at avdelingen jo blir drevet av midler gjennom rammetilskuddet for Helse Midt-Norge (HMN) som ville forsvinne ved en nedleggelse. Fra 2006 har den nåværende ledelsen ved St. Olavs hospital garantert vår fortsatte eksistens, men også på ny fattet beslutning om at avdelingen skal drives innenfor det nærmest øremerkede rammetilskuddet som gis til HMN for å sørge for en arbeidsmedisinsk andre- (og tredje-)linjetjeneste i vår region.

Fra AMA ser vi godt behovet for en miljømedisinsk og miljøhygienisk andre- (og tredje-)linjetjeneste i som faglig støtte for de som driver med miljørettet helsevern i kommunene og andre. En slik funksjon ville først og fremst innebære faglig og praktisk rådgiving, men også arrangering av faglige samlinger og ikke minst FoU aktivitet gjennom egen forskning, veiledning og kontaktformidling til andre miljøer med miljøkompetanse ved NTNU/Sintef. Det er imidlertid også klart at en slik satsing i tillegg til vår arbeidsmedisinske og yrkeshygieniske virksomhet måtte bety en styrking av både den miljømedisinske (leger) og miljøhygieniske (personer med kjemi- og prosesskompetanse) kompetansen ved avdelingen.

AMA har i dag følgende stillinger:

- 4 overleger i arbeidsmedisin (hvorav en besatt av LIS)
- 1 spesialistsykepleier
- 2 yrkeshygienikere
- 1 kontormedarbeider
- 3 LIS (hvorav en midlertidig for styrkingsmidler)
- 1 forskningsrådgiver (20 %)
- 1 utdanningsstilling innen yrkeshygiene (midlertidig for prosjektmidler).

4. Orientering om Yrkesmedisinsk avdeling (YMA), Haukeland universitetssykehus (HUS)

Tor Aasen /Marit Grønning

Forberedende fase

Fra midten av 1980-tallet ble sykehuset i økende grad klar over behovet for målrettet innsats overfor arbeidsbetinget sykdom, både i forbindelse med trygd- og erstatningssaker og ved bevissthet om pågående eksponering som innebar sykdomsrisiko. I desember 1987 oppnevnte Sosialdepartementet en gruppe for å utrede fagfeltet yrkesmedisin. Denne gruppen var bredt sammensatt og ledet av avd. overlege Sverre Langård og avga sin innstilling i juni 1988 som NOU 1988: 41 «Fagfeltet yrkesmedisin i Norge». Ved HUS forberedte en lokal gruppe bestående av avd. overlegene/professorene Johan Aarli, Amund Gulsvik og Hans-Kristian Krogh (Neurologisk avd., Lungeavdelingen og Hudavdelingen) opprettelsen av en yrkesmedisinsk avdeling ved HUS.

Startfase

Avdelingen startet forsiktig opp 1.11.1989 med 2 leger (med henholdsvis neurologisk og lungemedisinsk kompetanse), yrkeshygieniker og sekretær. Et hovedproblem fra starten var mangel på spesialist i yrkesmedisin (senere arbeidsmedisin). Dette ble til en viss grad avdempet ved assistanse fra andre avdelinger, men dette gjorde det umulig å starte utdanning av spesialister i arbeidsmedisin før den første arbeidsmedisinere ble ansatt i 1996.

Videre oppbygging

Yrkesdermatologi

Etter spesiell bevilgning fra Hordaland fylke, ble det ansatt dermatolog i 1995 som organiserer tilbudet innen fagfeltet på Vestlandet. Yrkesmedisinsk avdeling mottar mange henvisninger av pasienter med mistenkt arbeidsrelatert hudsykdom. I denne utredningen tester man om pasienten reagerer på ulike kjemikalier ved hjelp av lappetest (epicutantest).

Seksjon for hyperbarmedisin

I 1995 ble det også bestemt opprettelse av en egen enhet for hyperbar medisin som skulle ha ansvar for oppbygging av elektiv hyperbarmedisinsk behandling i Norge som landsfunksjon og ellers ha ansvar for akutt hyperbarmedisinsk behandling på døgnbasis. Dette skjedde i nært samarbeid med Sjøforsvaret og Norsk undervannsinstitutt (NUI).

Allergiseksjon

I 1996 ble det startet opp et prosjekt «Senter for yrkes- og miljøallergologi (SYMA)» ved YMA i samarbeid med Lab. for klinisk biokjemi som har en omfattende laboratorieallergologisk kompetanse. Dette ble videreført og omdannet til «Seksjon for klinisk spesialallergologi» i 2005. Det danner nå også grunnlaget for det regionale allergisenter.

Senter for sjøfartsmedisin

Senteret ble besluttet opprettet i Stortingsproposisjon 1, 2004-2005. Før dette hadde det vært arbeidet i flere år fra personer med nær tilknytning til miljøer med interesse for maritim medisin, slik som Radio Medico i Bergen, Norsk Forening for Maritim Medisin, Saniteten i Sjøforsvaret og Fylkeslegen i Rogaland og Hordaland. Det ble startet opp interimsdrift ved senteret fra og med 2005 og fikk de første ansatte i faste stillinger fra 1. juni 2006. Senteret har vokst gradvis og er i dag aktivt både i inn- og utland med ialt 13 ansatte, de fleste i deltidsstillinger (i henhold til september 2012).

Kompetansesenter i dykkemedisin

Nordsjødykkerprosjektet ble finansiert av Sosialdepartementet og evaluert av Helsedirektoratet som foreslo opprettelse av et kompetansesenter for dykkemedisin. Nasjonalt kompetansesenter i hyperbar og dykkemedisin ble opprettet fra 1. januar 2008 etter initiativ blant annet i St.meld. nr 12 (2005-2006) "Helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten" fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) fordi man så betydningen av et medisinsk kompetansesenter som er uavhengig av operatørselskapene, har en sterk vitenskapelig forankring og en godt etablert posisjon i spesialisthelsetjenesten. Det var også kommet sterke positive signaler om behovet for et slikt kompetansesenter fra dykkerne og deres fagforening Industri og energi, fra LO og fra industrien.

Jobbfast

Jobbfast – forskningspoliklinikk for traumer og psykososiale belastninger i arbeidslivet startet opp 15. august 2011. Poliklinikken mottar pasienter fra hele landet, henvist fra lege eller psykolog i første- og annenlinjetjenesten. De som kan henvises, er personer med helseplager relatert til konflikter, mobbing, varsling og seksuell trakassering på arbeidsplassen.

Større forskningsprosjekter

Fra midten av 1990-tallet ble det etter hvert mulig å starte noen større forskningsprosjekter (tillegg til mange mindre): Lateksprosjekt, bakeriprojekt og Nordsjødykkerprosjekt. Disse fikk en betydelig verdi i tillegg til publikasjon ved å øke forskningskompetansen, men også for å bedre de kliniske funksjoner innen allergologi og dykkemedisin. Prosjektet «Helseeffekter etter Sløvågulykken» ble avsluttet i desember 2013 etter 5 års drift. Dette prosjektet ble utført på oppdrag fra Helsedirektoratet og finansiert med årlig bevilgning over statsbudsjettet i prosjekt-perioden. Lungehelseundersøkningen i Bergen (RHINE) er en oppfølging av deltakere fra sju Nord-Europeiske sentre som deltok i den europeiske multisenterstudien ECRHS. En vesentlig del av studien blir gjennomført ved yrkesmedisinsk avdeling. NFR evaluerte i 2013 forskningaktiviteten ved avdelingen: «Avdelingen redovisar en omfattende publicering (cirka 2,5 publikasjoner/forskarår), med cirka 30 internasjonelle publikasjoner/per år, varav flere i høyt rankede tidsskrifter fra innen lung- og luftvagsområdet. Publikasjonslisten viser en økende vitenskapelig produktivitet. Enheten er i høy grad multidisiplinær på høy nivå».

Ressurser og organisering

Yrkesmedisinsk avdeling (YMA) har (primo 2014) til sammen 46,7 årsverk. Flere ansatte har bistillinger eller delte stillinger, enten en kombinasjon av arbeid ved Universitetet i Bergen og YMA, eller at de er ansatt ved ulike seksjoner ved avdelingen. Avdelingen har mange ansatte med forskerkompetanse (PhD) og mange professorer innen ulike fagfelt. YMA er organisert som en Nivå-2-enhet dvs. direkte under foretaksledelsen.

Miljømedisin

Miljømedisin er et viktig felt som er blitt aktualisert i forb. med Sløvågprosjektet etter ulykken i mai 2007. HUS fikk vel ett år etter dette ansvar for oppfølging av befolkningen. En femårig prosjektperiode ga et solid grunnlag for videre kompetanseoppbygging innen fagfeltet hvor etablert kompetanse særlig innen arbeidsmedisin, yrkeshygiene, toksikologi, epidemiologi og allergologi kan direkte omstilles til miljømedisinske problemer. Infrastrukturen ved de arbeidsmedisinske avdelinger vil kunne benyttes også til å løse miljømedisinske utfordringer.

Meld. St. 34 (2012–2013) – Folkehelsemeldingen går inn for at det «skal vurderes å utvikle arbeids- og miljømedisinske sentre i helseforetakene til regionale kompetansemiljøer også på miljømedisin. Oppgaven som er tiltenkt de arbeidsmedisinske sykehusavdelinger må imidlertid tydeliggjøres og avgrenses i forhold til andre aktørers (spesielt kommuners og Folkehelseinstituttets) ansvar. Sykehusenes planlegging må i stor grad rettes inn i forhold til de sentrale myndigheters intensjoner som foreløpig er i liten grad kommunisert. Oppgaven antas dels å innebære en beredskap i forhold til miljøkatastrofer (eksplosjoner, branner, utslipp etc.) og dels utføre løpende risikovurderinger i forhold til lokal miljøutfordringer. Det er behov for bemanning (minimum lege og yrkeshygieniker med spesialkompetanse). Dersom slike enheter også skal ha ansvar for innklimaproblemer vil det også være behov for bygningsteknisk kompetanse. Konferansen i Helsedirektoratet 13. januar 2015 vil kunne bringe nærmere avklaring i disse spørsmål.

5. ARBEIDS- OG MILJØMEDISINSK AVDELING, UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE: Historie 1988-2014, med noe vekt på miljømedisin

Skrevet 04.12.14 avdelingsleder Jan Haanes

Startfase

Da det ble bestemt å opprette regionale yrkesmedisinske avdelinger i Norge, var avdelingen ved Regionssykehuset i Tromsø først ut. Dette

fordi en antok at det ville være vanskeligst å rekruttere kompetanse hit. Flere fagmiljøer ved sykehuset engasjerte seg i opprettelse av avdelingen, bl.a. klinisk farmakologisk avdeling. For å øke sjansen for å rekruttere en overlege som kunne lede avdelingen, ble det tilbudt bistilling som professor ved universitetet. I 1988 og 89 var det to leger som for en kort tid var inne i slik kombinert stilling (toksikolog og fysikalsk medisiner). I 1989 tiltro en nydannet spesialist i yrkesmedisin avdelingsoverlegestillingen.

Tidlig oppbyggingsfase

Fra 1989/90 var avdelingens bemanning en overlege, to assistentleger, en fysioterapeut, en yrkeshygieniker og kontorleder. Etter hvert tilkom en ingeniørstilling i audiologi. Utover på begynnelsen av 1990-tallet tilkom ytterligere en ingeniørstilling i audiologi (begge som del av øre-nese-halsavdelingen), ytterligere en yrkeshygienikerstilling (den første yrkeshygienikerstillingen var blitt del av klinisk farmakologisk avdeling), testtekniker for nevropsykolog (del av neurologisk avdeling) og en egen nevropsykolog. En assistentlege ble etter hvert konstituert i overlegestilling, samtidig som en fortsatte med to assistentleger, dette økte antall leger til fire. Det var ingen tilknytning til universitetet.

Tjenestetilbudet bestod av utredninger/spesialisterklæringer ved mistanke om yrkessykdom, litt undervisning, litt forskning/prosjektarbeid og litt rådgivning overfor eksterne. Det ble i svært liten grad ytt tjenester relatert til miljømedisin.

Videre oppbygning

Siste del av 1990-tallet var preget av videre oppbygning av avdelingen. I 1997 endret avdelingen navn til arbeids- og miljømedisinsk avdeling og ble delt i tre seksjoner: en for arbeidsmedisin, en for miljømedisin og en for yrkes- og miljøhygiene. Avdelingen ble ledet av et lederteam og en avdelingsleder. Avdelingen ble fra 1997 tilført tre friske stillinger rettet mot miljømedisin: en overlegestilling (besatt fra 1999) og to stillinger for bioingeniør. I årene omkring år 2000 ble de stillingene som var lagt til andre avdelinger "hentet tilbake"/avviklet. Dette gjorde av delingen fikk en audiolog og to yrkeshygienikere. Ytterligere en yrkeshygienikerstilling tilkom i forlengelsen av et prosjekt med park for utleie av måleinstrumenter for nord-norske bedriftshelsetjenester og bistand til måling av narkosegass ved nord-norske sykehus. Nevropsykolog, og etter hvert fysioterapistillingen, ble omgjort til stillinger for samfunnsvitere rettet mot psykososiale arbeidsmiljøforhold. En ny stilling for sekretær ble opprettet. To av yrkeshygienestillingene ble knyttet til universitetet i bistillinger.

Tjenestetilbudet ble nå utvidet. Antall utredninger/spesialisterklæringer økte. Det ble gitt et breiere tilbud til landsdelens bedriftshelsetjenester: kurs ble arrangert, måleutstyr ble leid ut, det ble gitt bistand ved problemstillinger (råd per telefon eller oppdrag i felt) og kontaktreiser. Etter hvert ble ansvaret for undervisning av medisinstudenter overtatt, og det ble også ytt annen undervisning på universitets-, høyskole- og andre nivå. Forskningsaktiviteten økte, særlig forhold til eksponeringer i fiskeriindustrien og tilhørende helsepåvirkninger. Det miljømedisinske tilbudet var initialt i all hovedsak rettet mot uheldige eksponeringer og forhold i inneklimate, herunder allergiproblematikk. Dette tilbudet var i liten grad pasientrettet, men inkluderte noe forskning, prosjekter, veiledning ved oppståtte inneklimateproblemer og undervisning av helsepersonell. Etter hvert ble tilbudet utvidet til andre miljømedisinske problemstillinger, som forurensningsproblematikk, og det ble etablert noe kontakt med kommunalt miljøretta helsevern.

Videreoppbygging av kompetanse

Første halvdel av 2000-tallet var det slutt på oppbyggingen av avdelingen. Den miljømedisinske virksomheten ble redusert med en bioingeniørstilling mens den andre ble omgjort til en miljøhygienikerstilling. Seksjoneringen av avdelingen ble avviklet og avdelingen ble igjen ledet av en avdelingsleder (som også var avdelingsoverlege). Avdelingens stab hadde blitt mer erfarne faglig og i forhold til de tjenestene som ble ytt. To av yrkeshygienestillingene ble omgjort til forskerstillinger, PhD stipendiater med ekstern finansiering ble tatt inn i avdelingens forskning på fiskeriindustri og helse. En assistentlege og en samfunnsviter fikk anledning til å påbegynne PhD som del av stilling ved avdelingen.

Tjenestene var i prinsippet de samme som beskrevet i forrige underkapittel. I forhold til miljømedisin ble det fortsatt ytt bistand og undervisning i forhold til inneklimateproblematikk og noe miljømedisins utover det. Videre overtok avdelingen en del av, og så etter hvert hele, ansvaret for landets eneste kurs for leger i miljømedisin (et ukeskurs, obligatorisk for spesialiteten i arbeidsmedisin og lenge i samfunnsmedisin).

Utbygging av arbeidsmedisin

Fra 2009 ble den arbeidsmedisinske virksomheten utvidet som følge av de øremerkede midlene for å øke spesialistutdanningen i arbeidsmedisin. Det ble opprettet to overlegestillinger, to stillinger for lege i spesialisering og en yrkeshygienikerstilling. Omtrent samtidig ble et langvarig engasjement som ingeniør med ansvar for laboratorievirksomheten i forskningen på fiskeriindustri og helse omgjort til fast stilling. Videre ble det opprettet ny stilling i forhold til psykososialt arbeidsmiljø som ble besatt av psykologspesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi.

Utvidelsene av avdelingen økte tjenestetilbud, volum og kvalitet i forhold til hele det arbeidsmedisinske spekteret. Utvidelsene var i liten grad rettet mot miljømedisin og dette tilbudet forble slik det var.

Nåsituasjonen

Sykehusets vanskelige økonomiske situasjon har medført reduserte midler for 2014 og 2015. Dette har ført til at stillinger er holdt vakant og driftsmidler er redusert. Foreløpig er ikke stillinger permanent inndratt. Nåværende stillingsoppsett for avdelingen er: To stillinger for kontor, to stillinger for samfunnsvitere, en stilling for psykologspesialist, seks stillinger for yrkeshygienikere/laboratorie, fire stillinger for lege i spesialisering og fem stillinger for overleger (inkludert avdelingsoverlege). Avdelingslederfunksjonen og fast stedfortreder for denne er tillagt fagstillingene (pt. henholdsvis overlege og yrkeshygieniker). I tillegg kommer eksternt finansierte PhD stipendiater og masterstudenter. Over år har eksternt finansierte forskning og prosjekter utgjort et betydelig tilskudd til avdelingen. Dette har også gitt frikjøp av fast ansatte, slik at reduserte ordinære midler ennå ikke har ført til nedbemanning.

