

Arbete - Miljö - Medicin

Ett nyhetsblad från Arbets- och miljömedicin - Uppsala



Hur är det
med arbets-
hälsan i
Uppsala län?

Foto: Lenita Öqvist

UTBILDNINGAR
HÖSTEN
2018

SK-KURS
Medicinska kontroller
i arbetslivet (MKA)
8-12 OKT

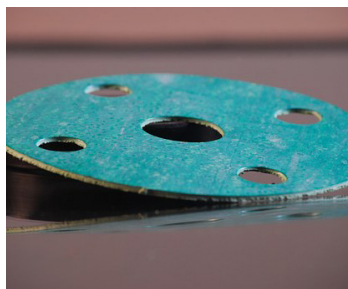
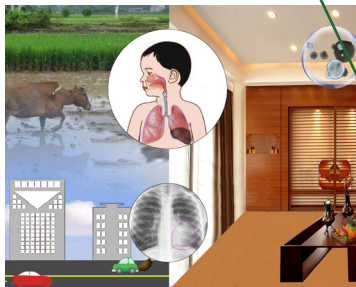
HÖSTMÖTE
14-15 NOV
2018

7 HÖSTENS UTBILDNINGAR



NR 2 2018

- 1 Hur är det med arbetshälsan i Uppsala län
- 2 Projekt för utvärdering av krav- och funktionsschema fortsätter
- 3 Feedback ger kvalitet
- 4 Läkardiagnostiserad astma
- 5 Asbest
- 6 Aktuellt om utmattningssyndrom och rehabilitering
- 7 Utbildningar
- 8 Öppet hus - vimmelbilder



Hur är det med arbetshälsan i Uppsala län?

Enkätundersökningen "Liv & hälsa" syftar till att kartlägga och belysa befolkningens liv och hälsa i Södermanlands, Uppsala, Värmlands, Västmanlands och Örebro län samt delar av Dalarna (CDUST-regionen). Statistiska Centralbyrån (SCB) har ansvarat för datainsamlingarna, som har genomförts som en postenkät vart fjärde år med start år 2000. Enkäterna har utformats av representanter från de samhällsmedicinska enheterna i CDUST-länen.

Vi fick för ett par år sedan möjlighet att jobba med enkätmaterialet från Uppsala län och därifrån sammanställt en rapport som belyser utveckling av arbetsförhållanden och hälsa bland yrkesverksamma i Uppsala län under början av 2000-talet. För att fokusera på arbetslivet omfattar rapporten endast personer som var mellan 20 och 79 år vid enkätifyllandet samt yrkesverksamma definierat som anställd eller egen företagare. Personer som t.ex. var tjänstlediga, studerande och arbetslösa ingår därmed ej i rapporten. Åldersspannet 20-79 år har delats in i fyra grupper 20-34 år (unga), 35-49 år (medelålders), 50-64 år (äldre) och 65-79 år (gamla).

När det gäller faktorer i arbetet angav 10-15 procent av männen att arbetet var fysiskt tungt, mest i gruppen unga män, utan större skillnad mellan enkätomgångarna. Bland kvinnorna uppgavs tungt fysiskt arbete av som högst 8 procent i den yngsta åldersgruppen. Störande buller och ensidiga arbetsrörelser var också vanligast förekommande i den yngsta åldersgruppen och ses öka något över tid. En fråga handlar om arbetstrivsel och här anger drygt 80 procent att de trivs, något stigande andel över tid och ungefär samma nivå bland män och kvinnor.

De cirka 15 procent av svarande som inte trivs domineras av personer från den yngsta åldersgruppen, tydligast bland kvinnor. Oro att förlora jobbet inom närmsta året var också vanligast förekommande bland unga kvinnor och tämligen oförändrat mellan enkätomgångarna.

När det kommer till hälsa uppgav cirka 20 procent av de svarande brister i hälsotillståndet, ungefär lika bland män och kvinnor och med tendens till ökad förekomst med stigande ålder.

Frekventa besvär, under de senaste månaderna, av värk i muskler och leder förekom oftare bland kvinnor än bland män, ungefär lika i de olika åldersgrupperna och lika över tid. Detta gäller särskilt värk i skuldror, nacke, axlar och rygg medan värk i armar, ben och fötter förekommer mer bland personer över 50 år. Besvär av huvudvärk, ångslan/oro och nedstämdhet var däremot vanligast bland unga. Minst en sjukfrånvarodag under det senaste året uppgavs av cirka 45 procent av kvinnorna och 40 procent av männen, vanligast i de yngre åldersgrupperna och ökade något mellan enkätomgångarna.

