



Når skaper arbeidsmiljøet sykdom i lungene?

REDAKSJONELT

MOEN BE

Det er ikke ofte man finner så mange som tre artikler om yrkesrelaterte lungesykdommer i Tidsskrift for Den norske lægeforening. At man finner nettopp det i dette nummer av Tidsskriftet (1-3), er et klart tegn på at fagfeltet arbeidsmedisin er inne i en positiv utvikling.

Arbeidsrelaterte lungesykdommer er intet nytt fenomen. Den første som beskrev slike, var Agricola, i boken *De re metallica* som ble utgitt i 1556. Her beskrives virkningen av støv og bedervet luft blant gruvearbeidere, og Agricola anbefaler at luften i gruvene renses og at arbeiderne tildekker ansiktet for å beskytte seg. Verken problemstillingene eller løsningene er ukjente i dag. Selv om de tekniske løsninger på problemene gjerne er bedre, er kildene for forurensning mange. Det moderne samfunn har brakt med seg nye eksponeringer og nye helsemessige problemstillinger som Agricola lykkeligvis var forskånet fra å oppleve.

Legestanden i Norge har en lang tradisjon når det gjelder å påvise arbeidsrelaterte helseskader som omfatter lungene. Få, om noen, arbeidsrelaterte sykdommer har vært kilde til så mange doktorgradsarbeider som nettopp dette tema. Eyvind Thiis-Evensen skrev om silikoserisiko i norsk porselensindustri i 1941 (4), John Glømme om lungefibrose relatert til eksponering for ferrosilisium/ferrokrom i 1967 (5) og Knut Dale om kvarts og titanoksidstøvs innvirkning på lungefunksjonen i 1977 (6). Kromeksponering og kreft, deriblant lungekreft, var sentralt i Sverre Langårds avhandling fra 1980 (7), og Helge Kjuus har beskrevet lungekreft og obstruktiv lungesykdom relatert til arbeidseksponeringer i 1986 (8). Samme år disputerte Gunnar Mowé, temaet var malignt mesoteliom (9). Bjørn Hilt skrev sin avhandling om asbestrelatert sykdom i Telemark i 1987 (10), og Per S. Bakke skrev om obstruktive luftveislidelser og arbeidseksponering i 1991 (11). Johny Kongerud (12) og Vidar Søyseth (13) har begge fokusert på lungeproblematikk innen aluminiumsindustrien, og Knut Skyberg har sett på lungefibrose blant kabelarbeidere (14).

Betyr så dette at arbeidsrelaterte lungesykdommer er et *alvorlig* problem? Ja, sier artikkelforfattere i dette nummer av Tidsskriftet (1-3). Derfor trenger legestanden mer kunnskap for å gi pasientene den best mulige utredning og behandling. Det presiseres i artiklene at arbeidsrelaterte lungesykdommer ofte er komplekse tilstander som krever innsikt både i den aktuelle sykdomstilstand og i årsaksforholdene. En eksponeringsvurdering er av aller største betydning for å gi disse pasientgruppene rett diagnose og oppfølging videre. Det er gjerne på dette punktet at legene i særlig grad kan forbedre sin innsats. Arbeidsrelaterte lungesykdommer er tilstander som krever gode kunnskaper *både* i arbeidsmedisin og i lungemedisin for at pasientene skal bli håndtert på

korrekt måte. Et samarbeid mellom denne type spesialister er av betydning for at dette skal skje. Det er alvorlige lidelser som ofte gjør pasientene arbeidsuføre, vi har med å gjøre. De enkelte pasienter som rammes, har krav på en profesjonell behandling. De trenger hjelp for å mestre sin sykdom, og mange trenger dessuten bistand for å få etablert en arbeidssituasjon de kan leve med, ev. hjelp til å få de rette trygdeytelser el.l. De erklæringer som skrives er av største betydning for pasienten, og legens uttalelser kan få store konsekvenser. Det er derfor viktig at legene tenker godt gjennom hva de skriver, og vurderer årsakssammenhenger og diagnose på beste måte.