Kompetansemessig har avdelingen utviklet seg betydelig også de siste årene. Bl.a. har det for første gang vært mulig å besette alle overlegestillingene fast. En stor del av de fagansatte utenom legene har PhD kompetanse, også to leger har slik kompetanse. Det er også viktig at den bredt faglig sammensatte staben har utvidet det tverrfaglige samarbeidet, slik at den samlede kompetansen utnyttes i tjenesteytingen. Det eneste store fagområdet innen arbeidshelse som nå ikke dekkes er ergonomi/muskel-skjelettplager i arbeidslivet – det er behov for å bygge opp kompetanse innen dette området, men det er pt. ikke ressurser til det. Fire av overlegene deler nå på en bistilling

ved universitetet. Fra før har to yrkeshygienikere i forskerstillinger hver sin bistilling ved universitetet. Det er noe samarbeid med aktuelle andre avdelinger på sykehuset og andre sykehus i forbindelse med pasientarbeidet (nevrologi, hud, lunge mv.)

Innen arbeidsmedisin er det et bredt tjenestetilbud og med en jevnt over solid kvalitet. Antall pasienter som utredes og antall spesialistklæringer er noe økt. Det gis et bredt tilbud til landsdelens bedriftshelsetjenester: flere kursdager årlig (fast i både Tromsø og Bodø, samt ad hoc andre steder), måleutstyr leies ut/ opplæring gis, bistand ved en rekke problemstillinger i BHT og virksomheter (alt fra råd per telefon til oppdrag i felt) og informasjon via nettsider og brosjyrer. Det ytes undervisning av medisinstudenter og til dels omfattende annen undervisning på universitets- og andre nivå (bl.a. psykologi bachelor og HMS-utdanninger). Forskningsaktiviteten er relativt høy. Fortsatt er eksponeringer i fiskeriindustrien og tilhørende helsepåvirkninger et viktig område. Det andre store satsningsområdet er helse i gruveindustrien, med primært fokus på vibrasjonseksponering. Videre er et fenomenologisk PhD prosjekt i for hold til "medisinsk uforklarte plager" i ferd med å ferdigstilles. Et mer praktisk rettet forebyggende prosjekt går på tilpasning av åndedrettsvern. Alle arbeidene skjer i samarbeid med både Nordkalotten (Russland, Finland, Sverige og Norge) og øvrige miljøer.

Det miljømedisinske tilbudet er av klart begrenset omfang, det brukes totalt sett i underkant av ett årsverk. Det markedsføres i begrenset grad i landsdelen, gitt avdelingens tilgjengelige ressurser til området. Brukere er de kommunale miljøretta helsevern og andre som kjenner til oss, og noen nye innimellom. Tilbudet er i liten grad pasientrettet, men pasienter med "helseplager tilskrevet miljøfaktorer" har tilskrivninger både i og utenfor arbeid. I hovedsak består tilbudet av: bistand ved problemstillinger i MHV og private (alt fra råd per telefon til oppdrag i felt), informasjon via nettsider og brosjyrer, ukeskurset for leger i miljømedisin, noen kursdager og litt utleie av måleutstyr/opplæring. Inneklimaproblematikk er fortsatt sentral, men også andre miljømedisinske problemstillinger inngår, herunder forurensningsproblematikk. Avdelingen har et klart ønske om å øke den miljømedisinske innsatsen, dersom det tilføres friske ressurser til det. På områder som er viktige for MHV har avdelingen kompetanse som kan brukes og videreutvikles.

6. Miljø- og yrkesmedisin, Ullevål sykehus (MYMUS) – nå AMY – Historiske linjer - 1993-2008

Finn Levy
Pensjonert avdelingsoverlege

Historikk

Generalplanen for fagområdet yrkesmedisin utarbeidet av Den norske lægeforening påviste behovet for yrkesmedisinske avdelinger. Flere yrkesmedisinske avdelinger ved regionsykehusene ble opprettet med basis i NOU 1988:41 om yrkesmedisinske avdelinger ved regionsykehusene i Norge, etter Telemark 1977, Tromsø 1988, Bergen (Institutt for bedriftsmedisin) 1988, deretter Trondheim, Ullevål og Rikshospitalet.

I forbindelse med formannskapsvedtak av 16. september 1987 om reorganisering av Oslo Helseråd ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å utrede en yrkesmedisinsk poliklinikk ved Ullevål sykehus. Det ble utarbeidet en innstilling fra arbeidsgruppen 13/1-88 og presentert på et seminar med invitasjon av alle berørte parter 21.04.1988. Det ble i ettertid av dette og NOU 1988:41 vedtatt å opprette en yrkesmedisinsk poliklinikk ved Ullevål sykehus (YMUS) bl.a. ved å overføre overlegestillinger fra Oslo Helseråd til Ullevål sykehus.

Det var forut for seminaret stor oppslutning på Ullevål om opprettelse av Enhet for miljø- og yrkesmedisin, og et flertall av avdelingene på Ullevål gikk inn for dette (se Arbeidsgruppens innstilling: Yrkesmedisinsk poliklinikk, Ullevål sykehus, YMUS, oversendt Helse og sykeshusdirektøren i Oslo 13. januar 1988.)

MYMUS ble vedtatt opprettet 1. juli 1992 som et utviklingsprosjekt for 3 år under Forskningsforum Ullevål sykehus, under navnet Enhet for miljø- og yrkesmedisin, ved overføring av stillingshjemler fra Oslo Helseråd spesielt for hudlege og lungelege til Ullevål sykehus (MYMUS), dog uten reelle tiltak for å ansette miljømedisinsk kompetanse.

Delvis på grunn av lav bemanningsplan (kun én overlege, assistentlege, 0,5 yrkes-hygieniker og 0,5 sekretær og organspesialist i resp. hud-, lunge- og nevrologiske sykdommer) ble stillingen som overlege i yrkesmedisin i starten ikke besatt, før tiltredelse av avdelingsoverlege, spesialist i arbeidsmedisin, 30. aug. 1993.

Poliklinikken ble derfor den første tiden fra 1/7-1992 drevet av lungespesialist og med sekretærfunksjon på lungepoliklinikken til 1/1-1994, samt tilknyttet hudlege som arbeidet med doktorgrad i yrkesdermatologi. Arbeidsmedisinske problemstillinger ellers ble ivaretatt av bedriftslege / yrkesmedisinere på timebasis, bl.a. fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami).

Avdelingen har også senere hatt et nært samarbeid med Stami når det gjelder yrkeshygieniske vurderinger, medisin og epidemiologi, samt undervisning. Avdelingen har tilbudt undervisning for leger i utdanningsstilling både på Stami og Senter for miljø- og yrkesmedisin (SYM) på Rikshospitalet.

MYMUS var således og til 1/7-1995 formelt et prosjekt under Forskningsforum, Ullevål sykehus (FUS) med sekretariat på Lungepoliklinikken, og ledet av spesialist i lungesykdommer med arbeidssted på lungeavdelingen, hudsykdommer og deltids ansatt spesialist i arbeidsmedisin. Den kom således først formelt i funksjon som spesialavdeling i september 1993 etter tilsetting av spesialist i arbeidsmedisin.

Fra 1/1-94 ble avdelingen samlokalisert med resten av den medisinske delen av det tidligere Oslo Helseråd (ved overlege Jon Moseng) i den nyopprettede Klinik for forebyggende medisin og flyttet da fra Midtblokken til 1K (nåværende bygg 19).

Sosial- og helsedepartementet har i startfasen finansiert stillinger ved alle de yrkes-medisinske avdelinger, leger, yrkeshygieniker og støt-tepersonell, så også ved Ullevål som øremerkede midler fra 1992-1995, deretter var finansieringen basert på polikliniske inntekter og årlig funksjonstilskudd. De polikliniske takstene kunne ikke dekke inn mer enn en del av avdelingens driftsutgifter.

Overlege i nevrologi ble ansatt jan. 1994 og ny overlege /lungespesialist ble tilsatt 1/3 1994, med klinisk arbeidsplass på Lungepoliklinikken. Alle overlegene hadde kontor på MYMUS og deltok i fellesmøter og undervisning der, men hadde klinisk arbeidssted ved de respektive

spesialiteters poliklinikker på Ullevål. Utredninger av pasienter på MYMUS ble prioritert, men pga liten arbeidsmedisinsk kapasitet, ble dette et mindre antall pasienter.

Det har vært stort behov for stillinger for spesialist-kandidater i yrkesmedisin/arbeidsmedisin ved institusjon og midler til utdanningsstillingen ble bevilget fra 1994. Spesialitetskomiteen for arbeidsmedisin har støttet dette og arbeidet også for å få flere utdanningsstillinger.

Den første assistentlegen tiltrådte 1/5-94, senere har det vært assistentleger ansatt i hel eller halv stilling i ett-to år for å oppfylle kravet til obligatorisk tjeneste i klinisk arbeidsmedisinsk institusjon. Avdelingen har hele tiden sett det som en av hovedoppgavene å utdanne leger til spesialiteten arbeidsmedisin.

Hudlegen sluttet 31/12-1995 etter permisjon fra 13/5-95 da han gikk over i vikariat, deretter overlegestilling ved Hudavdelingen, og stillingen ble senere ikke besatt etter flere utlysninger. Nevrolog var ansatt fra 1/9-93 til 31/7-96, også med kontor på MYMUS, og fullførte sin doktorgrad der. Han fikk deretter stilling som lege i forsikringsselskap.

Det var forventet ansatt yrkeshygieniker hvert år siden 1994, men ingen ville ha halv stilling, og da stillingen ikke kunne inntjene sin lønn, ble den heller ikke godkjent utlyst som full stilling.

Avdelingen har ikke hatt egen nevropsykolog for utredning av kognitive utfall ved løsemiddelskader, men har henvist til nevropsykolog ved Ullevål sykehus mens dette var tilgjengelig, alternativt til Rikshospitalet eller eksterne spesialister i klinisk nevropsykologi.

Det ble midlertidig tilsatt assistentlege for utdanning i arbeidsmedisin som ett års vikariat i hudlegestillingen i tiden april-96 til april -97 og 1/1-31/12-98, samt fra 8/3-99, med meget positive erfaringer.

Avdelingens hovedoppgaver og virkeområder fremgår av målsettingen. I NOU 1998:41 var det oppstilt 7 oppgaver som avdelingene bør dekke (se notat fra Sverre Langgård), med en foreslått bemanning på 15 -20 personer, i tillegg til organspesialister ved de kliniske avdelinger. Siden avdelingen hele tiden hadde marginal bemanning, ble også muligheten til å følge dette opp begrenset.

I praksis har MYMUS i stor grad fungert som en yrkesmedisinsk poliklinikk for Helseregion I (Helse Øst), med primærutredning og spesialist-utredninger av mistenkt yrkessykdom, ofte i vurdering av rett til yrkesskadedekning eller i ankesaker for trygdekontorene (NAV) og forsikringsselskaper, mer enn at avdelingen har vært brukt av kommuneleger/allmennhelse-tjenesten/fastlegene. Henvisninger fra bedriftshelsetjenesten har vært avtagende ettersom det stadig blir færre bedriftsleger de senere årene.

Avdelingen hadde i perioden 1993-1996 bygget opp kompetanse på yrkesrelaterte lunge-sykdommer, nevrotoksiske hjerneskader og deres differensialdiagnoser, yrkesrelaterte hudsykdommer, inneklimateproblemer og uspesifikke overfølsomhetstilstander. Med full bemanning har dette fungert rimelig godt, med relativt liten ventetid og god service. Vi har hatt følelsen av et godt faglig miljø på avdelingen, tross mangler på formell yrkeshygienisk kompetanse. Dette ble ivarettatt av avdelingsoverlegen (med kompetanse fra det nåværende Statens arbeidsmiljøinstitutt). Av kapasitetsgrunner ble de miljørettede problemstillinger som ble henvist, fortrinnsvis utredet der det var eksponeringer og symptomer som opptrådte spesielt i arbeidsmiljøet, mens rådgivning om miljøproblemer relatert til boliger ble gitt på telefon.

Avdelingsoverlegen var en tid brukt som konsulent for en rekke inneklimateproblemer i Helse Øst, bl.a. barnehager i Bærum, skole på Tjøme, Bærum sykehus mfl., og samarbeidet som medisinsk ressurs med Byggforsk i prosjekter om arbeidsforhold og inneklimate i barnehager og i bygninger med innvendige rå betongoverflater.

MYMUS har inntil 2000 kun hatt én fast stilling i arbeidsmedisin og denne var kombinert med avdelings-ledelse. Det ble ikke gitt anledning til ansettelse / opprettelse av miljømedisinsk stilling, eller yrkeshygieniker. De øvrige stillinger for organspesialister var å betrakte som egne seksjonsoverleger med selvstendig ansvar for utredningene innen sine respektive fagfelt: lungemedisin, nevrologi og hudsykdommer, med relasjon til yrkeseksponering, for nevrologens vedkommende overveiende pasienter som var vurdert arbeidsmedisinsk først. Våre tre organspesialister gikk i tur og orden gikk over i annen stilling, herav to utenfor sykehuset, og stillingene ble ikke besatt ved gjentatte utlysninger.

De ubesatte seksjonsoverlegestillingene ble søkt omdisponert til en assistentlege-stilling, en overlegestilling i arbeidsmedisin og til yrkeshygieniker. Yrkeshygieniker som ble tilsatt i full stilling i 2003 hadde da bl.a. som oppgave å forestå den yrkes-/miljøhygieniske del av pasientutredningene samt av utdannings-programmet i arbeidsmedisin, og innad i sykehuset å måle/vurdere inneklimate, partikkelinnhold og fukt i flere av de gamle bygningene på Ullevål sykehus, samt kontroll med apotekets partikkelfrie sterilrom. Det var regelmessig møter med Arbeidsmiljøavdelingen på sykehuset.

Prosjektarbeid / forskning

Det at avdelingen bare har hatt én spesialist i arbeidsmedisin som samtidig var administrerende overlege og veileder for utdanningskandidatene, samt hyppig skifte av leger, gjorde det vanskelig å avsette tid til å gjennomføre egne større forskningsprosjekter (se Fotterapeut-prosjektet, samt et par prosjekter i samarbeid med Landbrukshøgskolen på Ås om planter i innemiljø; og Inneklimate i kontor, et dr.grads prosjekt på Stami). Spesialist i hudsykdommer samt spesialist i nevrologi fullførte doktorgraden under arbeid i avdelingen.

Avdelingsoverlegen deltok som medisinsk samarbeidspartner i prosjekter og utredninger bl.a. med NILU (luftforurensninger), SFT (datablad), Byggforsk og NLH (Ås) (prosjekter om inneklimate), Folkehelse (inneklimate, allergi) og Stami (prosjekter, undervisning og analyser).

Vi deltok i den primære kliniske utredningen av arbeidstakere fra Romeriksporten, med medisinsk, nevrologisk og lungemedisinsk vurdering, før prosjektet ble tatt over som forskningsprosjekt av Stami.

Avdelingsoverlegen deltok i forprosjekt om helseskader hos de overlevende, og ble også anmodet om å skrive en vurdering av årsaker til helseskader ved innånding av brannrøyk i forbindelse med Scandinavian Star katastrofen 1990 (er publisert i rapporten etter ulykken).

Fra 1996 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant Foterapeuter organisert i Kommunenes sentralforbund (KS) og Norsk foterapeut forbund (NFF) om arbeidsmiljø, belastningsplager og luftforurensinger. I samarbeid med infeksjonssykepleier i avd for sykehushygiene, ble det utarbeidet veiledning i hygiene for arbeid som foterapeut, samt råd for å redusere belastningslidelser og infeksjoner. En kartlegging av foterapeutenes arbeidsstillinger ble som en oppfølger, utført av to fysioterapeuter som forskere ved SYM. Rapporten ble distribuert til oppdragsgiverne, og det ble holdt kurs i forbindelse med deres landsmøte, samt for foterapeuter i Oslo. Rapporten fra MYMUS er lagt ut på avdelingens internettside.

Utvikling av stillinger

Oppbygging av utstyrspark og kompetanse for målinger og forebyggende arbeid på arbeidsplassen stagnerte i 1996, mye fordi yrkeshygienikerstillingen ikke ble besatt, og utstyrsbudsjettet ble låst på et tidlig tidspunkt. Yrkeshygieniker ble først ansatt 1/9-2003, som yrkeshygieniker/forsker, og da i full stilling pga vakans i legestillinger. Dette styrket avdelingen både i eksponeringsutredninger og i utredninger av inneklimateforhold, spesielt innen Ullevål sykehus, og ble også en ressurs for sykehusets arbeidsmiljøavdeling.

Yrkeshygieniker som ble ansatt 1/9-2003 ved MYMUS, gikk over i annen ekstern stilling 1/12-2007 etter ½ års permisjon, med deltids vikar i denne perioden.

Konsekvenser av samordning / sammenslåing av SYM og MYMUS

Arbeidet med sammenslåing av SYM og MYMUS har vært fremmet siden 2003 med utredning av behovet for plass og stillinger, og hvilket sykehus som best kunne skaffe egnete lokaler.

SYM og MYMUS utarbeidet i 2003, sammen med Yrkes- og miljømedisinsk avdeling (YMA), Sykehuset Telemark, en innstilling om samordning av virksomheten innen helseregionene I (Sør) og II (Øst). De to Oslo-avdelingenes funksjoner er beskrevet i denne.

Det ble bestemt flytting av SYM til Ullevål fra april 2008. Dette medførte innskrenkninger og i realiteten reduserte budsjetter i forhold til de enkelte avdelinger tidligere. Problemer med elektronisk overføring av journaler etc fra SYM til Ullevål medførte betydelig ekstraarbeid.

Ansettelse av ny avdelingsoverlege fra 2008 ble forsinket pga ny utlysning for den sammenslåtte avdeling, slik at nåværende avdelingsleder først tiltrådte mai 2009.

Ledig yrkeshygienikerstilling fra MYMUS ble inndradd etter utløp av yrkeshygienikerens permisjon, slik at det videre var den gjenværende yrkeshygieniker fra SYM som har måttet dekke den utvidede avdelingen.

Det er ikke blitt innvilget ny stillingshjemmel for miljømedisin eller for yrkes-/miljøhygieniker, slik at miljørelaterte problemstillinger best mulig er blitt ivaretatt av avdelingens leger når det gjelder kliniske problemstillinger som tangerer de yrkesmedisinske utredninger og spørsmål om det er yrket eller miljøet som har vært årsaken.