Resultat från undersökningen Liv & Hälsa bland yrkesverksamma i Uppsala län visar sammantaget inga större förändringar i arbetsmiljö eller hälsa över tid mellan enkät 2000 och enkät 2012. Merparten av de yrkesverksamma trivs väl på arbetet, har tillfredställande arbetsförhållanden och är helårskriska. Dock finns anledning att uppmärksamma ungas arbetsförhållanden och hälsa.

Margareta Torgén, överläkare



Läs mer här
Arbetsförhållanden
och hälsa i
Uppsala län i början
på 2000-talet

Projektutvärdering

för Krav- och Funktionsschema fortsätter

Vi driver sedan flera år ett projekt för att utvärdera vilka effekter användandet av metoden Krav- och Funktionsschemat (KOF) har när man använder det vid trepartssamtal tidigt i rehabiliteringsprocesser inom företagshälsovården. Syftet med projektet är att undersöka om metoden leder till bättre och mer långsiktiga resultat för individens mående och arbetsförmåga jämfört med företagshälsovårdens vanliga, mer allmänt hållna trepartssamtal. Verktyget är sedan tidigare utvärderat i Norge och på Scania i mindre projekt.

En viktig del i projektet är att det är företagshälsovårdsenheterna själva som utför utvärderingen, som en del i det lokala kvalitetsarbetet. Projektgruppen står sedan för sammanställning, vetenskaplig analys och publicering. Vi har en förhoppning att på så sätt kunna ge företagshälsovården en metod att använda också fortsättningsvis för att kontinuerligt utvärdera sina metoder. Att ta reda på vilka resultat de använda tjänsterna ger är ju ett sätt att säkerställa långsiktigt hållbara resultat för kunden.

Projektet har hittills visat att det tar längre tid än vi beräknat för företagshälsovårdsenheterna att implementera Krav- och Funktionsschemat i sitt tjänsteutbud och också att börja använda metoden med upprepade mätningar för utvärdering. Vi märker nu dock en ökad efterfrågan på strukturerade metoder för trepartssamtal, som ju Krav- och Funktionsschemat är exempel på, och också på utvärderingsmetoder.

Vi vill därför passa på att informera om att vi driver projektet vidare och att vi gärna tar emot nya deltagare. Hör av er till sofia.astrom_paulsson@medsci.uu.se för mer information.

Bakgrundsinformation om Krav- och Funktionsschemat: Arbetsgivare vänder sig ofta till företagshälsovården för att få hjälp att utreda och bedöma en medarbetares arbetsförmåga. Det kan handla om olika situationer där arbetsgivaren ser att det finns en obalans mellan vilka krav arbetet ställer och vad medarbetaren förmår.

Ofta samlas man i ett trepartsmöte för att ta reda på vad svårigheterna kan bestå i. Krav- och Funktionsschemat hjälper chefen och medarbetaren att gå igenom arbetsituationen på ett strukturerat och tydligt sätt. Förutom krav på fysiska och mentala förmågor vägs också sociala aspekter in, till exempel förmågan att samarbeta, hantera konflikter och att ha oregelbundna arbetstider.

Samtalet leds av en person från företagshälsovården och utmynnar i en åtgärdsplan vad medarbetaren och arbetsgivaren behöver göra för att nå en bättre balans i arbetssituationen.

I förlängningen kan informationen som framkommer kring kravbilden i arbetet också ge värdefull information för arbetsgivaren i det systematiska arbetsmiljöarbetet, vilket på sikt kan gynna hela arbetsgruppen.

Sofia Åström Paulsson, doktorand



Webbutbildning
Anmäl dig här

Feedback ger kvalitet

Lungfunktionstester med återkoppling ökar undersökningskvalitet

Ett enkelt test av lungfunktionen (vanligen kallar vi det spirometri) är ett viktigt verktyg för att ställa diagnosen kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), som är på väg att bli den tredje vanligaste dödsorsaken i världen enligt WHO (World Health Organisation).