Hvor *stort* problemet med de arbeidsrelaterte lungesykdommene er, derimot, er et annet spørsmål. Tor B. Aasen og medarbeidere (1) henviser til Arbeidstilsynets statistikk for å belyse dette, men antyder forsiktig at det her kan foreligge en underrapportering av tilstandene. Dette kan sies enda tydeligere: I Norge foreligger ikke en offisiell statistikk for arbeidsrelaterte sykdommer som vi kan stole på. Statistikkoversikter om dette fra Direktoratet for arbeidstilsynet er en sjelden vare. Det er også kjent at leger i liten grad prioriterer å melde slike sykdommer. Legene er ikke motivert for å fylle ut et tidkrevende skjema, da de vet at deres opplysninger i liten grad blir brukt, og dessuten at legene selv i liten grad får data tilbake som er til nytte. Det må være mulig å forbedre dette. Kreftregisteret er f.eks. forbilledlig i så måte, med et register som gir fullstendige og pålitelige data som er av stor nytte for samfunnet vårt. Dette registeret er også basert på legenes melding av sykdom - og ved Kreftregisteret lykkes man godt med å få den rette informasjonen inn fra legene.

Det er et tankekors at vi i Norge - som for øvrig må sies å være langt fremme i arbeidet med forebyggende arbeidsmedisin - ikke kjenner forekomsten av arbeidsrelatert sykdom. Hvordan skal vi kunne prioritere riktig innen forebyggende helsearbeid på dette feltet uten å vite hvor store problemene er, uten å vite hvilke arbeidsplasser som er mest utsatt og uten å få tilbakemelding om hvorvidt våre anstrengelser fører til forbedringer eller ei? Her har Direktoratet for arbeidstilsynet en arbeidsoppgave å ta fatt på.

Bente E. Moen

LITTERATUR:

1. Aasen TB, Kongerud J, Myhre KI, Hauge OA, Kjuus H, Melbostad E. Prinsipper for utredning og diagnostikk ved yrkesrelaterte lunge- og pleurasykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 739-41.
2. Kongerud J, Myhre KI, Hauge OA, Kjuus H, Melbostad E, Aasen TB. Spesialisterklæringen og fastsettelse av medisinskinvaliditet ved yrkesrelaterte lungesykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 759-63.
3. Kjuus H, Hauge OA, Kongerud J, Aasen TB. Vurdering av årsaksforhold ved yrkesrelaterte lungesykdommer. Tidsskr NorLægeforen 1996; 116; 736-8.
4. Thiis-Evensen E. Kiselstøvundersøkelser og silikoseforhold i en norsk porselenfabrikk. Doktoravhandling. Oslo: Tanum, 1941.
5. Glømme J. Evaluation on the relative fibrinogenetic tendency of mineral particles in animal experiments. Doktoravhandling. Oslo: Universitetsforlaget, 1967.
6. Dale K. Eksperimentelle studier over virkningene av kvarts- og titandioksydstøv på lungens funksjon og vev. Doktoravhandling. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.
7. Langård S. Carcinogenic and toxic effects of chromium: an epidemiological and experimental study. Doktoravhandling. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
8. Kjuus H. The role of combined occupational exposure in the development of some chronic diseases. Doktoravhandling. Skien: Yrkesmedisinsk avdeling, Telemark Sentralsjukehus, 1986.
9. Mowé G. Malignant mesotelioma in Norway. Doktoravhandling. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 1986.
10. Hilt B. Epidemiology of asbestos-related diseases in the county of Telemark, Norway.

Doktoravhandling. Skien:Yrkesmedisinsk avdeling, Telemark Sentralsjukehus, 1987.

11. Bakke PS. Obstructive airway disease and occupational airborne exposure. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet iBergen, 1991.

12. Kongerud J. Occupational exposure and asthma. Doktoravhandling. Nor Tidsskr Arb Med 1991; (suppl 2).

13. Søyseth V. Bronchial responsiveness in workers and children exposed to pollutants from an aluminium smelter.Doktoravhandling. Norsk Epidemiologi 1995; (suppl 1).

14. Skyberg K. Occupational health risks in high voltage cable workers exposed to oil mist and electromagnetic fields.Doktoravhandling. Nor Tidsskr Arb Med 1992; (suppl 3).

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeförening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no