Miljømedisinske oppgaver ved avdelingen

En forutsetning for opprettelsen av to spesialiststillinger for lege i respektive hudsykdommer og lungesykdommer, var overføring av hjemler og lønnsmidler fra det omorganiserte Oslo Helseråd. Øvrige stillinger var lønnsfinansiert ved øremerkede statstilskudd fra 1992 til 1995.

Ved tilsetting ble avdelingsoverlege forespeilet av daværende direktør økt satsing på avdelingen, inklusive yrkes-/miljøhygiene og legestilling for å ta seg av miljømedisinske oppgaver. Dette løftet forsvant ved skifte av sykehusdirektør! Det ble i navnet på enheten under Forskningsforum Ullevål Sykehus markert at prosjektet var ønsket som et kombinert miljø- og yrkesmedisinsk satsningsfelt.

Samlokaliseringen med den samfunnsmedisinske delen av Helserådet i 1994 førte til samarbeid med denne på overlegenivå, med oppbygging av noe kompetanse spesielt vedrørende miljøforurensinger (luft, vann, renovasjon). Avdelingen var med å utarbeide det medisinske grunnlaget for helseisikovurdering av luftforurensinger, og senere varslingstekster. Forurensingsvarslene ble daglig slått opp i avdelingen.

Det var også samarbeid med Seksjon for epidemiologi og helseovervåking om "Oslohelse", kapittel om arbeidshelse i bydelene, og statistikk over henvisninger til yrkesmedisinsk utredning fordelt på de respektive bydeler.

Avdelingen har hatt samarbeid og god kontakt også med Folkehelse i forurenings-spørsmål, spesielt i innemiljø. Vi har deltatt bl.a. i utarbeidelse av EU dokumentasjon for diverse kjemikalier i arbeidsgruppe sammen med tidligere Statens forureningsstilsyn (SFT), og i prosjektsamarbeid med NILU om luftforurensninger.

Avdelingen har hatt en rekke henvisninger av personer med det som nå kalles Helseplager tilskrevet miljøfaktorer. Av kapasitetsgrunner måtte vi prioritere saker der arbeidsmiljøet var sentralt (fuktskader med påfølgende overfølsomhet, unormalt kraftig og langvarig reaksjon på diverse eksponeringer for løsemidler, parfymen etc; overfølsomhet tilskrevet elektromagnetisk stråling fra for eksempel PC, mobilnettverk, mobiltelefon, etc.). Disse pasientkategorier har vært spesielt ressurskrevende og kom ofte tilbake med nye henvendelser, slik at vi ikke kunne åpne for henvisninger relatert kun til boligmiljø og matvarer, men har gitt råd i størst mulig utstrekning.

Da også Seksjon for sykehushygiene var i samme klinikk, var det også betydelig samarbeid på smittevern/hygienesiden, spesielt om måling og vurdering av helseaspekter ved forurensinger innendørs i sykehus, så vel ved rengjøring som operasjonsstuer og inneklimateproblemer spesielt ved fuktskader i bygninger på Ullevål. Dette delvis også i nært samarbeid og faste møter med Arbeidsmiljøavdelingen. Dette var spesielt aktivt etter at vi hadde fått yrkeshygieniker og bedre kompetanse og kapasitet til bruk av måleutstyr, herunder en avansert partikkelsteller og klimalogger, for dokumentasjon av inneklimatefaktorer.

Noen korte kommentarer som svar på spørsmålene:

1. Hvordan avdelingen ble til i starten med den bemanning og de samarbeidsforholdene med andre som ble etablert.

Store ambisjoner og verbal støtte ved etableringen av avdelingen etter NOU i 1988. I praksis minimal satsning fra sykehuset med minimums bemanning. Inntjeningskrav basert på klinisk virksomhet, men ingen oppbygging av avdelingen stillingsmessig, ikke miljømedisinsk satsning, tross intensjoner i Forskningsforum, Ullevål Sykehus (FUS) med navnet Miljø- og yrkesmedisinsk avdeling, Ullevål sykehus (MYMUS). Det som er gjort av miljørettet virksomhet utover rutinearbeidet har vært personbasert og stort sett i tillegg til vanlig arbeidsoppgaver. Arbeidsmedisinske problemstillinger har måttet prioriteres.

2. Spesielt samarbeidsforholdene – på godt og ondt - med miljørettet helsevern (som jo er temaet for møtet), men også med andre kliniske avdelinger og eventuelt med tekniske yrkeshygieniske tjenester utenfor avdelingen.

Godt internt samarbeid på den kliniske siden med de øvrige avdelinger, men lang ventetid på utredning ved organspesialitetene etter at våre overleger sluttet. Samarbeidet med miljørettet helsevern utover det som var i Klinikk for forebyggende medisin, Ullevål, var minimalt. Godt samarbeid med enkelte bedriftsleger og med yrkeshygieniker i kommunens bedriftshelsetjeneste. Kontakten med miljørettet helsevern har vært personbasert. Kontakten og samarbeid med de øvrige yrkesmedisinske avdelinger har vært godt. Spesielt har STAMI vært nødvendig støtte når det gjelder yrkeshygieniske problemstillinger.

3. Hvordan utviklingen har vært for avdelingen.

Meget tungt pga marginal bemanning og stadig antydning om nedleggelse. Ingen nye stillinger ble tilført. Utviklingen har skjedd ved omdisponering av ledige stillingshjemler. Ingen satsning eller støtte fra sykehuset eller helseforetaket på miljørettet aktivitet utover arbeidsmiljøet. Avdelingen har vært konstant underbemannet før sammenslåingen med SYM, slik at miljømedisinsk virksomhet har vært minimal, og avdelingen skiftet (på anmodning fra spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin) betegnende nok for en tid navn til Avd. for arbeidsmedisin som mer avspeilet spesialiteten og de forventede arbeidsoppgavene. Det har også vært begrensede muligheter for å ta på seg rent forebyggende og miljømedisinske oppgaver, da det ikke foreligger takster for denne type virksomhet og driften er basert på strenge inntjeningskrav.

4. Hvor avdelingen er i dag med hensyn til bemanning, kompetanse og kapasitet. (Dette som bakgrunn for å se realistisk hvilken utbygging avdelingen vil trenge for også å kunne ta på seg 2 linjetjeneste for miljørettet helsevern)."

Dette overlates til nåværende avdelingsleder å besvare. Avdelingen har etter fusjonen, og med tilleggsbevilgninger, fått en størrelse som dekker det umiddelbare kliniske arbeidsmedisinske behov. Vi har fortsatt ikke stillingshjemmel eller lønnsmidler som kan brukes til miljømedisinsk virksomhet uten inntjenings-muligheter.

7. Samarbeid yrkesmedisin/miljømedisin ved Senter for yrkes- og miljømedisin (SYM), Rikshospitalet, 1995-2008.

Av Sverre Langård

Etter at spesialiteten yrkesmedisin ble lagt ned ved legeforeningens landsmøte i Alta i 1991, er flere avdelinger omdøpt til avdelinger for arbeids- og miljømedisin.

Hvordan avdelingen ble til i starten med den bemanning og de samarbeidsforholdene med andre som ble etablert?

Jeg var avdelingsoverlege ved SYM i hele perioden avdelingen var lokalisert ved Rikshospitalet. På tidspunktet da SYM ble etablert forelå NOU 1988/41 (1), som hadde gitt avdelingen de i praksis de samme oppgavene som YMA ved TSS fikk av de lokale myndighetene i Telemark. Selv om annenlinjespesialiteten yrkesmedisin var nedlagt på det tidspunktet, ga Rikshospitalet avdelingen navnet "yrkes- og miljømedisin", hvorfor en allerede fra begynnelsen av tilstrebet å etterkomme de kravene som lå i oppgavene tildelt av NOU 1988/41 (1). Ved etableringen i 1995 ble det også klart at Rikshospitalet ønsket en avdeling som kunne dekke behovene for tjenester i fagfeltet på et nivå svarende til annen- og tredjelinjetjenester (RH utøvde på det tidspunktet i hovedsak tredjelinjetjeneste til befolkningen). Avdelingen la derfor - tross sterk underbemanning - opp til at leve opp til de krav som NOUen stiller til en yrkesmedisinsk avdeling. Bemanningen ved SYM skulle i utgangspunkt bli i samsvar med de råd som ble gitt i NOU 1988/41 (1), der det var anbefalt at 13-14 ansatte for å dekke behovene for yrkesmedisinske tjenestene i den regionen avdelingen skulle ha ansvar for. Til å begynne med (1995-96) var det kun 4-5 ansatte ved avdelingen og det ble aldri mer enn to legehjemler ved avdelingen - og aldri mer enn 7-9 fagfolk ved avdelingen - ansatte og personer på eksterne middel til sammen fra 2002-2003 og utover. Mot slutten (2006-2007) ved Rikshospitalet - etter at fusjon med MYMUS (Ullevål) ble planlagt - ble avdelingen fratatt budsjettmiddel, slik at man ikke lenger kunne utlyse stillinger etter at arbeidskollegaer sluttet.

Til tross for at aldri ble bemannet til noe i nærheten av det NOUen (1988/41) anbefalte som bemanning for å kunne dekke nødvendige yrkesmedisinske tjenester i regionen, ventet tydeligvis omgivelsene - kanskje grunnet navnet på avdelingen - at SYM også skulle dekke miljømedisinske oppgaver.

Spesielt samarbeidsforholdene - på godt og ondt - med miljørettet helsevern (som jo er temaet for møtet), men også med andre kliniske avdelinger og eventuelt med tekniske yrkeshygieniske tjenester utenfor avdelingen?

SYM fortsatte arbeidet m.h.t. til mulige skadevirkninger av eksponering for *elektromagnetiske felt* (EMF), for en stor del i nært samarbeid med kommuner er problemstillingen var aktuell (2). Avdelingen ble engasjert av yrkesskoler som arbeidet med sveising for å bidra till avklaring av om EMF kunne føre til skader på helsen hos elevene. SUM ga også mye råd til bekymrede passasjerer på trikker der eksponeringen for EMF kan være ganske høy.

SYM var ganske mye engasjert i eventuelle miljø- og beboerskadelige virkninger av kromater som følge av gamle utslipp av fra tre ulike bedrifter nær Bergen. Det var særlig Askøy kommune som var engasjert i å finne ut av om disse utslippene til sjøvann - med deponier på bunnene av vikene - kunne føre til skadevirkninger hos mennesker som spiser fisken tatt opp fra disse områdene.

SYM fortsatte arbeidet med helseskadevirkninger av skadedyrmeddelet *metylbromid* (3), som brukes til skadedyrbekjempning - særlig i beboelseshus - i store deler av verden. Dette arbeidet førte til at avdelingen ble anmodet om forebyggende rådgivning til brukere av substansen i flere land. Det forebyggende arbeidet som Landbruksdepartementets Giftnemd hadde utført over mange år, hadde åpenbart ført til betydelig redusert skaderisiko ved bruk, for henvendelsene fra kommuner, leger og privatpersoner om evt. skader avtok mot slutten av det forrige århundret og ved begynnelsen av det 21. SYM hadde en sentral rådgivende rolle så lenge dette problemet vedvarte i ulike kommuner.

Også i USA var SYM engasjert i strategier for å dempe skadevirkningene av farlig avfall i naturen (4). Som ledd i dette arbeidet deltok avdelingen rundt årtusenskiftet også aktivt i arbeidet med å redusere skadevirkninger av store utslipp av toksiske substanser i et landsbruksområde omdrykt fra ørken (vann fra Columbia river) i et fjellområde øst for Los Angeles samt tilsvarende utslipp til grunnvannet i Burbank, California, i nærheten av flyfabrikken Lockheed Marten's tidligere industriområde - der det hadde vært betydelige utslipp av tungmetaller, og ble deretter engasjert i rådgivning til vannmyndighetene i California vedr. evt. farlige forekomster av sporelement i drikkevannskilder (grunnvann).

Kort tid etter at SYM ble etablert ble avdelingen engasjert i Russland medisinsk faglige problemstillinger knyttet til oppbevaring - i arsenaler - og destruksjon av kjemiske stridsmiddel, spesielt i landsbyene Kambarka og Kizner i Udmur-republikken. SYM forble rådgiver knyttet til disse to problemstillingene over en 6-7 års periode og samarbeidet med Forskningsinstitutt, Kjeller, m.h.t. analyse av slike substanser i grunnvann/drikkevann (5,6).

I 1999-2000 ble SYM engasjert i rådgivning knyttet til utslipp fra søppelforbrenningsanlegg i Fredrikstad som evt. kunne være skadelige for beboerne i nærheten av anlegget. Det ble en god del rådgivning knyttet til dette anlegget, og senere ble det tilsvarende rådgivning knyttet til tilsvarende anlegg nær Molde og et sted i Nord-Norge.

Rund 1999-2000 var det stor oppmerksomhet knyttet til evt. skadevirkninger av innholdet av airbags (natrium azide) og ble konsultert mange ganger om denne problemstillingen. Videre ble SYM om trent på samme tid engasjert en god del i støvproblem som kan oppstå ved bruk av visse panelovner.

Avdelingen fikk på et gitt tidspunkt anmodning fra tidsskriftet International Archives on Occupational and Environmental Health om å skrive en oversikt over det arbeids- og miljømedisinske fagfeltet i Norge, noe SYM gjorde i samarbeid med en kollega fra Arbeidstilsynet (7).

Avdelingen nedla et betydelig arbeid i forbindelse med utarbeiding (1996-97) "*the Helsinki criteria for diagnosis and attribution*" (8,9), som siden har vært retningsgivende for å fordeling av årsaksbidrag - til ulike asbestrelaterte sykdommer - mellom asbest og evt. andre miljøeksponeringer som kan ha bidratt til sykdommen.

Sammen med en amerikansk professor (Texas) gjennomgikk SYM verdens faglitteratur vedrørende helseskadelige virkninger hos mennesker (primært barneleukemier) av benzen i det ytre miljø, for en stor del som en følge av utslipp gjennom bileekso (10). Dette arbeidet er blitt mye benyttet mange steder i verden som grunnlag for fare- og risikobedømmelse knyttet til benzen i naturmiljøer.

SYM ga også ut oversikter over potensielle skadevirkninger av lav eksponering for asbest - som er/har vært aktuelt i hjem og som følge av erodering av f.eks. eternitplater på tak (11,12).

Hvordan utviklingen har vært for avdelingen?

Som angitt under det første avsnittet (SYM) nådde avdelingen aldri opp til noe i nærheten av det bemanningsbehovet som var nødvendig for å dekke behovene innen annelinetjenesten (yrkesmedisin) i regionen. I årene etter 2000 - etter flytting til nytt Rikshospital på Gaustad - ble det dessuten meget sterke krav til RH for å redusere budsjetten. De årlige kuttene skjedde deretter ut fra "ostehøvelprinsippet"; prosentvis like kutt ved alle avdelinger, uten hensyn til avdelinger som var under oppbygging. Basisbudsjettene ble dermed redusert, noe som til en viss grad ble kompensert med økt antall pasientutredninger, som førte til ytterligere verre situasjonen det påfølgende året. I løpet av det siste året før fusjonen (2008) med MYMUS, Ullevål, ble det fjernet mer enn 1 million kroner fra budsjetter - med tilhørende fjerning av stillinger.

Hvor avdelingen er i dag med hensyn til bemanning, kompetanse og kapasitet. (Dette som bakgrunn for å se realistisk hvilken utbygging avdelingen vil trenge for også å kunne ta på seg 2 linjetjeneste for miljørettet helsevern)?

SYM og MYMUS er nå én enhet ved OUS (Ullevål): Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin.

Referanseliste:

1. NOU 1988/41, "Fagfeltet yrkesmedisin i Norge". 34p.
2. Karlsen JT, Torgrimsen T, Langård S. Operator's exposure to magnetic field transients during various methods of metal welding. Occup Hyg 1997;4:95-103.
3. Langård S, Rognum T, Ø Fløttered, Skoug V. A fatal accident resulting from methyl bromide poisoning after fumigation of a neighboring house; leakage through sewage pipes. Applied Toxicol 1996;16:445-9.

4. Langård S, Kerger BD, Paustenbach DJ. Cancer causation and assessment of relative contribution for known causes of human cancers: case examples involving hexavalent chromium. Hazardous Waste Strategies Update. (Nossaman, Buthner, Knox and Elliot, Eds.). Andrews publications, 1999. 10(2):14-26.
5. Zabrodine N, Churakov A, Bouchmakina I, Langård S. Health State and Hormone Status Among Residents of Kizner Respectively Working and Not-working at Arsenal of Chemical Weapons. NATO-Russia Advanced Research Workshop, Ecological Risks Associated with the Destruction of Chemical Weapons. DOI: 10.1007/1-4020-3137-8_34. Lüneburg, 22-26. 10.2003.
6. Churakov A, Zabrodine N, Bouchmakina I, Langård S. Health State and Hormone Status of Residents of Kizner Settlement - NATO-Russia Advanced Research Workshop, Ecological Risks Associated with the Destruction of Chemical Weapons. DOI: 10.1007/1-4020-3137-8_34. Lüneburg, 22-26.10.2003.
7. Langård S, Wannag A. Occupational and environmental medicine in Norway. Int Arch Occup Environ Health 1995;67:219-24.
8. Asbestos, asbestosis, and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. Scand J Work Environ Health. 1997;23:311-6.
9. Langård S, Haug T. Screening and early diagnosis of asbestosis and asbestos-related cancers. Proceedings of an International Expert Meeting on Asbestos, Asbestosis and Cancer. Helsinki, Finland, 22-24 January 1997, 85-91.
10. Johnson ES, Langård S, Lin YS. A critique of benzene exposure in the general population. Sci Total Environ 2007;374:183-98.
11. Langård S. Nordic experience: Expected decline in the incidence of mesotheliomas resulting from ceased exposure? Med Lav 2005;96:304-11.
12. Langård S. Kan eksponering for asbestfibrer føre til cancer i colon og rectum? Ramazzini 2007;14:4-6.

8. Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin. Ullevål

Tor Erik Danielsen

Nyere historie

2007: prioritering av arbeidsmedisin nevnt i foretaksmøte Helse Sør-Øst
 Fusjon avdelingene RH (SYM) og Ullevål (MYMUS/AMY) våren 2008
 Øremerkede midler til de arbeidsmedisinske avdelingene og STAMI i statsbudsjettene fra og med 2008.
 Mål: økning av utdannings- og utredningskapasitet innen arbeidsmedisin

Bemanning:

I dag har seksjon for miljø- og arbeidsmedisin:
 5 overleger
 6 LIS
 1 yrkeshygieniker
 2 kontor-tilsatte
 I tillegg to tidligere overleger med senioravtaler.

Hovedarbeidsoppgaver:

Poliklinikk
 Prosjektarbeid
 Undervisning/utdanning
 Informasjonsarbeid (blant annet utredningsmaler)
 Forebyggende arbeid
 Kontakt bedriftshelsetjenesten

Satsinger:

Venteliste:
 2-3 måneder for ikke prioriterte henvisninger
 Kort ventetid for prioriterte (maks. 2-3 uker)
 Internt samarbeid OUS (lunge, Regionalt senter for astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner), hud, ØNH, nevrologi og psykosomatisk
 Utdanningsaktivitet
 Prosjektarbeid/forskning
 Mangler universitetsstilling

Henvvisning til Miljø- og Yrkesmedisin:

- Relativt stabilt rundt 350 saker/år (underkant av 10% med hovedsakelig miljømedisinsk problemstilling).

- Henvisninger for poliklinisk utredning av pasienter med mistenkt yrkessykdom
- Mål: Å avdekke om og i hvilken grad det er sammenheng mellom eksponering i arbeid og sykdom
- Henvisning fra allmennleger, bedriftsleger, sykehusleger og NAV.
 - Vanlige problemstillinger:
 - Arbeidsrelatert lungesykdom
 - Nevrotoksiske skader (f. eks mistanke om løsemiddelskade)
 - Arbeidsbetinget kreft
 - Vibrasjonsskader
 - Støyskader
 - Overfølsomhetsreaksjoner

Fokus fremover:

Poliklinikk
Utdanning nye spesialister
Prosjektarbeid/forskning

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 19. Stikkord: Arbeidsmedisinske avdelinger i Norge.

Faget arbeidsmedisins historie i Norge – et overblikk.

Av Axel Wannag

Historien om arbeidsmedisinen i Norge har svingt med de nasjonale forhold og synspunkter (kontekster) som arbeidsmedisinen har arbeidet under i de 100 år den har eksistert. Dette gjelder konteksten i selve samfunnet – de harde 30 årene, krigen, Gerhardsenperioden, Gro og Kåre, økonomisk og bedriftsmessig "frislepp", osv. Men også lokale kontekster som arbeidsmedisinen har vært i i forhold til nære samarbeidspartnere/motstandere som andre legegutter og Legeforeningen, Helsedepartement/-direktorat, Arbeidsdepartementet/Arbeidstilsynet, samarbeidsklimaet LO/NAF-NHO, og lignende. (Natvig, This Evensen: Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. Larsen: Bedriftshelsetjenesten – fra katedral til markeds plass. Ramazzini 2014.)

Faget arbeidsmedisin i Norge har to røtter. Dels er opphavet i den norske bedriftslegeordningen, dels er opphavet i den medisinske spesialiteten yrkesmedisin.

Bedriftslegeordningen startet med Carl Schjøtz som lege ved Freia Chokoladefabrik i 1916. Der etablerte han grunnprinsippene for den norske bedriftslegen – helsekontroller og hygieniske inspeksjoner av arbeidslokalene.

Bedriftslegeordningen vokste noe i mellomkrigstiden under Schjøtz etterfølgere i faget. Haakon Natvig, Arne Bruusgaard, Eyvind Thiis-Evensen, Axel Strøm, Eilert H. Schjøtz. Disse dannet under krigen på egen hånd Bedriftslegeutvalget, som i Norsk Hygienisk Forening i 1943 la frem tankene om "helsekontroll for voksne ved bedriftsleger". Utvalget ble et formelt utvalg under Legeforeningen da denne i sitt landsmøte høsten 1945 gav sin tilslutning til bedriftslegeordningen. Bedriftslegeutvalget ble erstattet av Norsk Bedriftslegeforening av Legeforeningen i 1949.

Bedriftslegeordningen med sitt råd og sekretariat ble formalisert ved avtalen mellom Legeforeningen, LO og NAF i 1946. Rådet hadde en representant fra NAF, en fra LO og en fra Legeforeningen og en lønnet sekretær. Rådet skulle fremme innføringen av bedriftslegeordningen, føre fortegnelse over alle bedrifter som hadde ordningen, bringe tjenestene ved ordningene i samsvar med de vedtatte retningslinjene for bedriftslegeordningen, få årsberetninger fra ordningene og foreta sammenstillinger av disse, med mer.

Bedriftslegeordningen og Rådet justerte seg etter Jubileumsmøtet i 1971. Medlemmer fra Helsedirektoratet, Statens arbeidsmiljøinstitutt og Rikstrygdeverket kom med i Rådet. Bedriftslegeordningen ble til Bedriftshelsetjenesten (BHT) og Rådet ble til Styret for bedriftslegeordningen. Et nytt Råd for bedriftshelsetjenesten ble etablert med representanter fra LO, NHO, RTV, Legeforeningen, STAMI, Norsk sykepleierforbund, Norske fysioterapeuters forbund og styret for BHT – konstituert 10.04.1975. Rådet og Styret med sekretariatet ble nedlagt 01.01.1979 da Myndighetenes/Sosialdepartementets "Lov om helsetjenester i bedrifter" med sitt Råd og sin Ekspertgruppe trådte i kraft. Samtidig var BHT regulert igjennom arbeidsmiljøloven av 1977. Det nye Rådet ble lagt til Helsedirektoratet mens Ekspertgruppen ble lagt til Arbeidstilsynet. Sekretariatet til Styret for BHT ble overtatt av Arbeidstilsynets avdeling for Helse og Miljø.

Utdannelsen av bedriftslegene.

Bedriftslegeutvalget/Rådet for bedriftslegeordningen var meget tidlig i gang med utdannelsen av bedriftslegene. Det første kurset over 14 dager kom allerede i september 1946. 50 deltakere - omtrent halvparten av de som hadde meldt sin interesse. Trakk inn ekspertise fra Sverige. Kurslengden ble utvidet til 3 uker. Videre ble emnekursene ved de medisinske fakultetene benyttet. I tillegg kom enkeltpersoner som tok de svenske foretagslæker kurset og andre utenlandsk kurs. I 1976 fremmet Styret for BHT forslag om et grunnkurs for bedriftshelsetjenestepersonell som kom i gang fra 1977. Påbygging til grunnkurset ble utarbeidet for de forskjellige profesjonene – for bedriftslegene av Øivind Larsen, Asbjørn Kverneland og Jostein Roaldsnes. Opplegget var en kombinasjon av praktisk tjeneste og teoretiske kurs.

Praktisk sykehustjeneste tilsvarende allmennlegene, samt laboratoriedel. Praksisdelen var som bedriftslege. Legeforeningen (landsmøtet) nedsatte i 1981 et bredt sammensatt råd som skulle følge undervisningen av bedriftslegene. Legeforeningen etablerte Bedriftslege dnlf betegnelsen for de bedriftslegene som kunne vise til et gjennomført undervisningsopplegg (tjeneste og kurs) i 1983. Omkring 120 bedriftsleger (av ca. 800 bedriftsleger, som jobbet mest på deltid) oppnådde statusen dnlf. (Modellen var allmennlege dnlf opplegget for å høyne allmennlegenes faglige status). Bedriftslege dnlf statusen ble nedlagt 21.06.1991 da den gikk inn i spesialiteten arbeidsmedisin som ble opprettet fra samme tidspunkt.

Spesialiteten Yrkesmedisin.

I begynnelsen var de få yrkesmedisinerne vi hadde utdannet i utlandet. I 1974 ba derfor Norsk Bedriftslegeforening den Norske legeforeningen om å bestemme et utdanningsprogram for en norsk yrkesmedisinsk spesialitet. Programmet ble vedtatt av den Norske legeforeningen i juni 1975. Utdanningen gikk over 5 år.

Minst to års tjeneste ved en arbeidsmedisinsk avdeling eller STAMI.

Minst ett års tjeneste som bedriftslege.

To års tjeneste ved klinisk avdeling, hvorav minst ett ved en indremedisinsk avdeling.

Minst 120 timer kurs med relevante emner, hvorav 60 med spesifikke emner i yrkesmedisin.

Ca 15 leger oppnådde spesialiteten yrkesmedisin.

Spesialiteten Yrkesmedisin ble nedlagt 21.06.1991 ved Legeforeningens årsmøte. Samtidig som legeforeningen opprettet spesialiteten Arbeidsmedisin.

Spesialiteten Arbeidsmedisin.

Utover i 1980 årene fant en det vanskelig å opprettholde spesialiteten Yrkesmedisin samtidig med at mange som arbeidet med arbeidsmedisin hadde oppnådd Bedriftslege dnlf. status. (Allmennmedisinerne arbeidet også samtidig for å komme bort fra allmennmedisiner dnlf. til å få en full spesialitet i allmennmedisin). Dnlf betegnelsen var dermed på vei ut.

Legeforeningen slo derfor yrkesmedisinerne (ca 15) og de adskillig flere bedriftslege dnlf'er, som hadde en gangs resertifisering (etter første 5-års periode), sammen til en ny spesialitet Arbeidsmedisin 21.06.1991.

Det arbeidsmedisinske spesialitetsprogram ble:

Ett års tjeneste i bedriftshelsetjenesten.

Ett års tjeneste ved en arbeidsmedisinsk klinikk eller ved STAMI.

Ytterligere to års tjeneste enten i bedriftshelsetjenesten, ved en arbeidsmedisinsk klinikk eller ved STAMI.

Minst 300 timer kurs i aktuelle emner. Av hvilke 225 timer er i obligatoriske kurs.

Bedriftslegeforeningen har, som ledd i Legeforeningens strategi, også i mange år hatt frivillige veiledningsgrupper for bedriftslegene. Hvor de under en mentor har kunnet diskutere sine faglige spørsmål.

Kompetanse ut over spesialiteten.

Ut over kurskravene til spesialiteten. Har flere tatt kurs i videregående sammenheng - ofte internasjonale som de Nordiske NIVA kursene. Enkelte har også internasjonale masterstudier i emner relevante for arbeidsmedisin. En del har også deltatt relativt mye i faglige internasjonale møter.

Flere arbeidsmedisinere har dr. Med eller dr. Phil status.

Men hva med grunnlaget hos den "vanlige norske lege" i arbeidsmedisin?

Generelt sett er undervisningen av de medisinske studentene i arbeidsmedisin i Norge fremdeles temmelig begrenset til fraværende. Bare studentene ved UiB og Trondheim kan ha noe kunnskap å bygge videre på. Spissformulert synes det som de medisinske fakultetene i Norge mener at arbeidsmedisinsk kunnskap er noe de "vanlige norske lege ikke trenger å vite noe særlig om i arbeidet for sine pasienter".

Akademisk forankring.

Institutt for arbeidsmedisin ved UiB ble opprettet med donasjon over 3 år av Legeforeningen i 1990. UiB har deretter videreført Instituttet. Amanuensis ble ansatt i 1990 og utvidet til professorat i 1995. Ingen av de andre medisinske fakultetene har fulle stillinger i arbeidsmedisin.

Enkelte arbeidsmedisinere har vært/er professor II ved undervisningen av de medisinske studentene.

Litteratur:

Haakon Natvig, Eyvind Thiis-Evensen. "Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge". Norsk Bedriftshelsetjeneste 1989. ISBN 82-7054-045-5.

Øyvind Bjørnson. "100 år for bedre arbeidsmiljø". Tiden Norsk Forlag 1993. ISBN 82-10-03620-3.

Øyvind Larsen. "Bedriftshelsetjenesten - fra katedral til markedsplass". Ramazzini nr.1. 2014. Årgang 21. 10-13.

Axel Wannag. "Arbeidstilsynet og bedriftshelsetjenesten - historien som grunnlag for fremtiden". Ramazzini nr.4. 2008. Årgang 15. 9.

NOU 1988:41. "Fagfeltet yrkesmedisin i Norge".

Sverre Langgård, Axel Wannag. "Occupational and environmental medicine in Norway". Int Arch Occup Environ Health (1995) 67: 219-224.

Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialiteten arbeidsmedisin. Den Norske Legeforening 2005

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015-20. Stikkord: Arbeidsmedisinens historie.

Er arbeidsmedisin og miljørettet helsevern to adskilte fagområder som ikke har noe med hverandre å gjøre eller er det et felles fagområde, men som utspilles på ulike arenaer?

– Med et særlig fokus på 2. linjefunksjoner –

Basert på innlegg på rundbordskonferanse i Helsedirektoratet 13.01.15 ved avd.leder/overlege Jan Haanes, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge

Begrepene arbeidsmedisin, miljømedisin og miljørettet helsevern

Miljømedisin kan defineres som den del av medisinen som har fokus på sammenhenger mellom forhold/eksponeringer i miljøet/omgivelsene og helse. Dermed inngår alt fra kosthold til inneklima og sosiale forhold.

Arbeidsmedisin kan defineres likt, men er avgrenset av at kontekst må ha med arbeid å gjøre.

Miljørettet helsevern (MHV) er i Folkehelseloven definert (§ 8): "...omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer." (§ 9): "Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8".

Dette er altså tre ulike begreper, men de har mange faglige overlapp. Miljømedisin er ikke en egen legespesialitet, men er ment dekket særlig av spesialitetene arbeids- og samfunnsmedisin (ifølge Legeforeningen).

Arbeids (og miljø-)medisinske sykehusavdelinger finnes i hver helseregion (to i Sør-øst). Avdelingene har i ulik grad "miljømedisin" med i sitt navn. Alle avdelingene har arbeidsmedisin som sin primære fagoppgave, med miljømedisinske innslag fra nær intet til noen prosent. I det følgende vil begrepet regionale arbeids (og miljø-)medisinske avdelinger bli brukt om disse i all hovedsak arbeidsmedisinske avdelingene.

Organisatoriske skiller kan utgjøre hindre

Arbeidsmedisinen sorterer administrativt under to departementer. BHT (bedriftshelsetjenesten; finansiert av virksomhetene selv) og STAMI (Statens Arbeidsmiljøinstitutt) hører inn under ASD (Arbeids- og sosialdepartementet). Regionale arbeids- (og miljø)medisinske avdelinger ved helseforetakene ligger under HOD (Helse- og omsorgsdepartementet; i spesialisthelsetjenesteavdelingen), med delvis finansiering fra ASD. Kommunalt MHV og FHI (Folkehelseinstituttet) ligger administrativt under HOD (men da i folkehelseavdelingen). Miljømedisin utover det som er nevnt over, vil dels inngå i etablerte funksjoner (f.eks. regionale sentre for astma, allergi og overfølsomhet og tobakksforebyggende arbeid), dels være lite dekket/ ha lite fokus på myndighetsnivå (f.eks. helseperspektivet på globale klimautfordringer). Tilsvarende reguleres arbeids- og miljøsidene av for en stor del ulike lover og forskrifter, f.eks. arbeidsmiljøloven og folkehelseloven.

Disse administrative, finansielle og tilhørende juridiske skillene vanskeliggjør samarbeid og en nasjonal utvikling av fagområdene, særlig miljømedisin. Det er derfor nødvendig at det på departementsnivå gjøres et arbeid med å avklare hvordan Norge kan få et godt helhetlig faglig tilbud innen miljømedisin. To viktige forutsetninger for å oppnå dette er at alle involverte departementer og tilhørende underavdelinger deltar og at det avklares hvem som skal ta et overordnet ansvar for miljømedisin.

De administrative, finansielle og juridiske skillene gjør det særlig vanskelig å opprette felles tjenester på 1. linje- (BHT og MHV) og 3. linje- (STAMI og FHI) nivå. Det er adskillig lettere å gjøre det på 2. linje nivå, dels fordi mye av arbeidet kan skje i spesialisthelsetjenesten og dels fordi en starter med langt på vei blanke ark.

Er det behov for en miljømedisinsk 2. linjetjeneste?

De mest omfattende undersøkelsene for å belyse dette er begge fra 2009: Helsedirektoratets evaluering av MHV i kommunene og Telemark-forsknings rapport om de arbeids- og miljømedisinske avdelingene. Blant funnene er at MVH, spesielt i små kommuner, mener de ikke har god nok kompetanse. De savner faglig nettverk. Mange vet lite eller ingenting om de regionale arbeids- (og miljø-) medisinske avdelingene og har derfor lite grunnlag for å vite hva slags bistand de eventuelt kan få derfra. De savner regionale støtteordninger for rådgivning, bl.a. innen regelverk, fagtema/miljøfaktorer og helsekonsekvenser. Det er behov for at noen kan sammenstille vitenskapelige resultater til en mer lettlest form som kan anvendes av kommunene. Blant de som kjenner tilbudene, ønskes tettere samarbeid med arbeids- (og miljø-) medisinske avdelinger; spesielt kommunelegene ønsker mer tilgjengelighet på miljømedisinske andrelinjetjenester. Det etterspørres bistand i enkeltsaker, utdanning/kurs/opplæring og forebyggende helse- og miljøhelsearbeid.

Stilles det krav til spesialisthelsetjenesten?