En försvårande faktor är att spirometri kräver att patienten inte bara samarbetar, utan också utföra testet med maximal kraft för att ge tillförlitliga resultat. Algoritmer för att bedöma spirometrins kvalitet (och därmed tillförlitlighet) samt utbildningsrekommendationer finns definierade i internationellt vedertagna riktlinjer. Ett problem är att dessa utbildningsrekommendationer och stödfunktioner kan vara svåra att få till i den kliniska vardagen.

Hur man säkerställer undersökningens kvalitet har studerats i flera tidigare forskningsprojekt med olika tillvägagångssätt. Testledaren har fått extra utbildning, regelbunden kontakt med

expert och telemedicinsk rådgivning för att nämna några exempel. Allt för att uppnå samma mål - tillförlitlig och kostnadseffektiv spirometri.

LifeGene är en populationsstudie med Karolinska Institutet i Stockholm som värd (www.lifegene.se), där spirometri ingick. För att säkra kvaliteten för spirometri i LifeGene användes ett inbyggt betygssystem som bedömde undersöknings tillförlitlighet – där "A" innebar utmärkt kvalitet, i fallande skala till "F" vilket innebar att undersökningen enkelt beskrivet inte uppnådde kvalitetskraven och därmed inte borde användas som underlag för diagnos.

LifeGene var uppdelad i två delar. I första delstudien (5000 försökspersoner) visades betyget kontinuerligt på skärmen under tiden undersökningen pågick. Testledarna tränades att sträva efter ett så högt betyg som möjligt. I andra delstudien (4500 försökspersoner) visades betyget först på den utskrivna rapporten efter det att undersökningen var avslutad.

I studiens första del (betyg på skärmen) uppnådde 88 % av de 10 första försökspersonerna för de 23 testledarna god kvalitet jämfört med 70 % i delstudie 2 (betyg i rapporten efteråt). Motsvarande värden efter 40 försökspersoner var 94 % i del 1 jämfört med 73 % i del 2, efter de första 10 försökspersonerna fanns ingen tydlig kvalitetsförbättring i varken del 1 eller 2. Kvaliteten för del 1 är bland den högst rapporterade undersökningskvaliteten för spirometri internationellt trots att testledarna hade relativt kort utbildning och erfarenhet i förhållande till de riktlinjer som finns.

Vi drar slutsatsen att kvalitetsåterkoppling på skärmen i form av ett betyg är ett kraftfullt verktyg för att förbättra spirometrikvalitet – och därmed hjälpa diagnostiken.

Mikaela Qvarfordt, doktorand
Medförfattare: Magnus Svartengren,
Martin Andersson

Referens:
Qvarfordt M, Andersson M, Svartengren M
npj Primary Care Respiratory Medicine volume
28, Article number: 6
(2018)

Läkardiagnostiserad astma

Pipande/väsande andning bland 39 782 förskolebarn i sju städer i Kina, samband med bostadsmiljön, utomhusmiljön, klimatzon och urbaniseringsgrad

Det finns få multicenterstudier av miljöriskfaktorer för barnastma i Kina. Vi studerade samband mellan läkardiagnostiserad astma och pipande/väsande andning ("wheeze") hos förskolebarn i Kina samt bostadsmiljön och utomhusmiljön i ömsesidigt justerade statistiska modeller. Oddskvoter (OR) beräknades. Cirka 40 000 barn (3-6 år gamla) medverkade från slumpmässigt utvalda förskolor i sju städer (Urumqi, Taiyuan, Beijing, Shanghai, Nanjing, Chongqing och Changsha). En förälder per barn besvarade ett frågeformulär med frågor om barnets hälsa och bostadsmiljö (77% svarsfrekvens).

Studien ingår i multicenterstudien CCHH (China Children Home Health). Utifrån officiella årliga registerdata (medelvärden för varje stad) beräknades den genomsnittliga utomhus-temperaturen, PM10, SO₂, NO₂ och BNP per capita under barnets livstid. NO₂ är en indikator på trafikavgaser. Totalt hade 7,2% av barnen läkardiagnostiserad astma och 19,7% hade haft "wheeze" de senaste 12 månaderna.

Läkardiagnostiserad astma var vanligare vid högre utomhustemperatur (OR = 1,15 per °C), högre halt kvävedioxid (NO₂) i utomhusluften (OR = 1,16 per 10 µg/m³), om barnet någon gång exponerats för mögel/fukt hemma (OR=1,25) och om man bodde nära (< 200 m) större vägar (OR=1,13).

