
Arbeidsmedisinsk pasientutredning i Norge

ORIGINALARTIKKEL

LISA AARHUS

lisa.aarhus@stami.no

Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Hun har bidratt med idé, utforming/design, datainnsamling, analyse av data, tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og har godkjent innsendte manusversjon.

Lisa Aarhus (f. 1979) har en doktorgrad i øresykdom og hørselstap og er lege i spesialisering.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID SIVESIND MEHLUM

Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Hun har bidratt med idé, utforming/design, datainnsamling, analyse av data, tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og har godkjent innsendte manusversjon.

Ingrid Sivesind Mehlum (f. 1957) er spesialist i arbeidsmedisin, har en doktorgrad innen arbeidsmedisinsk epidemiologi og er avdelingsoverlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

De arbeidsmedisinske sykehusavdelingene og Statens arbeidsmiljøinstitutt etablerte et felles, anonymt utredningsregister i 2009. Formålet var å få bedre oversikt over arbeidsmedisinsk pasientutredning i Norge, inkludert endring i arbeidsrelatert eksponering og sykdom over tid.

MATERIALE OG METODE

Utredende lege fyller ut et skjema etter pasientkonsultasjonen, hvorpå dette registreres elektronisk. Artikkelen bygger på analyse av registrerte pasientutredninger i perioden 2010-15.

RESULTATER

Det var registrert 8 775 pasientutredninger. Flest menn ble utredet (75 %), og vanligste aldersgruppe var 50-69 år (52 %). Vanligste eksponering var irriteranter/allergener (18 %) og organiske løsemidler (15 %), som ble registrert i henholdsvis noe økende og noe minkende grad i perioden. Industri og bergverksdrift toppet bransjestatistikken (30 %). Vanligste symptomorgan var lunger/luftveier (57 %), med astma, kols og lungekreft som hyppigste diagnoser. Andelen saker som ble vurdert å ha sannsynlig eller mulig arbeidsrelasjon, holdt seg stabil på rundt henholdsvis 40 % og 23 %. 16 % av pasientene mottok sykepenger, 10 % arbeidsavklaringspenger og 13 % uførepensjon på undersøkelsestidspunktet.

FORTOLKNING

Arbeidsrelatert sykdom har store konsekvenser for enkeltmennesker og samfunn. Utredningsregisteret gir en god oversikt over pasientutredningen ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge og kan avdekke endringer i arbeidsrelatert eksponering og sykdom over tid. Slik kan registeret bidra til målrettet forebyggende innsats.

Hovedbudskap

På arbeidsmedisinsk poliklinikk utredes årsakssammenhenger mellom sykdom og arbeid, det gis råd om tiltak på arbeidsplassen og hjelp ved søknad om økonomisk kompensasjon

Utredningsregisteret er basert på data fra arbeidsmedisinsk annenlinjeutredning i Norge i perioden 2010-15

De vanligste eksponeringene dreide seg om irriteranter/allergener og organiske løsemidler, og vanligste symptomorgan var lunge/luftveier

Andelen saker som ble vurdert å ha sannsynlig eller mulig arbeidsrelasjon lå stabilt på rundt henholdsvis 40 % og 23 %

Norske studier har vist at 60 % i aldersgruppen 30-45 år rapporterer arbeidsrelaterte helseproblemer (1), at omtrent halvparten av konsultasjonene i allmennpraksis med yrkesaktive angis å ha sammenheng med arbeidet (2), at så mye som 30-40 % av sykefraværet kan ha sine årsaker i folks arbeid (3) og at 16 % av lungekrefttilfellene hos menn er arbeidsbetinget og 22 % mulig arbeidsbetinget (4). I nordiske studier er det beregnet at 3-4 % av dødeligheten

i befolkningen er arbeidsrelatert (5, 6), og at man uten yrkeseksponering kunne ha unngått ca. 20 % av lungekrefttilfellene hos norske menn, 85 % av tilfellene av mesoteliom og 32 % av nese- og bihulekrefttilfellene (7, 8).