Spesialisthelsetjenesteloven §6-3 sier at "Helsepersonell ... skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift." Plikten gjelder både i forhold til enkeltpasienter som kommunen har ansvar for, og i forhold til de mer generelle oppgaver til kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Et rundskriv fra Helsedirektoratet (2013) påpeker veiledningsplikten og forankring av den i samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner, jfr. samhandlingsreformen. Et eksempel på dette fra Universitetssykehuset Nord-Norge er "Tjenesteavtale nr 10. Samarbeid om forebygging: Det er UNNs ansvar å veilede personell i kommunehelsetjenesten, samt veilede befolkningen og å bidra inn i forebyggende og helsefremmende tilbud utviklet i kommunene..."

Hva kan regionale arbeids- (og miljø-) medisinske avdelinger faglig bidra med?

Regionale arbeids- (og miljø-) medisinske avdelinger har tverrfaglig kompetanse innen sammenhenger mellom forhold/eksponeringer i miljøet/omgivelsene og helse. Avdelingene har en bredt sammensatt fagstab, som dekker helse, tekniske fag, samfunnsfag mv. Kompetansen dekker både solid teoretisk kunnskap og praktisk anvendelse av den. For mer inngående beskrivelse vises det til presentasjonen fra Bjørn Hilt.

Dersom avdelingene bygges ut til fullverdige regionale arbeids- og miljømedisinske avdelinger, kan slik kompetanse utvides til å dekke viktige deler av miljømedisinen/ behov i MHV. Visse deler av MHV/miljømedisinen vil være rimelig synonyme med arbeidsmedisinen (f.eks. inneklimateproblemer på skole vil være rimelig likt enten det er de ansatte eller elever som er plaget). Visse deler vil være overførbare, men med noen forskjeller (f.eks. er det mye felles ved forurensning av luft, men ofte mer høygradig i arbeidsmedisinen). Visse deler vil falle utenfor/ være mer relevant for bistand fra andre (f.eks. i forhold til smittevern og juss). Avdelingene vil kunne opparbeide seg god oversikt over hvor kompetansen finnes også på områder som de ikke selv har spisskompetanse på. Det bør være et mål at avdelingene skal være lett tilgjengelige for MHV og raskt kunne svare eller gi konkrete viderehenvisninger.

De faglig mest aktuelle problemstillingene vil være å karakterisere eksponeringer/forhold, mulige helseeffekter/ eventuelt oppstått sykdom og gi råd om hva som kan/ bør gjøres på kort og lang sikt ved ulike eksponeringer. Dette omfatter kjemiske eksponeringer (f.eks. miljøgifter og luftforurensning), fysiske eksponeringer (f.eks. støy og stråling), biologiske eksponeringer (f.eks. allergener og irritanter) og eventuelt innenfor deler av psykososiale forhold. Viktige aspekter er risikohåndtering ved oppståtte hendelser/bekymring, heri inkludert risikokommunikasjon. Avdelingene bør være viktig del av beredskapen i forhold til hendelser, med betydningsfulle forutsetninger som lokal kunnskap, forankring, tillit og mulighet for å følge opp over tid (viktigheten av slike faktorer er god dokumentert i litteraturen og saker som f.eks. Gulen-ulykken). Fagmiljøene kan også bidra ved overfølsomhetsreaksjoner relatert til eksponeringer i miljøet, selv om det har vært lite sannsynlig med en direkte årsakssammenheng (for eksempel ved el-/mobiloverfølsomhet og luktoverfølsomhet).

Samhandlingen kan skje ved veiledning og samarbeid i konkrete MHV-saker og øvrige miljømedisinske oppgaver. Videre er undervisning og annen formidling, samt forskning og prosjekter viktige forutsetninger for å etablere en solid fagbasert miljømedisinsk 2. linjetjeneste. Nettverksbygging overfor MHV og god samhandling med FHI er også viktig.

Er dette mulig å få til en miljømedisinsk 2. linjetjeneste?

I Norge stilles spørsmålet: Prop 1s (2014-15): "...det er aktuelt å vurdere om de arbeids- og miljømedisinske sentrene i helseforetakene bør utvikles til regionale kompetansemiljøer på miljømedisin".

I Sverige har svaret vært en brei utbygging av miljømedisinske tjenester på de regionale arbeids- og miljømedisinske avdelingene, inkludert deres omfattende universitetstilknnytning. Et meget grovt estimat på antall leger, yrkeshygienikere og andre med miljømedisinske oppgaver er opp mot 100 årsverk, i tillegg til nasjonale funksjoner i Stockholm. Ved de regionale arbeids- og miljømedisinske avdelingene, inkludert deres omfattende universitetstilknnytninger, ytes et bredt spekter av tjenester: pasientutredninger, vurdering av problemstillinger (eksponeringsvurderinger, risikovurdering, risikokommunikasjon mv.), undervisning (universitet, spesialistutdanning/praksis mv.), informasjon (allmennhet, myndigheter osv.), omfattende forskning og nettverksarbeid/kompetanseutvikling. Oversikten under viser at fagmiljøene dekker et bredt felt og at det er en viss grad av spesialisering mellom dem (kilde: overlege i miljømedisin Martin Tondel, Arbets- og miljømedisin, Akademiska sjukhuset, Uppsala, september 2014).

 <p>UPPSALA UNIVERSITET</p>  <p>AKADEMISKA SJUKHUSET</p>	<h2 style="text-align: center;">Miljömedicin i Sverige</h2> <p>Specialområden:</p> <p>Lund: GIS (luftföroreningar, buller), bimarkörer</p> <p>Halmstad: UV-ljus, hästhållning, strömgenomgång</p> <p>Göteborg: buller, utomhusluft, inommiljö, strålning, förorenad mark, djurverksamhet, HÅMI</p> <p>Linköping: hälsoriskbedömningar, förorenade områden, riskkommunikation, partiklar, toxikoproteomik, inomhusmiljö, miljörapportering, läkemedel och miljö, livsmedel</p> <p>Örebro: miljö känsliga patienter, mättrad och riskbedömning, cancer och miljö, störningsstudier, riskkommunikation, tekniska mätningar</p> <p>Stockholm: luftföroreningar och buller, inomhusmiljö, astma/eksem/allergi, kemisk exponering och cancer, rörelseorganens sjukdomar i arbetslivet, psykisk ohälsa i arbetslivet</p> <p>Uppsala: hästar och allergi, inomhusmiljö, miljön inom flyget, trafikbuller, trafikföroreningar</p> <p>Umeå: luftföroreningar, klimatförändringar och extremt väder, hälsokonsekvensbedömningar</p> <p style="text-align: right;">Miljömedicin för en hållbar utveckling (2010) www.folkhalsomyndigheten.se</p>
--	--

Hva er dagens miljømedisinske tilbud i Norge?

1. linjen er kommunenes miljørettede helsevern (MHV). Denne fungerer alt fra solid til svakt, ofte best i de større kommunene og i interkommunale ordninger. 2. linje-tilbudet i Norge er noen fragmenter ved regionale arbeids- (og miljø-) medisinske avdelinger, øvrige deler

av spesialisthelsetjenesten og fylkesmannen (særlig juridiske forhold). Folkehelseinstituttet (FHI) har en 3. linje/nasjonal funksjon med viktige oppgaver innen miljømedisin. Ved behov yter de noe veiledning overfor MHV, men har ikke kapasitet til å dekke behovet for 2. linjefunksjoner.

Er det vilje og finansiering til å bygge opp miljømedisinsk 2.linjetjeneste?

Oppbygging av miljømedisinsk 2. linjetjeneste i Norge skjer enklest og mest robust ved å utvikle de regionale avdelingene til fullverdige arbeids- og miljømedisinske avdelinger.

Kan dette finansieres ved å ta fra de arbeidsmedisinske ressursene? På det arbeidsmedisinske området har avdelingene i dag ikke kapasitet til tilfredsstillende å dekke viktige funksjoner (f.eks. veiledning av BHT, forebygging, helsefremming og forskning) og dekker på sitt eget område bare i beskjeden grad eller i ingen grad de to store områdene psykososialt arbeidsmiljø og ergonometri/belastninger. Selv om det skjedde en oppbygging fra 2008, og så en nedbygging de seinere år, ligger Norge langt etter våre naboland når det gjelder ressurser til arbeidsmedisinsk 2. og 3. linje (3. linje: herunder STAMI). Vesentlige deler av midlene til avdelingene kommer fra midler som Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) disponerer og som er ørmerket for arbeidsmedisin og hvor forutsetningen er at øvrige midler til arbeidsmedisin på avdelingene ikke skal reduseres.

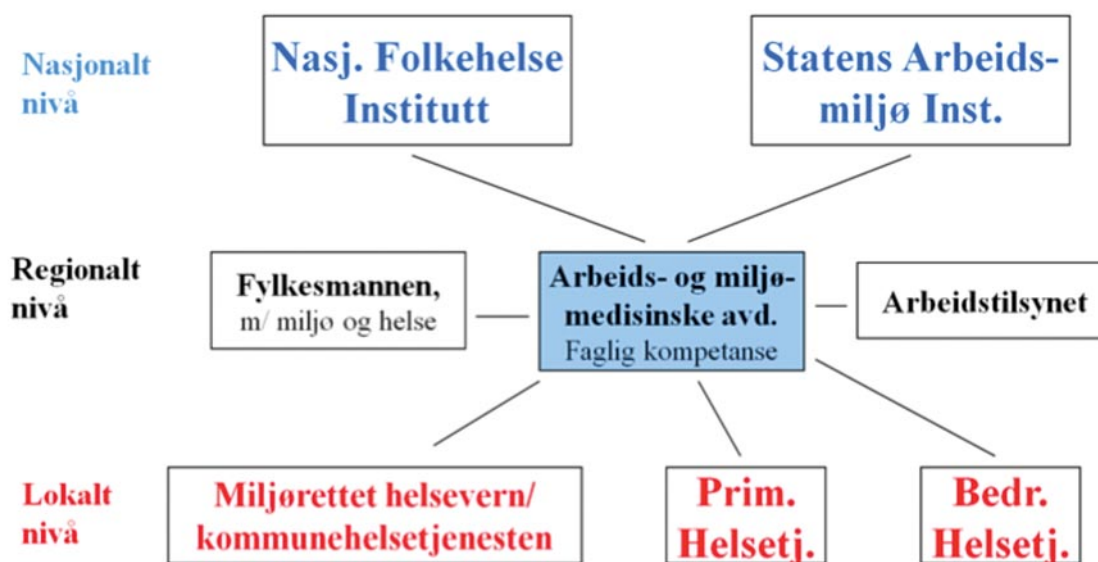
Kan regionale sentre for astma, allergi og overfølsomhet dekke behovene? Med kun 2 av 4 sentre i gang og totalt sett svært beskjedne ressurser har disse sentrene ikke mulighet til en gang å dekke sine primære oppgaver. Videre vil de faglig sett bare kunne dekke begrensede deler av de fagområdene MHV har behov for.

En oppbygging av miljømedisinsk 2. linjetilbud forutsetter friske midler. Finnes det noen politisk/ helsepolitisk vilje til det? Finnes det noen i HOD som tar føringen i å utrede spørsmålet: "...det er aktuelt å vurdere om de arbeids- og miljømedisinske sentrene i helseforetakene bør utvikles til regionale kompetansemiljøer på miljømedisin" (Prop 1s 14-15)? I tillegg til HOD kan det være naturlig at andre departementer, bl.a. Klima og miljødepartementet, engasjerer seg i miljømedisin.

Nedenfor vises en forenklet illustrasjon på hvordan en på miljømedisinsiden (venstre), kan bygge opp omtrent den 2.linjefunksjon som nå dekker arbeidsmedisin (høyre side).

Miljømedisin på regionalt nivå?

Forenklet illustrasjon av mulighet



Eksempler fra Nord-Norge

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge har som eneste avdeling fått tildelt faste egne ressurser til miljømedisinsk 2. linjetjeneste. Med et volum på kun ca. ett årsverk fordelt på ulike faggrupper, er imidlertid kapasiteten altfor lav. For å illustrere hva en 2. linjetjeneste kan gjøre, nevnes noen av de saker avdelingen har bistått kommunalt MHV med:

- En rekke inneklimasaker, særlig på skoler. Det har vært både eksponerings-/helsevurderinger og risikohåndtering/kommunikasjon.
- Forurensninger, bl.a. til luft. Også her både eksponerings-/helsevurderinger og risikohåndtering/kommunikasjon.
- Miljøstøy, faglig støtte og en del målinger/vurderinger.
- Radon i boliger, skoler mv. Veiledning og risikohåndtering/kommunikasjon.
- Elektromagnetiske felt. Veiledning og risikokommunikasjon.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-46. Stikkord. Miljømedisin og arbeidsmedisin.

Miljø og helse, arbeidshelse og folkehelse, et felles ansvar for arbeids-, miljø- og samfunnsmedisinen

Av Jan Vilhelm Bakke, Phd, overlege i Arbeidstilsynet, Førsteamanuensis i miljømedisin NTNU, Institutt for energi og prosesssteknikk

Arbeidshelse er en viktig del av folkehelsen. Arbeidsmedisin er av WHO definert som del av primærhelsetjenesten (WHO 2012). Faget er et breddefag på linje med allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin. Disse spesialitetene supplerer og overlapper hverandre. Arbeidsmedisinen er også en del av miljømedisinen. Mens miljømedisinen omhandler forholdet mellom miljø og helse, dekker arbeidsmedisin forholdet mellom arbeid og helse.

Både i samfunns-, arbeids- og miljømedisinen er forebyggende medisin en sentral del. Forebyggende medisin kan deles i primær-, sekundær-, og tertiær prevensjon.

Primærprevensjon innebærer å fjerne årsak til sykdom. Den kan være individrettet, grupperett eller miljørettet. Miljørettede tiltak kan være mest krevende å oppnå, men samtidig kan de også være de viktigste og mest effektive. Tiltakene må i hovedsak besluttes og gjennomføres i andre sektorer enn helsevesenet.

Sekundærprevensjon innebærer å avdekke sykdom tidlig hvis behandling i tidlig fase kan begrense, forsinke eller forhindre utvikling av alvorlig sykdom. Samfunnet har generelt en overdrevet tro på gevinster av screening og helsekontroller. Det er større etterspørsel og forbruk av slike tjenester enn det er faglig grunnlag for.

Tertiærprevensjon innebærer innsats som forhindrer eller letter følgetilstander av sykdom eller skade, for eksempel tiltak som gjør livet enklere for allergikere og bevegelseshemmede.

Miljørettet helsefremmende og forebyggende arbeid inkluderer kunnskapsbasert vurdering og håndtering av miljøbetonet helserisiko

- Kartlegging, Risikovurderinger, Risikokarakterisering (se f. eks, US/EPA2010)
- Risikokommunikasjon/dialog for å bygge kunnskap i ulike målgrupper for å bringe opplevd risiko ("risikopersepsjon") mest mulig i samsvar med faktisk kunnskap om risikoforholdene.
- Gi faglige råd og bidra til beslutningsunderlag om miljø- og individrettede tiltak for å håndtere de aktuelle miljøutfordringene til politikere, andre beslutningstakere, helsepersonell (bl.a. kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten) og allmennheten (Håndtering av risiko, "Risk management").

Sentrale lovverk som hjemler og krever miljørettede helsefremmende og forebyggende tiltak er

- Plan og bygningsloven: Lov om planlegging og byggesaksbehandling 2008 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>. «Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner».
- Folkehelseloven 2012, oppdatert 2013. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>. «Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller».
- Arbeidsmiljøloven: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. 2005. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>. «Lovens formål er a) å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet»
- Forurensningsloven: Lov om vern mot forurensninger og om avfall 1983 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-03-13-6>. «Denne lov har til formål å verne det ytre miljø mot forurensning og å redusere eksisterende forurensning, å redusere mengden av avfall og å fremme en bedre behandling av avfall. Loven skal sikre en forsvarlig miljøkvalitet, slik at forurensninger og avfall ikke fører til helseskade, går ut over trivselen eller skader naturens evne til produksjon og selvfornøyelse».

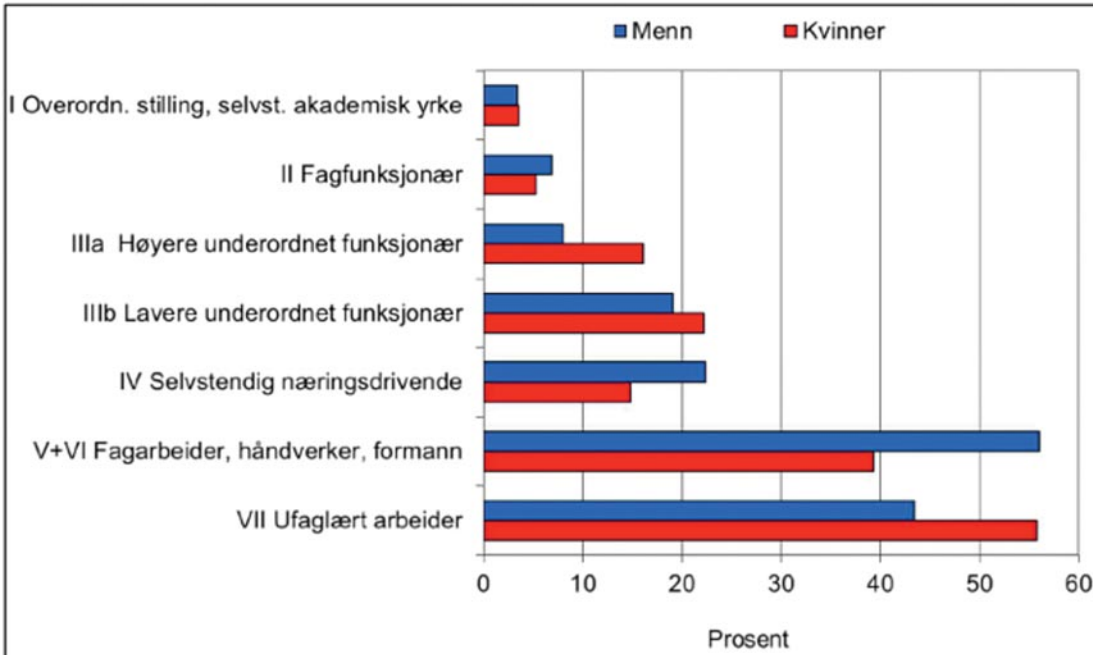
I tillegg kommer Regjeringens utredningsinstruks 2000 (endret i 2005): Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget

<https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2000-02-18-108>. Den krever at også konsekvenser for befolkningens helse skal utredes ved offentlige reformer, regelendringer og andre tiltak. Slike utredninger krever kompetanse til å gjennomføre miljømedisinske risikovurderinger. Dessverre forsømmes dette viktige kravet alt for ofte og gir uheldige beslutninger som i neste omgang kan medføre unødvendig tap av helse og tapte muligheter for helsegevinster.