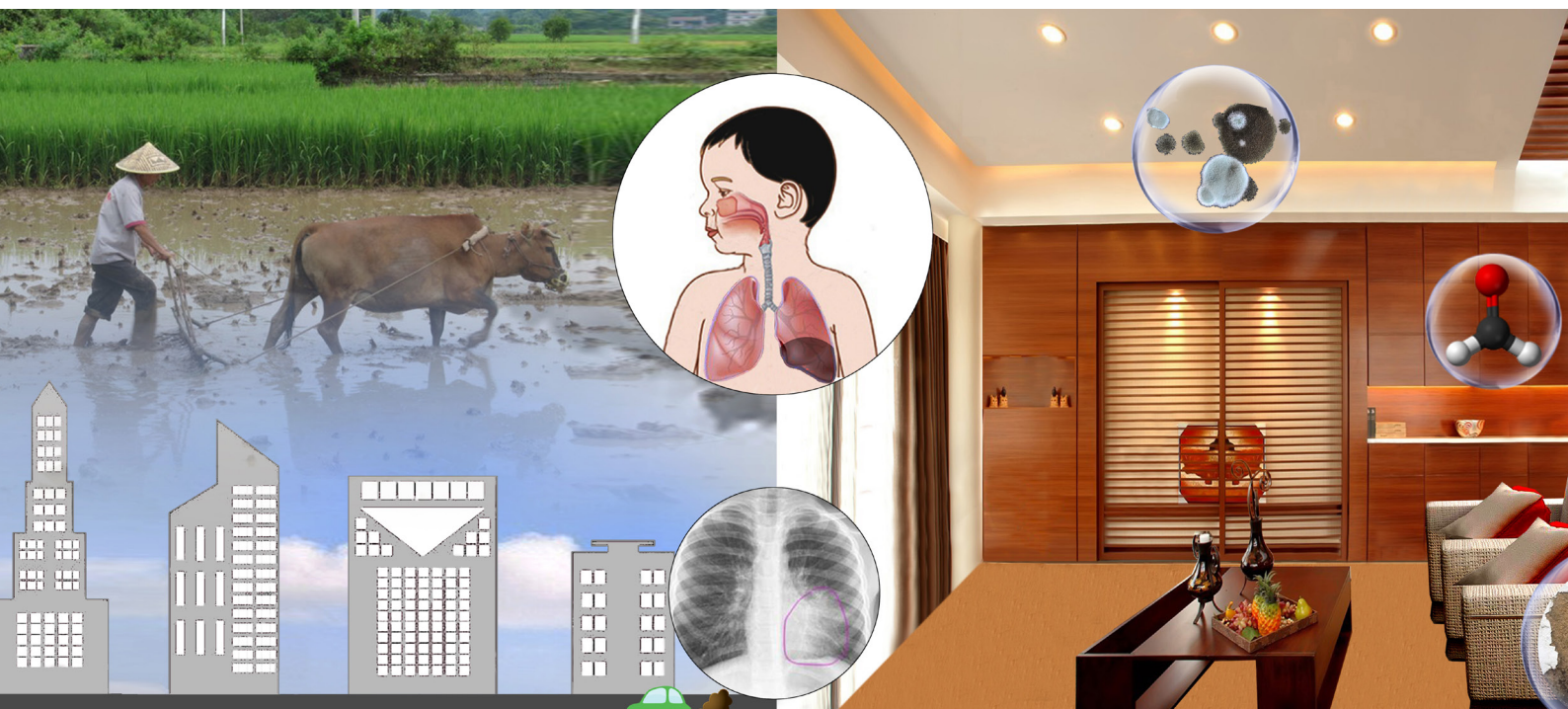
Läkardiagnostiserad astma var mindre vanligt bland barn i förortsområden (OR=0,84) eller på landsbygden (OR=0,41), jämfört de som bodde i centrala delar av städerna, och mindre vanligt om barnet hade ammat (OR=0,83). Aktuell "wheeze" var vanligare vid högre halt av NO₂ utomhus (OR=1,13 per 10 µg/m³), om barnet någon gång exponerats för miljötobaksrök (OR = 1,13) eller fukt/mögel hemma (OR=1,48) och om barnet bodde nära större vägar (OR=1,12).