I en oversiktsstudie ble det beregnet at ca. 15 % av astmatilfellene hos voksne og 15 % av kolstilfellene kan tilskrives yrkeslivet (9). Oversiktsarbeider har også vist at forhold på jobben har betydning for muskel- og skjelettlidelser (10), psykiske lidelser (11) og hjerte- og karsykdommer (12). Dette viser at arbeidsforholdene har innvirkning på mange sykdomsgrupper av stor betydning for helsetilstanden i befolkningen. Samtidig kan gode arbeidsforhold virke helsefremmende.

I Norge er det fem regionale arbeidsmedisinske avdelinger. De finnes ved universitetssykehusene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo samt ved Sykehuset Telemark. I Oslo er det i tillegg en arbeidsmedisinsk poliklinikk på Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Ved avdelingene arbeider også yrkeshygienikere, som har spesialkompetanse innen kartlegging og måling av kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer.

Ved de arbeidsmedisinske avdelingene utredes sammenhenger mellom yrkeseksponering og sykdom, og det gis råd om tiltak på arbeidsplassen som kan forhindre sykdomsprogrediering eller nye sykdomstilfeller. I tillegg får pasienter med yrkessykdom hjelp til å få den økonomiske kompensasjonen de har krav på, fra yrkesskadetrygd (Arbeids- og velferdsforvaltningen, Nav) og yrkesskadeforsikring (arbeidsgivers forsikringsselskap).

Ved utredningen avklares diagnosen av arbeidsmedisineren selv eller av organspesialist, og arbeidsmedisineren vurderer mulig relasjon jobben ved å ta stilling til en rekke spørsmål: Er sykdomsbildet karakteristisk og i samsvar med det eksponeringen kan medføre? Har eksponeringen vært tilstrekkelig i tid og konsentrasjon? Er det en rimelig tidsrelasjon mellom eksponeringen og sykdomsutviklingen? Finnes det andre mer sannsynlige årsaker til sykdommen? En slik utredning kan være tidkrevende, og det må ofte innhentes detaljerte eksponeringsopplysninger og gjøres supplerende undersøkelser før man kan konkludere.

For at sykdommen skal kunne godkjennes av Nav som yrkessykdom, må tilstanden finnes i forskriften til folketrygdloven over tilstander som kan godkjennes («yrkessykdomslisten»), og sammenhengen med arbeidet må vurderes som mulig eller sannsynlig. Dersom Nav godkjenner tilstanden som yrkessykdom, kan pasienten få økonomiske særfordeler som går utover de vanlige trygdeytelsene samt menerstatning hvis varig medisinsk invaliditet er minst 15 %. I tillegg kan pasienten søke om økonomisk kompensasjon fra arbeidsgivers forsikringsselskap, noe som kan gi betydelig større utbetalinger.

For å få en bedre oversikt over pasientutredningene ved de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene og STAMI, og for å avdekke eventuelle endringer i arbeidsrelatert eksponering og sykdom over tid, ble et felles, anonymt register over pasientutredninger etablert i 2009.

Materiale og metode

Populasjonen i denne studien består av alle om ble utredet ved en arbeidsmedisinsk avdeling i Norge i perioden 2010-15. Alle variabler ble målt ved bruk av et ensides registreringsskjema som utredende lege fyller ut når pasienten er ferdig utredet (aarhusappendiks).

Variablene inkluderer kjønn, aldersgruppe, henvisende instans, eksponeringsfaktorer (inntil tre forhåndsdefinerte faktorer i prioritert rekkefølge), yrke og bransje (inntil tre forhåndsdefinerte kategorier i prioritert rekkefølge), yrkesaktivitet, trygdeytelser, symptomorgan (inntil to forhåndsdefinerte kategorier), diagnose (ICD-10-kode, hoveddiagnose og inntil to bidiagnoser), vurdering av arbeidsrelasjon (sannsynlig, mulig, lite/ikke sannsynlig) og eventuell melding av arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet. For variabler med flere svaralternativer ble kun førsteprioritet eller hovedkategori medregnet.