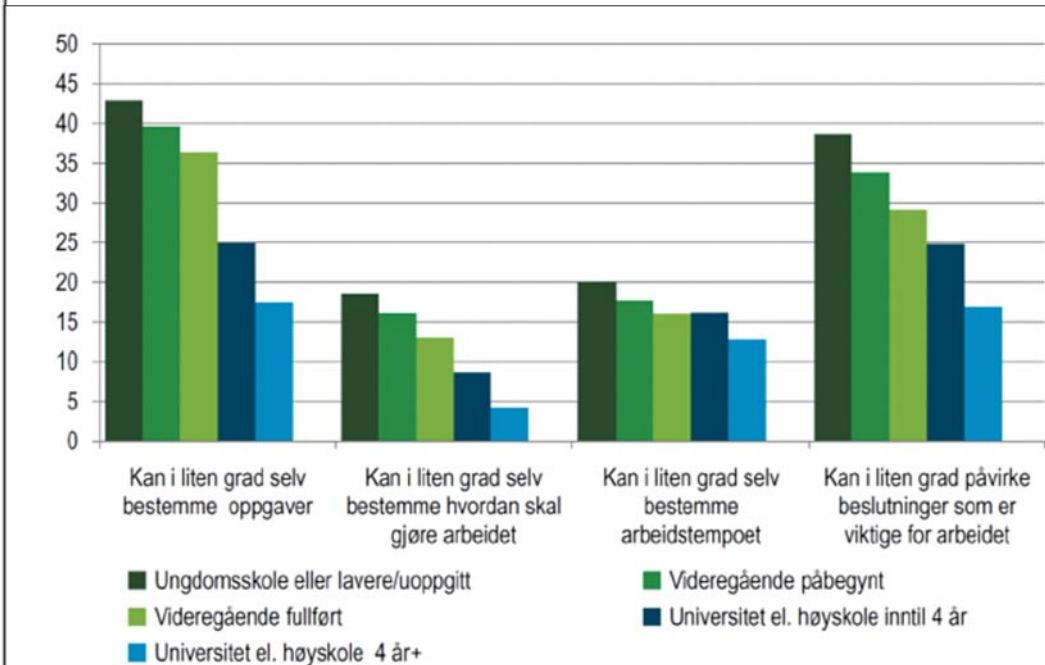
Klimaendringene truer med å undergrave et halvt århundre med fremgang i global helse mens fordelene for helse som følge av kutt i bruk av fossilt brensel er så store at å løse floken med global oppvarming, er den største muligheten til å forbedre folks helse i det 21. århundre (Watts et al 2015). «Et folkehelseperspektiv har potensial til å forene alle aktørene bak en felles sak - helse og velvære for våre familier, lokalsamfunn og land», heter det i denne viktige Lancet/UCL rapporten. Det krever en ny giv for sektorovergripende innsats for folkehelse og miljø.

Arbeid og sosiale ulikheter i helse

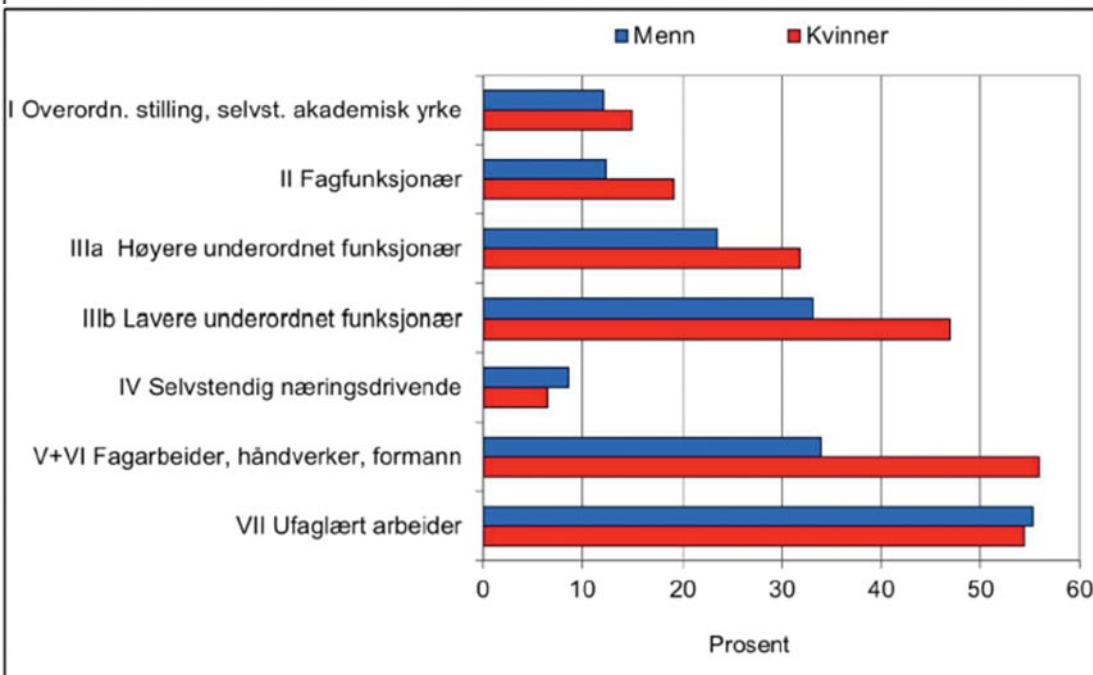
Dårlig arbeidshelse er en viktig årsak til sosiale ulikheter i helse (Dragano et al 2011. Dragano & Wahrendorf 2014). Professor Espen Dahl ved HIOA har ledet et stort prosjekt om sosiale ulikheter i Norge. Ingrid Sivesind Mehlum fra STAMI har sett spesielt på betydningen av arbeidsmiljø.



Fordeling av personer med tungt kroppsarbeid eller som går og løfter mye i jobben, etter kjønn og yrkesklasser ved Helseundersøkelsen i Oslo 2000–2001 (N=7293) (Mehlum 2010, 2013).



Prosentandel av sysselsatte som opplever lav kontroll på jobben, etter utdanningslengde (Mehlum 2013, fra SSB, LKU 2009, NOA 2011, figur 3.2.29).

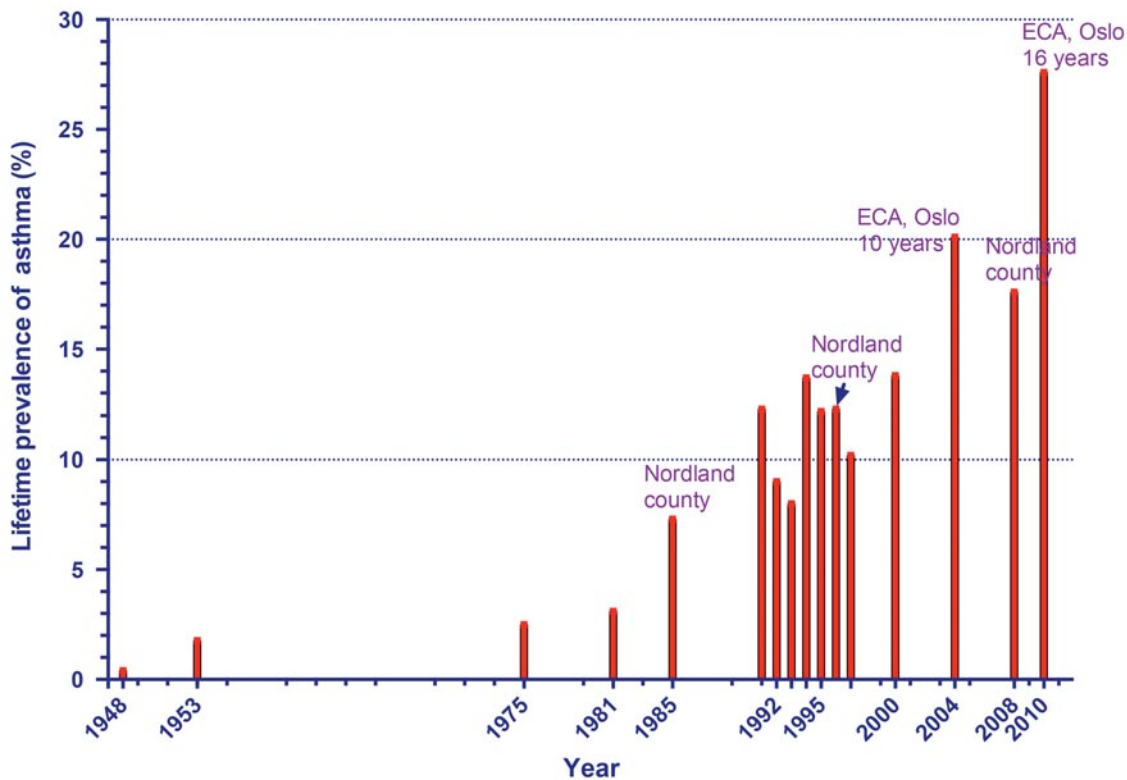


Fordeling av personer med lav jobbkontroll, etter kjønn og yrkesklasser ved Helseundersøkelsen i Oslo 2000–2001 (N=7293) (Mehlum 2010, 2013).

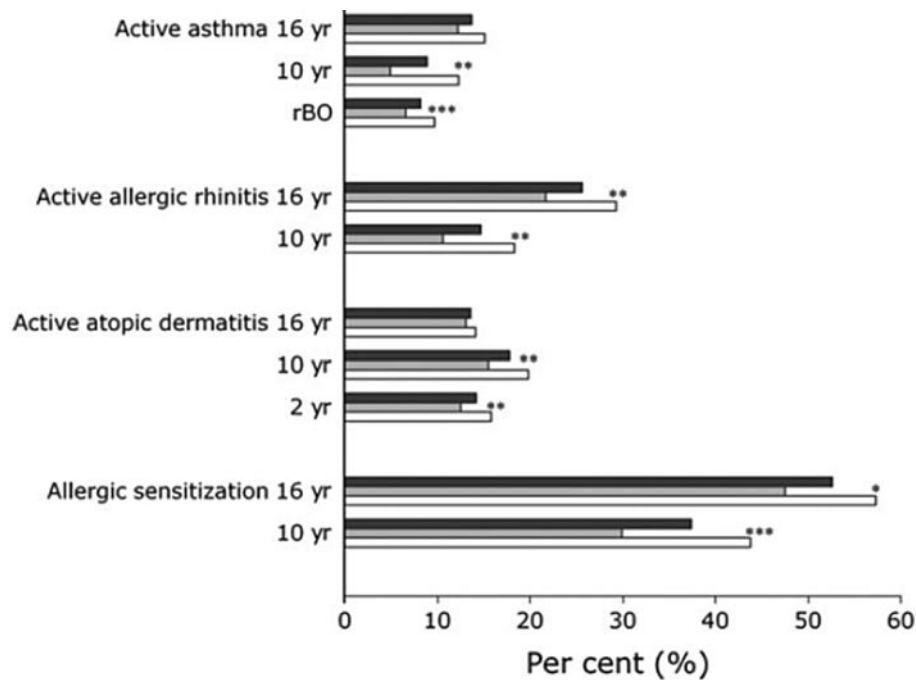
Grad av belastning, mestring og kontroll både i arbeidslivet og livet for øvrig er viktige markører for helse og sosial ulikhet (Theorell & Karasek 1996).

Astma, allergi og annen overfølsomhet (AAO) og KOLS

Det har vært sterk økning av astma blant unge. De kommer inn i arbeidslivet med økt sårbarhet i luftveiene og økt risiko for å bli slått ut av yrkesforverret astma.



Økning av astma hos unge i Norge, utarbeidet av professor Kai-Håkon Carlsen, UiO 2014



Kumulative prevalenser 2010 i Oslo for astma, allergisk rinititt og atopisk dermatitt i ulike aldersgrupper. (Hovland et al 2014).

Dårlig kontrollert astma og fortsatt eksponering øker risiko for utvikling av KOLS. Kombinasjonen av barneastma, hyppige infeksjoner, mors røyking og foreldreastma doblet risikoen for KOLS hos ikke-røykere i voksen alder sammenlignet med storryktere (Odds 7,2 mot 3,8) (Svanes et al 2010). Hyppigheten av KOLS i befolkningen har i løpet av åtte år fra 1997 til 2003 økt fra 7 % til 14 %, tilsvarende en økning fra om lag 200 000 mennesker til 400 000 (Waatevik et al 2013).

Verden rundt oppsummeres at allergidietter og allergisanering ikke hjelper mot økningen av allergi, astma og annen overfølsomhet (Haahtela et al 2013, Wahn 2013, von Hertzen et al 2015). For mange kan effekten heller ha vært negativ. Helsen for de aller fleste er best tjent med balansert diett, fysisk aktivitet og nær kontakt med frodig og mangfoldig natur, enten de er allergisk eller ikke. Lette allergier bør ikke anses som sykdom! «Ikke unngå miljøeksponering hvis det er unødvendig (mat og dyr)» sier Tari Haahtela som leder det finske 10-års allergiprogrammet. Alt barn (og voksne) spiser, drikker, berører eller puster styrker våre egen naturlige mikroflora (mikrobiomet) på og i kroppen og holder immunsystemet vårt i orden.

Eksponering for et økologisk mangfold av jordbakterier er forbundet med et biodiverst hudmikrobiom som beskytter mot allergi og lungeinflammasjon (Fyhrquist et al 2014). Naturlig mangfold og grøntarealer i omgivelsene beskytter mot utvikling av atopi (Hanski et al 2012, Ruokolainen et al 2015). Alvorlig astma og sterk allergi skal fortsatt behandles effektivt og grundig. Grundig opplæring av pasienter og behandlere reduserer sterkt sykkelighet av astma og allergi (Kauppi et al 2015).

Det er interessant at registerdata fra SSB, Norsk pasientregister og Reseptregisteret viser avvik mellom geografisk distribusjon av røyking og 62882 personer med KOLS i 2009 (se figurer under) (Halvorsen & Martinussen 2014). I kommuner med landbruk og fiskeri er det færre med KOLS enn forventet ut fra røyking, slik som på Vestlandet og ytre fjordstrøk. Der er det frisk luft og primærnæringer hvor folk er mye ute. Det er større miljøforurensning i det indre av Østlandet enn på Vestlandet kommenterer forskerne.

Figure 4. Geographic distribution of COPD patients in Norway. Age-adjusted rates, 2009.

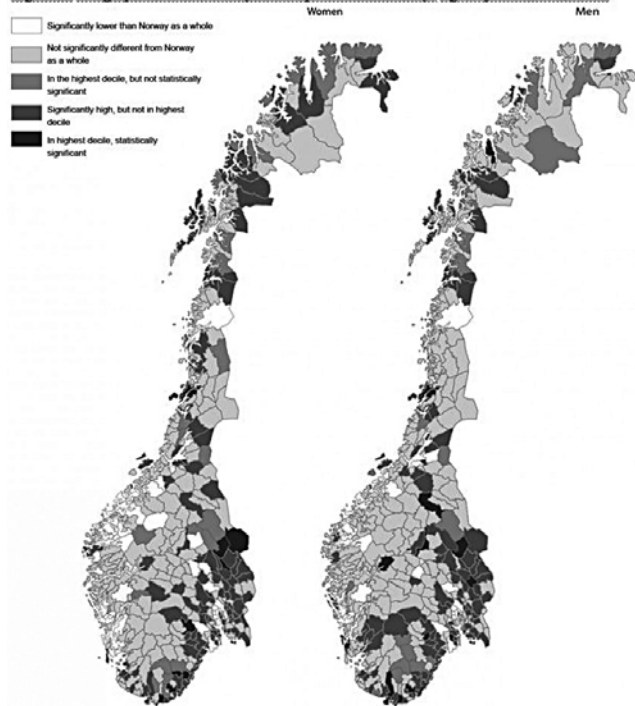
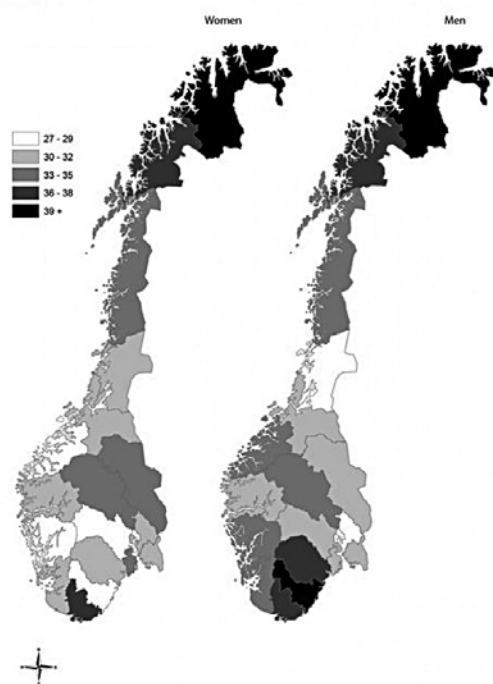
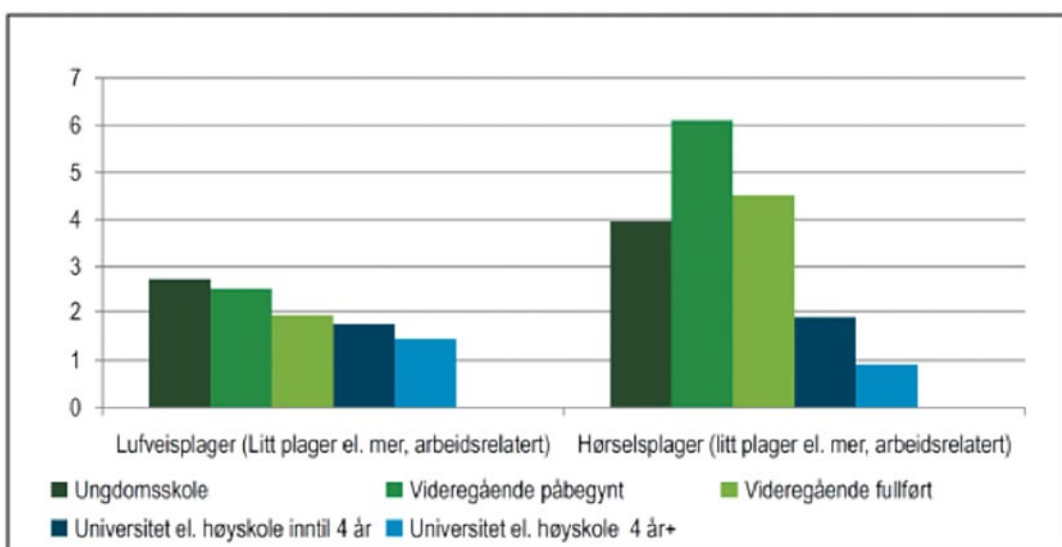


Figure 5. Geographic distribution of daily smokers in Norway (16-74 years old). Five year per cent average 1996-2000.