Aktuell "wheeze" var vanligare i förortsområden (OR=1,17) och på landsbygden (OR=1,33) och mindre vanligt i städer med högre inkomstnivå (BNP per capita) (OR=0,97 per 10 000 RMB/år).

En slutsats av studien är att trafikrelaterade luftföroreningar, fukt och mögel samt miljötobaksrök i bostaden kan vara riskfaktorer för astma och "wheeze" bland förskolebarn i Kina. En varmare klimatzon kan innebära ökad risk för uppkomst av astma. Amning kan vara skyddande för astmautveckling. Urbanisering och ekonomisk utveckling kan vara förknippad med ökad förekomst av läkardiagnostiserad astma men mindre förekomst av "wheeze".

Dan Norbäck, professor, yrkeshygieniker

Referens
Asthma and rhinitis among Chinese children - Indoor and outdoor air pollution and indicators of socioeconomic status (SES). Environ Int 2018;115:1-8



ASBEST - återigen!

Asbest har under många år använts som råmaterial i svensk industri på basis av sina tekniska egenskaper och hållbarhet t.ex. i byggnads- och fordonsindustri, byggämnen respektive friktionsmaterial, med de marknadspriser som samtidigt kunnat hållas i användning av talrika applikationer av asbest- och asbesthaltiga produkter. Yrkesmässig exponering för asbestfibrer har efterhand befunnits orsaka dödliga sjukdomar såsom asbestos, mesotheliom lungcancer och andra elakartade tumörsjukdomar. I många länder har därför införts restriktioner/förbud att använda asbest och asbesthaltiga produkter.

Av WHO och den Internationella arbetsorganisationen ILO har framhållits att ett totalt förbud av asbestanvändning är den mest effektiva metoden att eliminera sjukdomar relaterade till användning av asbest.

PW; BR och MSv har i en internationellt uppmärksammat artikel beskrivit det nationella program som genomfördes i Sverige under åren 1972 – 1986 – ["The Tale of Asbestos in Sweden 1972–1986 — The Pathway to a Near-Total Ban"](#) (1)

Utgångspunkten 1972 var en partimotion (vpk) i riksdagen av Dr John Takman et al. Den utreddes grundligt och inledde den väg som sedermera valts även av andra länder. I Sverige utmynnade den i ett gigantiskt nationellt interventionsprogram följande AV:s AFS 1981:23. Riksdagsmotionen av Takman et al hade tidigare röstats bort som avslagen samma år den lagts fram 1972

Vi tar i denna korta kolumn upp fem aspekter som läsarna rekommenderas uppmärksamma särskilt.

1 Utvisande importen av rå asbest åren 1952–1991. Notera den kraftiga nedgången från 1970-talets slut och framåt. Ytan under bildens diagram representerar asbest som inte kom in i landet. Användningsförbudet infört 1981 medförde närmast asbestens försvinnande från 1980 och framåt. [Se Fig 1, Järvholm & Burdorf 2015](#)