Etter at legen har fylt ut skjemaet, registrerer avdelingen dette elektronisk. STAMI mottar og oppsummerer dataene årlig. Bearbeidingen av datamaterialet er utført ved bruk av SPSS Statistics versjon 24.

Etikk

Etter dialog med regional etisk komité og Statistisk sentralbyrå ble det konkludert med at dette anonyme registeret ikke er melde- eller konsensjonspliktig.

Resultater

Avdelingene mottok samlet 9 885 pasienthenvisninger i perioden 2010-15. Av disse ble 997 henvisninger avvist, fordi man vurderte at en arbeidsmedisinsk utredning ikke var relevant eller kunne tilføre noe, mens 113 pasienter ikke møtte opp til timen. Totalt ble det registrert 8 775 pasientutredninger. Beskrivende data finnes i tabell 1 og tabell 2.

Tabell 1

Pasienter utredet ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge i perioden 2010-15 (N = 8 775)

Variabel	Antall	Andel (%)
Kjønn		
Mann	6 599	75
Kvinne	2 128	24
Ikke oppgitt	48	< 1
Alder (år)		

Variabel	Antall	Andel (%)
< 30	631	7
30-49	2 613	30
50-69	4 609	53
≥ 70	892	10
Ikke oppgitt	30	< 1
Henvissende instans		
Bedriftslege	817	9
Allmennlege	2 649	30
Privat spesialist	323	4
Sykehus	1 330	15
Nav	3 305	38
Annet	275	3
Ikke oppgitt	76	< 1
Trygdeytelser		
Sykepenger (hel/delvis)	1 408	16
Rehabilitering/attføring/avklaring	903	10
Uførepensjon (hel/delvis)	1 166	13
Arbeidsrelasjon		
Sannsynlig	3 574	41
Mulig	2 060	23
Lite/ikke sannsynlig	2 809	32
Ikke oppgitt	331	4
Avdeling		
Tromsø	795	9
Trondheim	1 645	19
Bergen	2 227	25
Telemark	1 762	20
Oslo	1 950	22
STAMI	396	5

Tabell 2

Eksponeringsfaktorer og sykdom hos pasienter utredet ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge i perioden 2010-15 (N = 8 775)