Illustrasjon fra Åse Dragland. Flest KOLS-pasienter i sør og øst. Gemini 2014, nr 4, jfr Halvorsen & Martinussen 2014.



Prosentandel av yrkesaktive som oppgir arbeidsrelaterte luftveisplager siste 12 måneder og nedsatt hørsel eller øresus siste måned, etter utdanning. (Mehlum 2013, kilde: SSB, LKU 2009. Figuren er hentet fra NOA 2011, figur 4.2.15)

Det har vært en dominerende oppfatning at reduksjonen i røyking på sikt vil redusere økningen i KOLS i befolkningen. Det er færre som tror det nå. Desto viktigere er det å arbeide for å skape trygge miljøforhold også for de mange unge med astma som kommer inn i arbeidslivet med økt risiko for å få yrkesforverret astma og KOLS.

Yrkesforverret astma på grunn av inneklime i ikke-industrielt arbeidsmiljø, er særlig hyppig blant dem som jobber i (Leira et al 2006):

- *Helse og omsorg*
Helseproblemer kan oppstå på grunn av dårlig vedlikehold av arbeidslokaler, feil drift av klima-installasjoner, for høye lufttemperaturer, rengjøringsprayer, desinfeksjonsmidler, naturgummilates, etc
- *Utdanning*
Helseproblemer kan skyldes dårlig drift og vedlikehold av arbeidslokaler, verst i kommunene (grunnskolen, barnehager) og dårlig renhold
- *Renholdsbransjen*
Helseproblemer på grunn av kjemikalier, særlig bruk av sprayprodukter

Arbeidstilsynet bør fortsette innsatsen for å bedre miljø og redusere skadelig eksponering i arbeidslivet, særlig i renhold, i sykehus, helseinstitusjoner og i skole- og undervisningssektoren. NIOSH og OSHA i USA har prosjektene «Prevention through Design». Også HSE-UK (Health and Safety Executive, Arbeidstilsynet i Stor-Britannia) formidler tekniske tiltak i arbeidsmiljø for reduksjon av kols. I kols-prosjektet 2010-11 pekte Arbeidstilsynet ut særlig prioriterte bransjer med behov å redusere skadelig eksponering(65).

- Tuneller/gruver: Risikovurderinger, økt bruk av elektrisk utstyr.
- Asfaltarbeid: Ny teknologi for asfaltutlegging med lavtemperatur asfalt (LTA) er nå i økende bruk i Norge og reduserer skadelig luftforurensning til en brøkdel
- Varmt arbeid/sveising: Systematiske eksponeringsmålinger, tekniske tiltak? nye normer?
- Bakere: Tekniske tiltak, FOU, informasjons-CD fra bransjen, ny melstøvnorm?
- Landbruket: Samarbeid med landbrukets organisasjoner om risikovurderinger og tiltak.
- Smelteverk-, aluminiums- og elektrometallurgisk industri: Avklaring av Arbeidstilsynets rolle i forhold til det pågående partssamarbeidet om redusert eksponering.

Arbeidstid, skiftordninger, mestrings og kontroll, og ulikhet i helse

STAMI rapporterer at arbeidstid og skiftordninger har stor betydning for ulikhet i helse (Lie et al 2014). Regelverket er derfor viktig for å beskytte arbeidstakere.

- Søvnforstyrrelser er vanligste konsekvens av endret døgnrytme ved skiftarbeid. Tidlig start på morgenskiftet, og hyppige lange arbeidsuker øker risikoen
- Lange arbeidsøkter og skiftarbeid, særlig med nattarbeid, kan føre til nedsatt funksjon med påfølgende økt risiko for feilhandlinger
- Holdepunktene er styrket for at både lang arbeidstid, nattarbeid og roterende skift påvirker sikkerhet og gir økt risiko for skader/ulykker i arbeidslivet
- Det er klare indikasjoner på negative psykiske effekter knyttet til lange arbeidstider og til nattarbeid. Risiko øker ytterligere hvis det ofte arbeides lange uker
- Både lange arbeidsøkter og skift- og nattarbeid øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Ny forskning tyder på at lange arbeidsøkter også øker risikoen for dødelighet av hjerte- og karsykdommer
- Skift- og nattarbeid øker risikoen for diabetes
- De fleste studier av nattarbeid og brystkreft viser en økt risiko ved nattarbeid. Nye studier viser økt brystkreftisiko blant kvinner som har jobbet mange år i skiftordninger med mange netter i strekk

Det er nå også vist at lang arbeidstid er forbundet med økt risiko for diabetes 2 i lavere sosiale lag, men ikke i de øvre sosiale lag (Kivimäki et al 2015).

WHO (verdens helseorganisasjon) og ICOH (International Commission on Occupational Health) ønsker økt samarbeid mellom arbeidshelse og primærhelsetjeneste for å fremme arbeids- og folkehelse. ICOH har studert arbeidslivet som avgjørende faktor for å produsere ulikhet i befolkningen” (Dragano et al 2011, Dragano & Wahrendorf 2014). Arbeids- og velferdspolitikken er relatert til grad av stress i arbeidslivet. Det var bedre arbeidskvalitet i land med aktiv arbeidspolitikken for eldre arbeidstakere og gode trygdeordninger. Sammenheng mellom arbeidsstress og nedsatt helse (depresjon) var sterkest i Syd-Europa og svakest i de Skandinaviske velferdsstatene.

Oppgaver for arbeids- og miljømedisin, helse- og arbeidsmiljømyndigheter

I Folkehelseloven og Arbeidsmiljøloven er helse sentrale formål

- Folkehelseloven: bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller
- Arbeidsmiljøloven: å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet.

For å oppnå dette trengs omfattende tverr- og flerfaglig kompetanse og bruk av flere virkemidler. Ensidig satsing på høyt antall tilsyn fra Arbeidstilsynet sikrer ikke den tilstanden i arbeidslivet som loven legger opp til. Alle gode krefter må slå sammen sin kompetanse og arbeide for å oppfylle målet i loven. Særlig viktig er økt samarbeid mellom helsemyndigheter, plan- og bygningsmyndigheter, miljømyndigheter og arbeidsmiljømyndigheter. Ved hjelp av aksepterte metoder for kunnskapsbasert risikovurdering og å bidra til muligheter for tiltak, kan beslutningstakere forebygge miljørelatert sykdom, skade og fremme helse gjennom

- *kunnskapsutvikling og forskning* som gir grunnlag for
 - Kartlegging
 - Risikovurderinger
 - Risikokommunikasjon for å utveksle kunnskap med ulike målgrupper

- Råd (beslutningsunderlag) om miljø- og individrettede tiltak for å håndtere problemene
- Utvikling av regelverk, normer og grenseverdier
- *å bygge faglighet* for samfunnet
- *å yte bistand/råd* ved rehabilitering og ved oppstått miljørelatert helseskade.

Samfunns-, Arbeids- og Miljømedisinen er fag som kan gi sentrale og lokale myndigheter og politikere grunnleggende kunnskap av avgjørende betydning for hvilke valg de bør ta, enten det gjelder politiske valg, prioriteringer eller virkemidler.

Nå må vi aktivt sikre oss den eksponeringen vi trenger for å utvikle god helse og unngå eksponering som er skadelig for helse og øker sosial ulikhet!

Litteratur/lenker:

Dahl et al 2014. Sosial ulikhet i helse <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse>. Se spesielt Mehlum 2013 og Dahl et al 2014. Se også: Internettvedlegg 1. Mål og anbefalinger.pdf og Mehlum 2010 <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30018/Mehlum-publ-ny.pdf?sequence=4> (Thesis)

Dragano N, Wahrendorf M. Editorial. Consistent health inequalities in Europe: the importance of labour market disadvantage. J Epidemiol Community Health. 2014 Apr;68(4):293-4. doi: 10.1136/jech-2013-203655. Epub 2014 Jan 13.

Dragano N, Siegrist J, Wahrendorf M. Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions: a comparative study with 9917 older employees from 12 European countries. J Epidemiol Community Health 2011;65:793-9. HSE. Case: <http://www.hse.gov.uk/copd/casestudies.htm>

Fyhrquist N, Ruokolainen L, Suomalainen A, et al. Acinetobacter species in the skin microbiota protects from allergic sensitization and inflammation. J Allergy Clin Immunol. 2014 Dec;134(6):1301-1309.e11.

Haahtela T, Holgate S, Pawankar R, Akdis CA, Benjaponpitak S, Caraballo L, Demain J, Portnoy J, von Hertzen L; WAO Special Committee on Climate Change and Biodiversity. The biodiversity hypothesis and allergic disease: world allergy organization position statement. World Allergy Organ J. 2013 Jan 31;6(1):3.

Halvorsen T, Martinussen PE. The geography of chronic obstructive pulmonary disease: A population-based study of Norway. Soc Sci Med. 2014 Mar 21;111C:25-34.

Hanski I, von Hertzen L, Fyhrquist N, et al. Environmental biodiversity, human microbiota, and allergy are interrelated. Proc Natl Acad Sci USA 2012; 109:8334-9.

Hovland V, Riiser A, Mowinckel P, Carlsen KH, Carlsen KC. Asthma with allergic comorbidities in adolescence is associated with bronchial responsiveness and airways inflammation. Pediatr Allergy Immunol. 2014; 25: 351-9.

Kauppi P, Peura S, Salimäki J, Järvenpää S, Linna M, Haahtela T. Reduced severity and improved control of self-reported asthma in Finland during 2001-2010. Asia Pac Allergy. 2015 Jan;5(1):32-9. doi: 10.5415/apallergy.2015.5.1.32. Epub 2015 Jan 28.

Kivimäki M, Virtanen M, Kawachi I, et al. Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Jan;3(1):27-34. doi: 10.1016/S2213-8587(14)70178-0. Epub 2014 Sep 25.

Leira HL, Berg JA, Bratt U, Slåstad S. Mye arbeidsrelatert sykdom blant astmatikere. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 2367-9.

Lie J-A S, Arneberg L, Goffeng LO, et al. Arbeidstid og helse Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. STAMI-rapport nr 1, 2014. <http://www.stami.no/ny-stami-rapport-arbeidstid-og-helse-en-systematisk-litteraturstudie>

Mehlum IS, 2010 (Thesis). Work-related health problems in the population. Impact of working conditions on health and on social inequalities in musculoskeletal pain among Oslo citizens aged 30-45 years. Department of Occupational Medicine and Epidemiology. National Institute of Occupational Health, Oslo. Faculty of Medicine. University of Oslo <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30018/Mehlum-publ-ny.pdf?sequence=4>

Mehlum IS. Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt Statens arbeidsmiljøinstitutt 2013

NOA/STAMI 2011. NOA, Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo, www.stami.no/noa .

NIOSH. The State of the National Initiative on Prevention through Design <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2014-123/pdfs/2014-123.pdf> Svanes et al. Early life origins of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2010; 65: 14-20.

Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. J Occup Health Psychol 1996; 1: 9–26.

US/EPA 2000. Risk characterization handbook. Prepared for the U.S. Environmental Protection Agency by members of the Risk Characterization Implementation Core Team, a group of EPA's Science Policy Council. Principal Authors: John R. Fowle, Kerry L. Dearfield EPA 100-B-00-002 December 2000, Science Policy Council

U.S. Environmental Protection Agency, Washington, DC 20460 <http://www.epa.gov/spc/pdfs/rchandbk.pdf>

von Hertzen L, Beutler B, Bienenstock J, et al. Helsinki alert of biodiversity and health. Ann Med. 2015 May;47(3):218-25. doi: 10.3109/07853890.2015.1010226. Epub 2015 Apr 23.

Waatevik et al. Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. Respir Med. 2013; 107: 1037-45.

Wahn U. Considering 25 years of research on allergy prevention—have we let ourselves down? Pediatr Allergy Immunol 2013; 24: 308–10.

Watts N, Adger WN, Agnolucci P, et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. Lancet. 2015 Jun 24. pii: S0140-6736(15)60854-6. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. [Epub ahead of print]

Wells N, Evans G. Nearby nature: a buffer of life stress among rural children. Environ Behav 2003; 35:311e30.

WHO 2012. Connecting Health and Labour. Bringing together occupational health and primary care to improve the health of working people Executive Summary. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/124659/1/WHO_HSE_PHE_ES_2012.1_eng.pdf?ua=1&ua=1

Faktaboks:

- Miljømedisin kan defineres som: Det medisinske fagområdet som omhandler forholdet mellom miljø og helse.
- Arbeidsmedisin defineres som: Det medisinske fagområdet som omhandler forholdet mellom arbeid og helse.

Sitater:

«Primærprevensjon innebærer å fjerne årsak til sykdom»

«Mange har trodd at reduksjonen i røyking på sikt vil redusere økningen i KOLS i befolkningen. I fagmiljøene er det færre som tror det nå»

«Vi må arbeide for å skape trygge arbeidsforhold også for de mange unge med astma som kommer inn i arbeidslivet med økt risiko for å få yrkesforverret astma og økt risiko for KOLS»

Referansekode i 'Helsrådet': MHV 2015 – 47. Arbeidshelse. Folkehel

Strategi for utvikling av miljømedisinsk annenlinjetjeneste i Norge.

Tor Erik Danielsen, seksjonsoverlege, seksjon for Miljø- og arbeidsmedisin, Oslo Universitetssykehus.

Rundbordskonferansen 13. januar var et nyttig initiativ fra Helsedirektoratet for å få et overblikk over og forventninger knyttet til miljømedisinsk annenlinjetjeneste i Norge.

Vi holder frem Sverige som et forbilde. Det er sannsynligvis mye å lære av hvordan avdelingene er blitt bygd opp der og hvordan spesialiteten i Sverige har tilnærmet seg miljømedisin.

Vi her ved Oslo universitetssykehus har med dagens bemanning fullt opp med arbeidsmedisinske oppgaver, og trenger et betydelig ressursløft for å utvikle og integrere miljømedisin på en tilfredsstillende måte.

Da tenker jeg på om vi skal utvide tilbudet for pasientutredninger, opprette en enhet som kan rykke ut ved ulykker og om vi skal tilby rådgivning av kommunale instanser og kommunehelsetjenesten.

Det siste punktet er kanskje et spørsmål i seg selv - det var ikke helt klart for meg hva representantene for kommunehelsetjenesten skulle bruke kompetansen hos oss til på "hverdager".

Dette er en spennende prosess med flott muligheter til å utvikle faget og skape gode og nyttige samarbeidsmuligheter. Etter min mening er det likevel flere strategiske utfordringer.

Eksempler:

- Hvordan kan vi klare å rekruttere og utvikle komplementær kompetanse i våre fagmiljøer?
- Bør vi avklare en oppgavefordeling mellom de regionale avdelingene (eventuelt oppgavefordeling på nasjonalt nivå som i Sverige)?
- Hvordan bør spesialistutdanningen og spesialiststrukturen tilpasses?
- Hva skal være vår rolle i forhold til akademisk utvikling? (undervisning/vitenskaplig produksjon)
- Vi må bidra til å definere de miljømedisinske oppgaver i spesialisthelsetjenesten
- Definere innholdet i miljømedisin og miljørettet helsevern.
- Det må bevilges tilstrekkelige ressurser til å starte opp og videreutvikle et miljømedisinsk tilbud ved avdelingene uten at dette går på bekostning av arbeidsmedisinske oppgaver.

Dersom vi skulle ta utgangspunkt i tallene fra Sverige, innebærer en oppbygging til tilsvarende svensk nivå en mangedobling av antallet ansatte ved avdelingene. Det må være lov til å stille spørsmålet om hvor realistisk det er?

Etter mitt syn ser det ut til at det fortsatt er behov for en grundig faglig og politisk utredning som gir klare mandater og tilstrekkelige ressurser til å utvikle en god miljømedisinsk annenlinjetjeneste. Ressurser inkluderer også helt klart økonomiske midler.

Rundbordskonferanse har brakt oss et steg videre, men det er fortsatt en vei å gå før det er samsvar mellom ambisjoner, forventninger og reelle ressurser.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 -43. Stikkord: Miljø- og arbeidsmedisin Oslo Universitetssykehus.