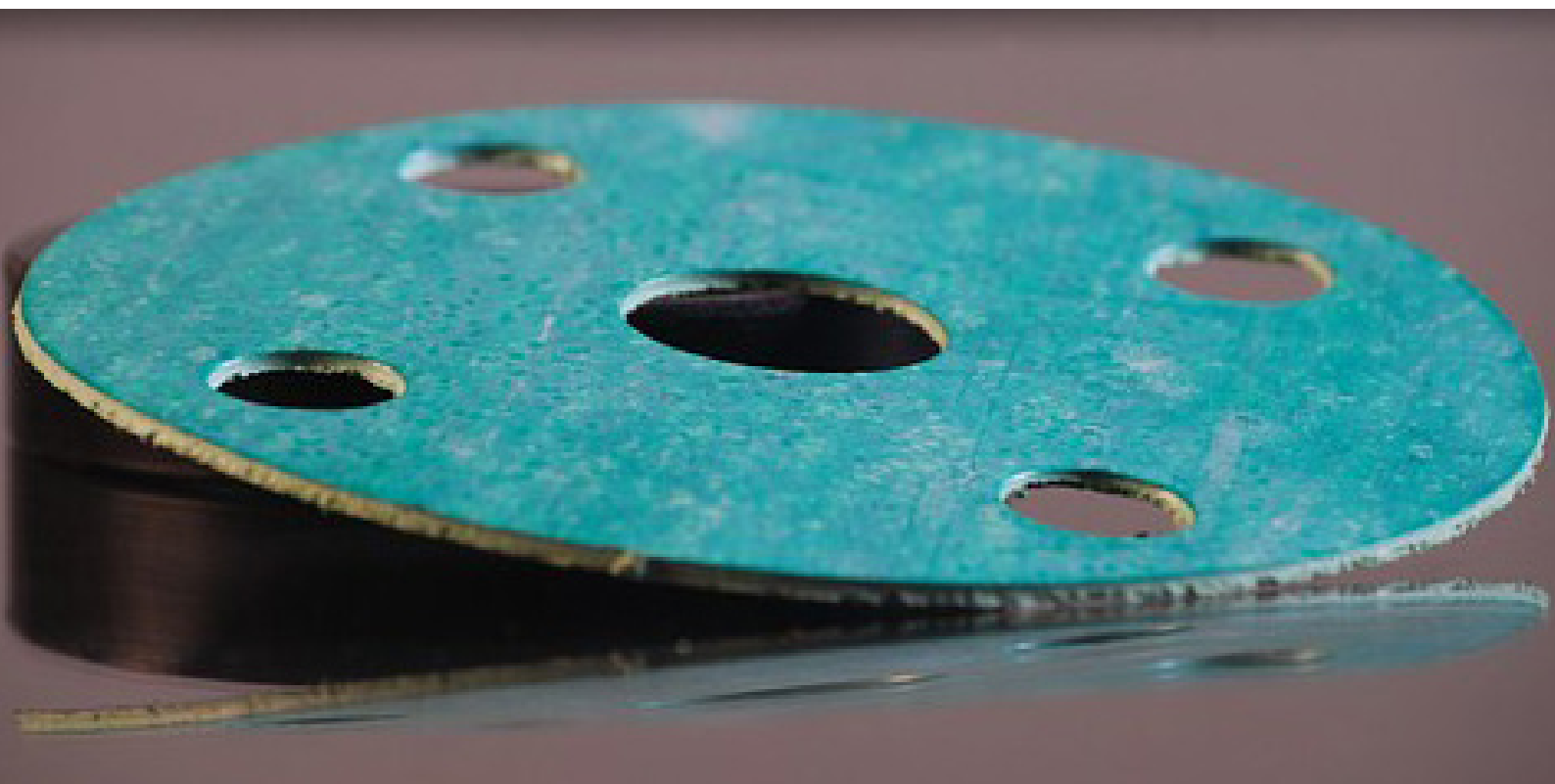
2 Riskvärdering avseende asbestexponering ändras över tid. Från att samhället under 1960- och 1970 talen betraktat lungasbestos (pneumokonios) som en av asbestens kritiska effekter till att godta också tumörsjukdomar (mesotheliom eller lungcancer) som kritiska effekter. Sannolikt inträffade detta omkring 1978 – se Appendix A. i originalpublikationen. (1)

3 Asbestexponering är den dominerande orsaken till malignt mesotheliom, Järvholm & Burdorf 2015 (2), rapporterar om minskad incidens av mesotheliom bland män och kvinnor födda 1955–1979 som i mycket begränsad grad kan ha exponerats tack vare förbudet. De jämfördes med dem som fötts 1945–1949 då väsentlig yrkesmässig asbestanvändning förekom i Sverige. Liknande förutsägelser har framförts om förhållanden i UK 2016 av Gilham, Peto et al 2016.

4 I Sverige har, liksom i de flesta andra länder - preventionen inriktats mot användning av asbest. Vi har också att beakta de mängder av asbest som plöjts ned i Sverige innan preventionsprogram sattes in följande AV:s föreskrift 1981:23. Den asbesten finns till största del kvar där den satts.

5 Vår poäng är att så länge asbest finns i kvar i samhällsmiljön, oavsett när den sattes dit, så måste vi hantera dess existens och bedöma de hälsorisker den kan orsaka idag. Det är därför viktigt att upprätthålla kompetens att kunna göra sådana bedömningar.