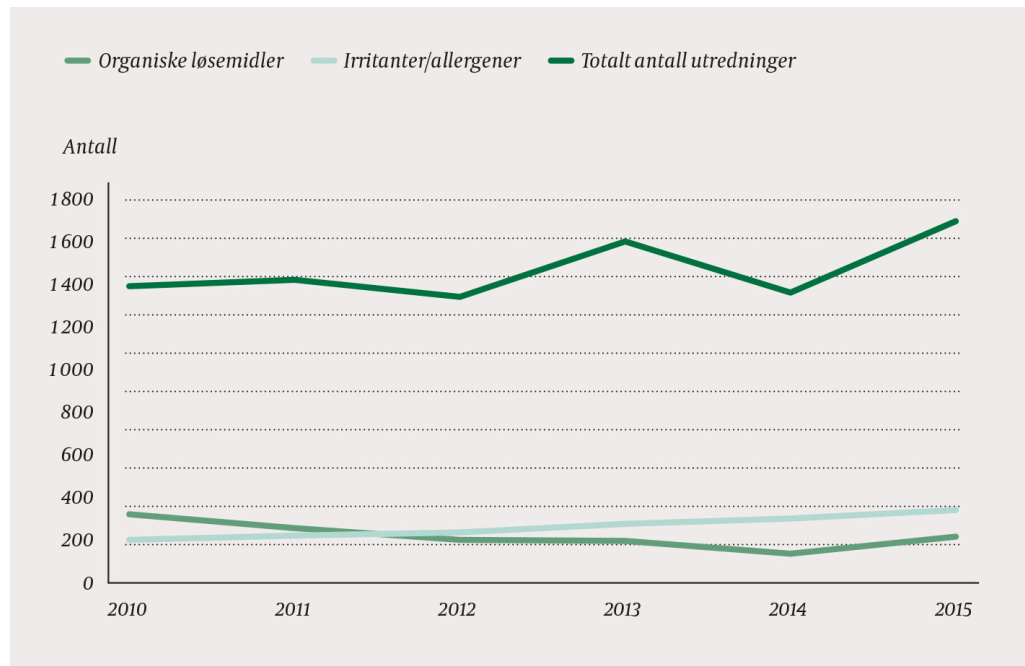
Variabel	Frekvens	Andel (%)
Vanligste bransjer		
Industri og bergverksdrift	2 613	30
Bygge- og anleggsvirksomhet	1 439	16
Helsetjeneste og sosiale tjenester	785	9
Varehandel	791	9
Transport og lagring	665	8
Olje- og gassutvinningsbransjen	443	5
Vanligste eksponeringsfaktorer		
Irritanter/allergener	1 585	18
Løsemidler	1 326	15
Toksiske gasser/røyk	1 113	13
Asbest	1 061	12
Annet uorganisk støv (enn asbest)	697	8
Utvalgte diagnoser		
Astma	1 366	16
Kols	902	10
Lungekreft	1 119	13
Toksisk encefalopati	275	3
Kontaktdermatitt	268	3

Det var flest menn som ble utredet (n = 6 599, 75 %), og det var flest i aldersgruppen 50-69 år (n = 4 609, 52 %). Vanligste henvisende instans var Nav (n = 3 305, 38 %). Antall pasientutredninger økte jevnt fra 2010 (n = 1 389) til 2015 (n = 1 678). Flest pasienter ble utredet i Bergen (n = 2 227, 25 %), færrest på STAMI (n = 396, 5 %). Andelen utredninger som ble vurdert å ha sannsynlig arbeidsrelasjon, holdt seg stabil rundt 40 %. Når det gjelder trygdeytelser, var det slik at 16 % mottok sykepengen, 10 % arbeidsavklaringspenger og 13 % uførepensjon på undersøkelsestidspunktet.

Av de 12 bransjekategoriene i registeret, toppet industri og bergverksdrift statistikken (n = 2 613, 30 %). Arbeid i olje- og gassutvinningsbransjen var vanligst i Bergen, der det utgjorde 11 % av sakene. Den vanligste eksponeringen var irriterende/allergener (n = 1 585, 18 %), mens ergonomiske og psykososiale belastninger sjelden var registrert som eksponering.

Det har skjedd en viss endring i eksponeringer fra 2010 til 2015. Mens organiske løsemidler var vanligste eksponering i 2010 og 2011, var irriterende/allergener vanligst fra 2012 til 2015 (fig 1). Løsemiddeleksponering var klart vanligst i 2010 (314/1 389 saker, 23 %), men på tredjeplass i 2015 (201/1 678 saker, 12 %). Irriterende/allergener ble i 2010 registrert i 201/1 389

saker (15 %) og i 2015 i 346/1 678 saker (21 %). Registeret viste at 35 % av eksponeringene gjaldt nåværende arbeid (altså det arbeidet pasienten hadde da han var til konsultasjon).



Figur 1 Tendenser innen yrkeseksponering hos pasienter utredet ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge i perioden 2010-15 (N = 8775)

Vanligste symptomorgan var lunger/luftveier (n = 4 957, 57 %), fulgt av sykdom i nervesystemet (n = 2 074, n = 24 %). Astma var hyppigst registrerte diagnose (n = 1 366, 16 %). Kronisk toksisk encefalopati (n = 275, 3 %) ble registrert i minkende grad i perioden (n = 67 i 2010 og n = 41 i 2015). Muskel- og skjelettlidelser og psykisk sykdom var registrert i bare 1-2 % av sakene.