Etablering av fire regionale sentre for astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner

I november 2010 bestemte Helse- og omsorgsdepartementet at det skal opprettes tverrfaglige kompetansemiljøer på astma og allergi. Kompetansemiljøene er senere blitt konkretisert og omtales nå som regionale sentre for astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner (gjerner forkortet til RAAO-sentre). Sentrene skal stå for rådgivning og opplæring til den lokale helsetjenesten for å sikre et best mulig behandlingstilbud lokalt for den enkelte pasient. Målet med disse sentrene er å sørge for et tettere samarbeid mellom fagfolkene for å sikre at pasienter får rett diagnose og avdekke eventuell feilbehandling. Kompetansemiljøene skal bedre kunnskapen om astma og allergi både i sykehus og ute i kommunene. De regionale AAO-sentrene skal også ta opp forskningsoppgaver og således knytte forskere til seg. Særlig når det gjelder reaksjoner på mat, er det et stort behov for mer presis diagnostikk og avklaring av hvilken type tiltak som bør iverksettes.

AAO-sentrene skal virke både som kompetansetjeneste og behandlingssenter for henviste barn, unge og voksne med komplekse sykdomsbilder. Allergisentrene bør sikres nødvendig kompetanse og kapasitet slik at de også kan gi faglig støtte til kommunenes miljørettede helsevern, kommunene for øvrig og andre som trenger slik bistand. Dette er på samme måte som de arbeidsmedisinske avdelingene har ytet støtte til bedriftshelsetjenestene rundt om i landet.

De fire RHFene har besluttet å opprette disse sentrene som vil være helt sentrale i fremtidig diagnostikk, behandling, forskning samt kompetanse og nettverksbygging. En viktig begrunnelse for å ha etablerte *sentre*, er behovet for å kunne utføre provokasjonstester på en for-svarlig måte.

Skissen nedenfor har vært brukt for å illustrere AAO-sentrenes plass i forhold til de andre kliniske avdelingene i de fire universitets-klinikkene, men også andre kliniske sykehusavdelinger i landets helseforetak. Det er også tatt hensyn til forholdet til primærhelsetje-nesten.



Under arbeidet med kompetansemiljøene har det blitt tydelig at de regionale avdelingene for arbeidsmedisin ved universitetssykehusene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø har mye erfaring fra ofte komplisert utredning og oppfølging av personer utsatt for faktorer i arbeidsmiljøet. Dette er bakgrunnen for at AAO-programmet foreslår at AAO kompetansesentrene blir vurdert lagt til nettopp de fire regionale helseforetakenes avdelinger for arbeidsmedisin. Bl. a. vil man her, under kontrollerte betingelser, kunne utføre provokasjonsforsøk som ledd i pasientutredninger.

De utredninger som er gjort, fremholder at hvert senter bør ha et begrenset antall ansatte og at hovedtyngden i arbeidet skjer mellom senteret og de kliniske avdelingene på sykehuset, men også mellom senteret og andre sykehus og helsetjenesten og miljørettet helsevern ute i kommunene. Typiske samarbeidsavdelinger for det regionale AAO-senter vil således være avdelinger for lungesykdommer, øre-nese-hals, barnesykdommer, gastrointestinale lidelser, psykiatri, hudsykdommer, arbeidsmedisin, anestesi og farmakologi samt allmennmedisin og miljørettet helsevern.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-44. Stikkord: RAOO-sentre.

Red. innledning: I tilslutning til forrige artikkel gjengir vi her utdrag fra foredrag holdt på møte i Helsedirektoratet den 13. januar 2015 av Bjørn Hilt, overlege/professor II, Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital / ISM, DMF, NTNU.

Mulighet for miljømedisin

Med den felles faglige profilen som en finner ved alle de arbeidsmedisinske avdelingene, med kompetanse innen i hvert fall arbeidsmedisin og yrkeshygiene, er det forhold som taler for at disse avdelingene med fordel kunne bygges ut til også å dekke et andrenlinje kompetansebehov for kommunene og andre innen miljømedisin. Arbeidsmedisinsk kompetanse dekker, ved siden av det rent medisinske, i grunnen i hvert fall toksikologi og epidemiologi, mens yrkeshygienisk kompetanse, ved siden av de to nevnte feltene, også dekker prosess- og kjemikunnskap. Alle disse kompetanseområdene er aktuelle også for miljømedisinen, om enn med en noe annerledes tilnærming. Mens arbeidsmedisin og yrkeshygiene fortsatt i mange tilfeller dreier seg om forebygging i forhold til relativ høydose påvirkning av begrensede grupper er miljømedisinen i de fleste tilfeller mer rettet mot lavdose påvirkning av større grupper som også har en videre sammensetning og en videre aldersprofil. Selv om det finnes likheter kan man derfor ikke sette likhetstegn mellom de to fagområdene. Her må man også merke seg at det for de to fagområdene er helt forskjellige lovverk og de er underlagt forskjellige forvaltningsorganer. Det er også forskjellige regler og sosialmedisinske forhold knyttet til spørsmål om yrkessykdommer og arbeidsrelaterte sykdommer i forhold til spørsmål om miljørelaterte sykdommer. Dette er forskjeller som måtte ivaretas gjennom tilførsel av ressurser og kompetanse dersom de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene, ved siden av deres allerede underfinansierte arbeidsmedisinske virksomhet, i tillegg også skulle få miljømedisinske oppgaver.

Dersom man skulle satse på at miljømedisin også skal være et kompetanseområde ved Arbeids- og miljømedisinske sykehusavdelinger i Norge må det fra starten også sørges for at det blir opprettet akademiske stillinger for undervisning og forskning i begge fag ved alle de medisinske fakultetene.

Fra et arbeidsmedisinsk ståsted, og trolig også for partene i arbeidslivet og Arbeids- og sosialdepartementet, er det avgjørende at det ved tanker om en utvidelse av de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene til også å være en andrenlinjetjeneste for miljørettet helsevern i kommunene, fra HOD (eller andre) gis tilstrekkelige ressurser til at alle oppgaver kan ivaretas på en tilfredsstillende måte uten at det på noen måte går på bekostning det allerede eksisterende og nokså marginale arbeidsmedisinske tilbudet.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-44. Stikkord: Miljømedisin.

Kan STAMI gjøre noe for miljømedisinen?

Red. innledning: Som ledd i forberedelsene til møtet i Helsedirektoratet den 13. januar, inviterte vi også Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) som representant for det vi kan kalle 3. linjetjenesten for arbeidsmedisin/yrkesmedisin, bl. a. for å få rede på om det i forbindelse med etableringen av STAMI var nevnt noe om innsats også på miljømedisins område, altså som en støtte for miljømedisinsk arbeid i 2. linjetjenesten og eventuelt også for arbeid i kommunehelsetjenesten.

Sture Bye, Kommunikasjonsdirektør, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)

De arbeidsmedisinske avdelingene har vært under press de senere årene, og ble av Arbeids og Sosialdepartementet (ASD) styrket gjennom støtte knyttet til IA-midlene for noen år siden. Dette var et spesifikt tiltak for å styrke den arbeidsmedisinske kompetansen og kapasiteten i Norge.

De Arbeidsmedisinske avdelingene har et bredere nedslagsfelt enn Statens arbeidsmiljøinstitutt gjennom det at de skal dekke både arbeidsmedisin og miljømedisin – selv om de tradisjonelt sett har hatt et tydelig arbeidsmedisinsk tyngdepunkt.

En tydelig økning i retning av miljømedisin, med potensielt svekkelse av den arbeidsmedisinske kapasiteten som konsekvens, vil ikke være i tråd med tildelingen av styrkningsmidler. Samtidig er det igjen viktig å understreke at de arbeidsmedisinske avdelingene har to felt å dekke, og at dette naturligvis må gjøres på en adekvat måte.

Når det gjelder Statens arbeidsmiljøinstituttets rolle i dette, har instituttet et koordineringsansvar for den arbeidsmedisinske siden hos de arbeidsmedisinske avdelingene. Som institutt, har vi et statsoppdrag knyttet til arbeidsmiljøsektoren og arbeidsmedisin som underliggende etat av ASD. Således har vi et sektoransvar for arbeidsområdet, mens miljømedisin dekkes av Folkehelseinstituttet.

Organiseringen av de Arbeidsmedisinske klinikker og koordineringsansvaret (siden 2008) har vært fordelt mellom Helsedepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet, noe som – slik vi forstår det - også innebærer økonomisk bistand fra partene i arbeidslivet gjennom styrkningsmidlene koordinert gjennom IA-avtalen.

STAMI vil likevel selvsagt kunne bidra i en dialog med helsemyndighetene om å kunne bidra i spesifikke sammenhenger, hvor STAMI sitter på spisskompetanse som helsemyndighetene eller Folkehelseinstituttet ikke selv besitter i like stor grad. Dette er spesielt knyttet til yrkeshygienisk kompetanse og forurensningskarakterisering og helsekonsekvensvurderinger av slike, og hvor klassisk yrkeshygienisk/kjemisk arbeidsmedisinsk kompetanse er av betydning.

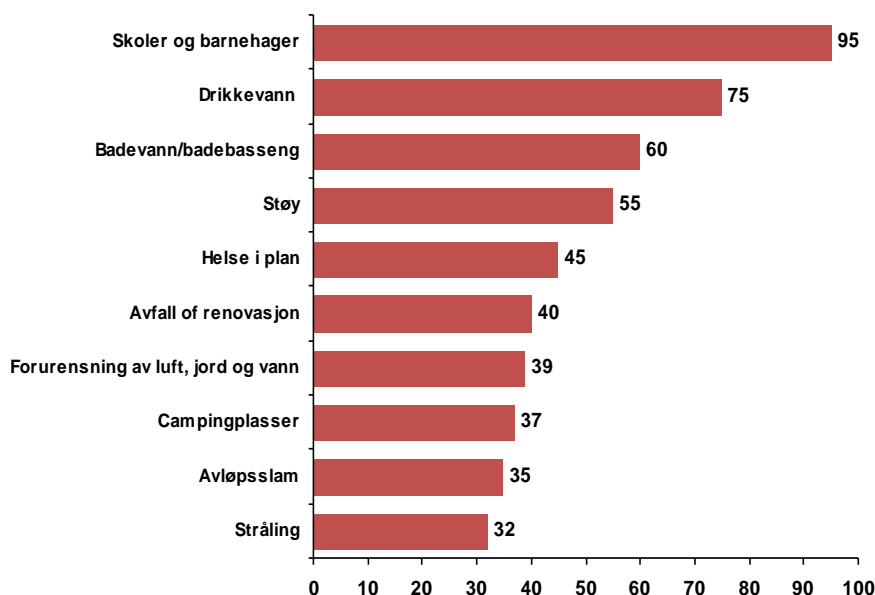
Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 48. Stikkord: Miljømedisin. STAMI.

Seneste «vareopptelling» om kommunenes arbeid med miljørettet helsevern

Rapport IS-1633 (Helsedirektoratet 2009)

95 prosent av kommunene oppgir skoler og barnehager som et dominerende saksfelt blant kommunens arbeid med miljørettet helsevern.

Hvilke saksfelt er dominerende blant kommunens arbeid, (evt. i interkommunalt samarbeid) med miljørettet helsevern?



- Diagrammet viser de 10 viktigste saksområdene om nevnes av kommunene.
- De andre sakene er bolighygiene, husdyrhold, dyreoppdrett, skadedyrbekjempelse/-bekjempere, røykfritt innemiljø, frisør-/skjønnehetspleie, sosiale miljøfaktorer, ulykkesforebyggende arbeid, luktproblem, ernæring, klimaproblematikk og andre saker. Disse sakene fikk mindre enn 31 % "stemmer".

Organisering av miljørettet helseverntjenesten

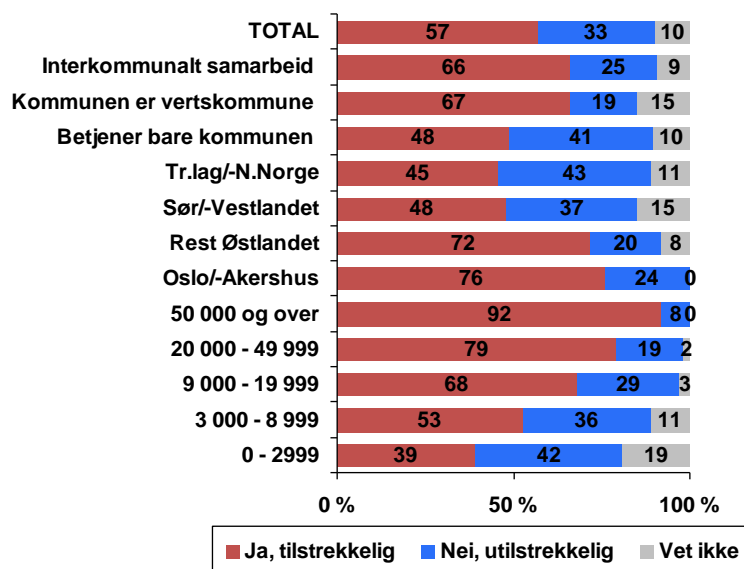
I kommunen som deltar	Antall kommuner	Prosent
Kommunen har egen MHV-tjeneste	197	56
Kommunen deltar i interkommunalt samarbeid	145	42
Ikke oppgitt	7	2
Totalt	349	100

Kontakter *utenfor* kommunen (ofte eller av og til)

- Mattilsynet 76%
- Folkehelseinstituttet 67
- Fylkesmannen/
helseavd/ fylkeslegen
60
- Annen kommune 58
- Fylkesmannens
miljøvernnavd 35
- Helsedir 31
- Andre 27
- Strålevernet 25
- Arbeidstilsynet 23
- SFT 22
- Helsetilsynet 20
- Fylkeskommunen 11
- STAMI 7

57 prosent av kommunene mener de har tilstrekkelige ressurser når det gjelder *kompetanse* innen miljørettet helsevern som tilstrekkelige.

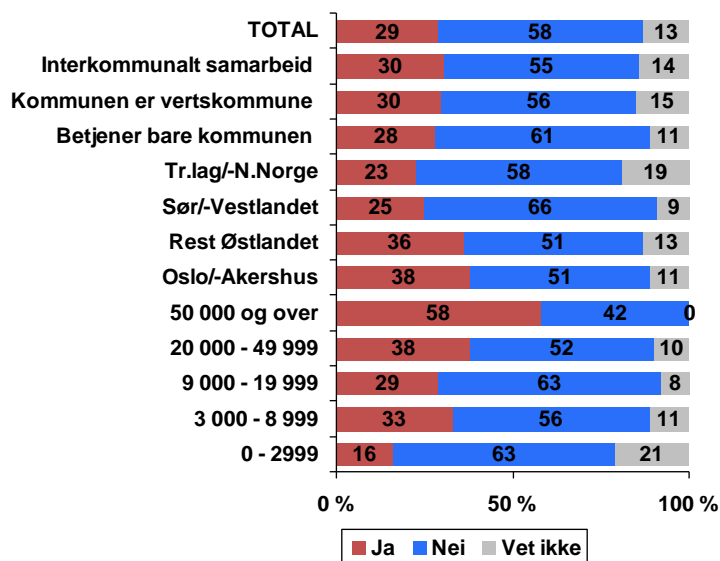
Anses kommunens ressurser innen miljørettet helsevern tilstrekkelig i forhold til oppgaver og utfordringer når det gjelder *kompetanse*?



5

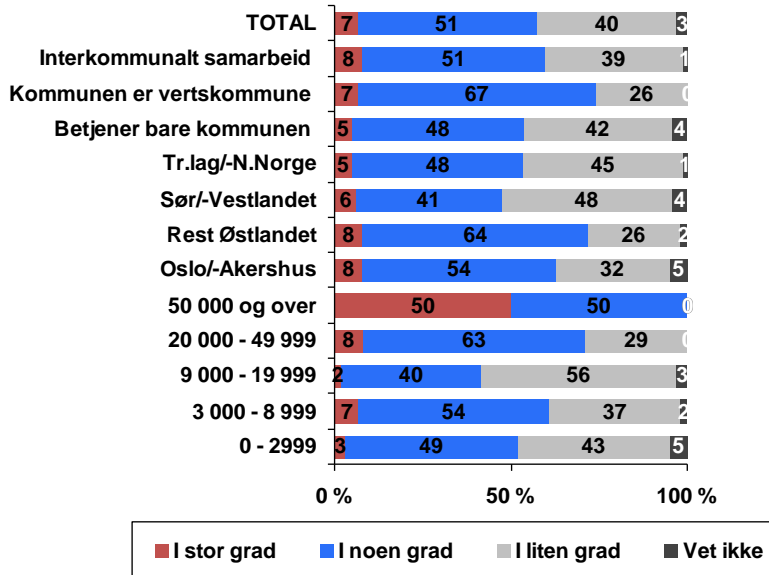
29 prosent oppgir at kommunens miljørettet helsevern deltar med utvikling og vedlikehold av lokal helsestatistikk.

Deltar kommunens miljørettet helsevern i arbeidet med utvikling og vedlikehold av lokal helsestatistikk?



7 prosent av kommunene oppgir at de i stor grad fører oversikt over miljømessige risikofaktorer som kan påvirke befolkningens helsetilstand.

I hvilken grad fører kommunen oversikt over risikofaktorer i miljøet som kan virke inn på befolkningens helsetilstand?



Arbeidsområder med kompetansebehov – basert både på kartleggingen i 2009 og senere erfaringer

- Skoler og barnehager (fysisk og psykososialt miljø)
- Bolighygiene/inneklima
- Støy
- Stråling (ioniserende og ikke-ioniserende)
- Smittevern (skoler, barnehager, tatovering, badeanlegg, mv)
- Systematisk folkehelsearbeid
- Utvikling og bruk av lokal helsestatistikk
- Vurdering av helsemessig påvirkning fra ulike miljøfaktorer (bl.a. hvor disse ikke er normert)
- Akutte hendelser/utslipp til luft, vann, jord...)