Peter Westerholm, professor emeritus
Medförfattare: Magnus Svartengren,
Bertil Remaéus



Aktuellt om utmattnings- syndrom och rehabilitering

På Läkartidningens seminarium om utmattningssyndrom och ME/CFS är det fullsatt. Det sitter 450 st i publiken varav de allra flesta är allmänläkare. Psykiatri är också välrepresenterad. Professor emerita, Marie Åsberg, intar scenen och berättar om hur hon var med och beskrev diagnosen utmattningssyndrom efter att sjukskrivningstalen ökat kraftigt i slutet av 90-talet. Bakom ökningen låg en psykisk ohälsa som inte tedde sig som "vanlig" depression. Man förstod att den hängde ihop med kronisk stress av olika slag. Fenomenet är dock egentligen gammalt men har under tiderna haft olika namn som neurasteni och burnout.

Enligt Marie Åsberg finns det två lika tokiga exempel på hur patienter med utmattningssyndrom hanteras i vården: 1. "Skärp dig!" 2. "Du har drabbats av en mycket farlig sjukdom, det kommer ta lång tid att bli frisk, om du någonsin blir det, så nu sjukskriver jag dig heltid 6 månader på en gång".

När den kognitiva störningen vid utmattningssyndrom mäts med tester har man sett att minnesfunktioner kommer tillbaka. Med MR har man också kunnat se att en urtunning av hjärnbarken på insidan av pannloben tycks gå tillbaka efter ett år. På Ersta sjukhus bedrivs forskning på metoder för att mäta och beskriva symtomen vid utmattningssyndrom. Man tittar också på metoder för att mäta den hjärnskada som det finns tecken på faktiskt finns hos drabbade. Proteinet GFAP t.ex. sitter i cellväggar hos nästan uteslutande astrocyter. En celltyp som bara finns i hjärnan. Proteinet frisätts när astrocyter dör och kan då mätas i blodet. Förhöjda halter har kunnat ses hos personer med traumatisk hjärnskada men också hos personer med utmattningssyndrom.

Seminariet fortsätter och vi får lära oss, att vad gäller rehabilitering vid utmattningssyndrom så har ingen metod egentligen visat sig bättre än någon annan för att få patienterna tillbaka i arbete. KBT, ACT, mindfulness, fysisk aktivitet, grön rehab, qigong, psykodynamisk terapi, yoga, kognitiv träning m.m. har inte kunnat korta sjukskrivningarna.

Ett litet hopp står dock till [ADA eller Arbetsplatsdialog för Arbetsåtergång som tagits fram vid Arbets- och miljömedicin i Lund](#). Det är en metod för att hjälpa patient och arbetsgivare att tillsammans hitta lösningar som möjliggör arbetsåtergång. Studier har visat att med ADA kommer signifikant fler tillbaka i arbete. Ett metodstöd för ADA kan laddas ner på nätet och har visat sig vara ett användbart verktyg bl.a. för att ge konkret kunskap till chefer.

Emma Janson, ST-läkare

Läs mer om metoder att bedöma arbetsförmåga tidigare på sid 2

ADA
Arbetsplatsdialog

KALENDER

Seminarier & Utbildningar Hösten 2018

7 SEPTEMBER KL 13.00-16.00
FÖR EN HÄLSOSAM DIGITAL ARBETSMILJÖ

5 OKTOBER KL 13.00-16.00
BELASTNINGSERGONOMI INOM VÅRD OCH OMSORG

8 OKTOBER, 5 DAGAR
MEDICINSKA KONTROLLER I ARBETSLIVET

17 OKTOBER KL 13.00-14.30
YRKESVÄGLEDNING

14 NOVEMBER, 2 DAGAR
HÖSTMÖTET

16 NOVEMBER KL 13.00-16.00
STRÅLSKYDD OCH RISKER INOM VÅRDEN

7 DECEMBER KL 13.00-16.00
BIDRAR LUFTFÖRORENINGAR TILL OHÄLSA?



WEBBUTBILDNING
Krav- och funktions-
schema

OBS!
BEGRÄNSAT ANTAL
PLATSER
ANMÄL DIG I TID

Mer information finns på amm.uppsala.se

Öppet Hus 17 maj - blev en succé

TACK TILL ALLA SOM KOM

Ha en
skön
sommar



Arbets- och miljömedicin (AMM) vid Akademiska sjukhuset är landstingen i Dalarnas, Gävleborgs och Uppsala läns gemensamma resurs
Arbets- och miljömedicin utgör också en enhet inom Institutionen för medicinska vetenskaper vid Uppsala universitet