Vi har tall på meldinger om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet kun fra 2015. Utredende lege meldte 24 % av sakene i forbindelse med konsultasjonen, mens i 22 % av sakene var en slik melding blitt sendt inn tidligere, for eksempel av henvisende lege. I de øvrige sakene var slik melding ikke aktuelt (46 %) eller var ikke blitt registrert på skjemaet (8 %).

Diskusjon

Hovedfunn

De vanligste eksponeringene var irriteranter/allergener (18 %) og organiske løsemidler (15 %), og disse faktorene ble registrert i henholdsvis noe økende og noe minkende grad gjennom perioden 2010–15.

Vanligste symptomorgan var lunger/luftveier (57 %), med diagnosene astma, kols og lungekreft. Andelen saker som ble vurdert å ha sannsynlig eller mulig forbindelse med arbeidet var henholdsvis 40 % og 23 %.

Kjønn

Det var klart flest menn som ble utredet (75 %). Dette skyldes trolig at det i mannsdominerte bransjer er mer eksponering som kan medføre tradisjonelle yrkessykdommer og gi yrkesskadeerstatning.

Videre kan det tenkes at kvinner er underrepresentert i statistikken fordi for eksempel tilfeller av håndeksem, som nok har økt hyppighet i typiske kvinneyrker, i mindre grad henvises til arbeidsmedisinske avdelinger og vurderes med tanke på yrkesrelasjon.

Alder

Pasientenes relativt høye alder kan skyldes at en del arbeidsrelaterte sykdommer krever lang eksponeringstid eller at det er lang latenstid mellom eksponering og sykdomsdebut. Lang latenstid ses spesielt ved asbestrelatert kreftsykdom (lungekreft eller malignt mesoteliom), der eksponeringen kan ligge 20-40 år tilbake i tid. Bruk av asbest har vært forbudt i Norge siden 1980-årene, og den stadig høye registreringen kan dels tilskrives den lange latenstiden, kanskje dels også økt bruk av nyere og bedre bildediagnostikk.

Når det gjelder lang eksponeringstid, ses dette for eksempel ved løsemiddelindusert sykdom i nervesystemet. I Norge har det vært praksis å bruke det forvaltningsmessig veiledende kriteriet ti års daglig fulltidseksponering for konsentrasjoner rundt eller over grenseverdier angitt i arbeidsmiljølovens forskrift om tiltaks- og grenseverdier [\(13\)](#).

Endelig kan den høye alderen skyldes at arbeidsforholdene noen tiår tilbake i tid var dårligere enn de er nå. Det er blitt iverksatt gode forebyggende tiltak i mange norske bedrifter, slik at man kan tenke seg at færre unge voksne rammes av klassiske yrkessykdommer. Registeret viste imidlertid at 35 % av eksponeringene gjaldt *nåværende* arbeid. Dette indikerer at det ikke bare er historiske eksponeringer det dreier seg om, selv om en del eksponering ligger tilbake i tid også for dem som er i samme jobb og at det derfor kan være aktuelt å sette inn tiltak for å forebygge forverring hos pasienten og eventuell utvikling av sykdom hos andre.

Eksponering og sykdom

Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er blant de vanligste selvrapporterte arbeidsrelaterte helseproblemene [\(1, 14\)](#). Likevel utgjør disse tilstandene en liten del av de sykdommer som utredes ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Tilsvarende er ergonomiske og psykososiale belastninger sjelden registrert. Forklaringen er trolig at tilstander forårsaket av slike belastninger over tid ikke godkjennes som yrkessykdom i Norge.

Til tross for økt kunnskap om årsakssammenhenger mellom arbeidsforhold og sykdom, er listen over yrkessykdommer nesten uendret siden 1956. I 2008 ble det, på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, utarbeidet et forslag til ny liste. Det ble foreslått at enkelte muskel- og skjelettsykdommer samt posttraumatisk stresslidelse etter traumatiske hendelser av kortere eller lengre varighet kunne godkjennes som yrkessykdom [\(15\)](#). Imidlertid er det fortsatt ikke vedtatt at forslaget til revidert yrkessykdomsliste skal innføres.

Også hudsykdommer og hørselsskader forårsaket av støy er vanlige arbeidsrelaterte sykdommer som sjelden ses i avdelingene, selv om de finnes på yrkessykdomslisten. Ofte utredes disse sykdommene av førstelinjetjenesten, nemlig bedriftshelsetjenesten, eller av organspesialistene innen øre-nese-hals-sykdommer og hudsykdommer. Sammenlignet med for eksempel kols, kreft eller løsemiddelskade vil ofte arbeidsrelasjonen være klarere og alvorlighetsgraden lavere. Siden utredningsregisteret er basert på data kun fra annenlinjetjenesten i arbeidsmedisin, gir det ikke noen fullstendig oversikt over risikoforhold i norsk arbeidsliv.

Endring over tid

Eksponering for irriteranter/allergener ble registrert i noe økende grad i perioden. Levekårsundersøkelsene om arbeidsmiljø fra Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at andelen som oppgir eksponering for støv/røyk/gass og damp i sitt arbeid er gått ned, og at selvrapporterte arbeidsrelaterte luftveisplager var mindre utbredt i 2013 enn 20 år tidligere (14). Den økende andelen av irriteranter/allergener i registeret kan skyldes mer kunnskap om helsefaren ved eksponeringen, snarere enn økende grad av luftveisskadelig eksponering på norske arbeidsplasser.

Løsemiddeleksponering ble registrert i minkende grad. Kanskje kan dette henge sammen med målrettet forebyggende arbeid, som utskiftning av løsemiddelbaserte kjemikalier, mer effektiv ventilasjon og økt bruk av verneutstyr (16). Arbeidstilsynet har helt siden 1980-årene satt søkelys på forebygging av løsemiddelskader, blant annet var det et av hovedmålene i Arbeidstilsynets kjemikaliekampanje i 2003–06 (17).

Nokså nylig ble det publisert en artikkel om tendenser i forekomst av arbeidsrelaterte sykdommer i europeiske land i perioden 2000–2012, basert på registerdata (18). Resultatene indikerte at forekomsten av kontakteksem og astma, tilstander der det er relativt kort tid mellom eksponering og utvikling av sykdom, er nedadgående i de fleste land. Tendensen når det gjaldt utvikling av støyindusert hørselstap og ulike muskel- og skjelettlidelser, var noe varierende.

Vurdering av arbeidsrelasjon

Arbeidsrelasjonen ble vurdert som sannsynlig eller mulig i henholdsvis 40 % og 23 % av sakene. Denne prosentandelen vil kunne variere med type sykdommer som henvises og derfor endre seg over tid, noe den hittil ikke har. Videre vil den kunne variere dersom flere henvisninger blir avvist, for eksempel på grunn av lang ventetid, slik at bare dem man antar er «mest arbeidsrelatert» blir tatt inn til vurdering.

Men selv om arbeidsrelasjon er blitt vurdert som lite sannsynlig, kan utredningen ha vært viktig. En utredning dreier seg ikke bare om økonomisk kompensasjon. Mange av pasientene har langvarig og alvorlig sykdom og har tenkt på mulige årsaksfaktorer i årevis. En avklaring vil derfor være av stor betydning.

Når det gjelder kapasitet og ventetid ved avdelingene har denne vært varierende, men den ligger stort sett på 1-3 måneder. Henvisninger til avdelingene kommer inn under ventelistegarantien til spesialisthelsetjenesten.

Kapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene ble bedre etter at de ble styrket med øremerkede midler fra Arbeids- og sosialdepartementet fra 2008.

Melding til Arbeidstilsynet

Kun et fåtall av dem med mistenkt arbeidsrelatert sykdom har behov for en omfattende utredning. Derimot har alle leger en lovpålagt plikt til å melde mistenkt arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet. Arbeidstilsynet mottar i underkant av 3 000 slike meldinger hvert år, og Register over arbeidsrelaterete sykdommer er basert på disse meldingene.

Selv om leger har plikt til å melde fra om mistenkt arbeidsrelatert sykdom, er underrapporteringen omfattende, siden under 5 % av legene melder fra til Arbeidstilsynet (19). Dette problemet ble blant annet belyst i en lungekreftstudie fra 2014. Hos mennene ble henholdsvis 16% og 22 % vurdert som sannsynlig eller mulig arbeidsbetinget, mens meldefrekvensen fra helseregionene til Arbeidstilsynet varierte fra 1,7 % til 5,1 % (4).

Samfunnsmessige kostnader

Av dem som ble utredet mottok 16 % sykepengen, 10 % arbeidsavklaringspenger og 13 % uførepensjon på undersøkelsestidspunktet. Vi antar at arbeidsrelaterte sykdom var en viktig årsaksfaktor, men vi har ikke data på dette. En norsk studie viser at ved så mye som 30-40 % av sykefraværet kan årsaken ligge folks arbeid (3). Hos astmatikere som var sykmeldt i mer enn 16 dager, ble det funnet at hele 70 % hadde arbeidsrelatert astma (20).

En som har en arbeidsrelatert sykdom, vil ofte ha større behov for å være borte fra den jobben som gjør vedkommende syk enn en med samme sykdom som ikke er arbeidsrelatert (3). SINTEF Teknologi og samfunn beregnet i 2016 at dødsfall, skader, behandling, sykefravær, uførepensjon og tapt livskvalitet ved arbeidsrelatert sykdom koster samfunnet 30 milliarder kroner hvert år (21). Arbeidstilsynet, som gjennomfører ca. 18 000 tilsyn per år, ser et stort potensial for bedre forebygging på norske arbeidsplasser (22).

Feilkilder

Det var mangelfull registrering når det gjaldt enkelte variabler. Hvis noen henvisninger og utførte pasientregistreringer ikke er blitt registrert, mener vi at det kun er noen få som har glippet. Vi har imidlertid ikke tall på dette. Vi kan ikke finne årsaker til systematiske skjevheter, derfor mener vi at resultatene er representative for de pasienter som utredes ved landets avdelinger.

Siden registeret er anonymt, kan ikke én og samme pasient følges over tid. Enkelte er registrert flere ganger fordi de har vært til flere utredninger. Dette kan skyldes at de er blitt henvist fra flere instanser (f.eks. både av allmennlege og Nav), eller fordi man har ønsket en annenhåndsvurdering. Antall unike pasienter er derfor noe lavere enn antall utredninger.

Konklusjon

Arbeidsrelatert sykdom har store konsekvenser for enkeltmenneskers helse og livskvalitet. I tillegg kommer de samfunnsmessige kostnadene. Den vanligste eksponeringen ved arbeidsmedisinsk annenlinjeutredning i Norge er irritanter/allergener. Tidligere var løsemiddeleksponering vanligst, men dette registreres i minkende grad. Industri og bergverksdrift topper bransjestatistikken, fulgt av bygge- og anleggsvirksomhet. Flest pasienter har symptomer fra lungene/luftveiene eller i nervesystemet.

Andelen saker som vurderes å ha sannsynlig arbeidsrelasjon er stabil og ligger på rundt 40 %. Registeret gir god oversikt over pasientutredningen ved sykehusavdelingene og STAMI, blant annet om arbeidsrelaterte eksponeringer og sykdommer og endringer over tid, og kan med det bidra til målrettet forebyggende innsats. Norske leger bør sørge for at de som har behov for slik utredning, blir henvist til avdelingene, både for forhindre videre progrediering av arbeidsrelatert sykdom og for å sikre at pasienter med yrkessykdom får den kompensasjonen de har krav på.

Vi takker de arbeidsmedisinske avdelingene for registrering av data.

LITTERATUR

1. Mehlum IS, Kjuus H, Veiersted KB et al. Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. *Occup Med (Lond)* 2006; 56: 371 - 9. [PubMed][CrossRef]
2. Hilt B, Kvenild K, Stenersen H. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2065 - 7. [PubMed]
3. Mehlum IS. Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 122 - 5. [PubMed][CrossRef]
4. Slåstad S, Leira HL, Aas O et al. Arbeidsbetinget lungekreft i Sør-Trøndelag. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1943 - 7. [PubMed][CrossRef]
5. Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27: 161 - 213. [PubMed][CrossRef]
6. Järvholm B, Reuterwall C, Bystedt J. Mortality attributable to occupational exposure in Sweden. *Scand J Work Environ Health* 2013; 39: 106 - 11. [PubMed][CrossRef]
7. Dreyer L, Andersen A, Pukkala E. Avoidable cancers in the Nordic countries. *Occupation. APMIS Suppl* 1997; 76: 68 - 79. [PubMed][CrossRef]
8. Haldorsen T, Andersen A, Boffetta P. Smoking-adjusted incidence of lung cancer by occupation among Norwegian men. *Cancer Causes Control* 2004;

15: 139 - 47. [PubMed][CrossRef]

9. Balmes J, Becklake M, Blanc P et al. American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 787 - 97. [PubMed][CrossRef]

10. Knardahl S, Veiersted KB, Medbø JI et al. Arbeid som årsak til muskel-skjelettlidelser: Kunnskapsstatus 2008. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2008.

11. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008; 65: 438 - 45. [PubMed][CrossRef]

12. Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev* 2009; 17: 83 - 97. [PubMed][CrossRef]

13. Bast-Pettersen R, Grahnstedt S, Andorsen GS et al. Nevropsykologiske effekter etter eksponering for løsemidler. STAMI-rapport 2013 nr. 1. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2013.

14. Aagestad C, Tynes T, Sterud T et al. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk. STAMI-rapport 2015 nr. 3. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2015.

15. Norges Offentlige Utredninger. Yrkessykdommer. Yrkessykdomsutvalgets utredning av hvilke sykdommer som bør kunne godkjennes som yrkessykdom. NOU 2008: 11.

16. Storstein J. Bedriftshelsetjenestens arbeid med løsemiddeleksponerte. *Ramazzini* 2006; 13: 6.

17. Sluttrapport for Kjemikaliekampanjen 2003-2006. Trondheim: Direktoratet for Arbeidstilsynet, 2007.

18. Stocks SJ, McNamee R, van der Molen HF et al. Trends in incidence of occupational asthma, contact dermatitis, noise-induced hearing loss, carpal tunnel syndrome and upper limb musculoskeletal disorders in European countries from 2000 to 2012. *Occup Environ Med* 2015; 72: 294 - 303. [PubMed][CrossRef]

19. Samant Y, Parker D, Wergeland E et al. The Norwegian Labour Inspectorate's Registry for Work-Related Diseases: data from 2006. *Int J Occup Environ Health* 2008; 14: 272 - 9. [PubMed][CrossRef]

20. Leira HL, Berg JA, Bratt U et al. Mye arbeidsrelatert sykdom blant astmatikere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2367 - 9. [PubMed]

21. Hem K-G, Dahl Ø, Rohde T et al. Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. SINTEF-rapport A27430. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn, 2016.

22. Haarberg Ø, Lande LA, Samant Y et al. Rapport fra Register for Arbeidsrelatert sykdom. Oslo: Direktoratet for Arbeidstilsynet, 2015.

Publisert: 21. august 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0652

Mottatt 8.8.2016, første revisjon innsendt 2.2.2017, godkjent 19.4.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. juni 2026.