

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Yrkesastma – ikke bare for arbeidsmedisinere!

Det er ikke vanskelig å slutte seg til Håkon Lasse Leiras bekymringer om yrkesastma i Tidsskriftet nr. 23/2008 (1). Antall tilfeller meldt til Arbeidstilsynet er foruroligende lavt. Mange arbeidstakere går derfor ikke bare glipp av den viktigste behandlingen, men også av dekning av rettmessige økonomiske krav og nødvendig hjelp til utføring. Det som forundrer meg er Leiras usvikelige tro på at svaret på to spørsmål – om arbeidstakeren har fått luftveisplager i forbindelse med arbeidet eller om luftveisplagene bedret seg ved fravær fra arbeidet – er det viktigste verktøyet i diagnostikken av yrkesastma.

Spørsmålene er ikke tilstrekkelige for slik diagnostikk. Mange pasienter med yrkesastma opplever ikke symptomer samtidig med eksponeringen, men opptil flere timer etter eksponering. Mange merker bedring først når de er borte fra arbeidet i flere dager, kanskje uker. Derfor er det viktig at anamnesen omfatter flere spørsmål, og ikke minst at man i tillegg bruker objektive målemetoder som longitudinelle PEF-registreringer for å påvise yrkesastma. Dette er det alminnelig enighet om i internasjonale retningslinjer (2).

Jeg deler Ebba Wergelands bekymring for den svake og dels manglende forskningsbaserte undervisningen om sammenheng mellom helse og arbeidsforhold ved våre medisinske fakulteter i Oslo og Tromsø (3). Derfor er det påfallende at Wergeland mener positive svar på Leiras kjernespoørsmål er det viktigste og kanskje eneste grunnlag for henvisning til landets arbeidsmedisinske avdelinger. Å stole på at disse to spørsmålene alene skal være inngangen til en arbeidsmedisinsk vurdering, er en grov forenkling og går på tvers av dagens internasjonale og forskningsbaserte praksis.

Anamnese alene er upålitelig. Longitudinelle PEF-målinger har høy sensitivitet og spesifisitet i diagnosen av yrkesastma, og det foreligger moderat til høy grad av evidens for en slik påstand. Dessuten er ventetiden 6–12 måneder for vurdering ved en arbeidsmedisinsk avdeling i Sør-Norge. Dersom alle som svarer ja på de to spørsmålene skulle henvises til arbeidsmedisinsk avdeling, ville ventetiden mangedobles. En slik henvisningspraksis vil være ekstremt

ressurskrevende og ikke å anbefale. Jeg har tiltro til at helsepersonell i primær- og bedriftshelsetjenesten kan få pasientene til å utføre longitudinelle PEF-målinger i fritid og på arbeid og lære seg å tolke disse med tanke på arbeidsrelatert sykdom. Hjelp til tolkingen kan fås hos lokale spesialister i lungemedisin.

Ved lungemedisinsk avdeling, Rikshospitalet, har vi et nært samarbeid med arbeidsmedisinere, til glede for pasientene både diagnostisk og behandlingsmessig. Jeg tror at bedret samarbeid mellom primærhelsetjeneste/bedriftshelsetjeneste, de arbeidsmedisinske avdelinger og lungespesialister kan komme denne pasientgruppen til gode. Arbeidstilsynet, som mottar tilfeldige meldinger, burde engasjere seg i og være med på å utvikle dette samarbeidet. Sammen får vi hamre på universitetene til de inner betydningen av systematisk undervisning i yrkessykdommer i medisinstudiet.

Johny Kongerud
Rikshospitalet

Litteratur

1. Leira HL. Astma i norsk arbeidsliv. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2719–21.
2. Nicholson PJ, Cullinan P, Taylor AJ et al. Evidence based guidelines for the prevention, identification and management of occupational asthma. Occup Environ Health 2005; 62: 290–9.
3. Wergeland E. Arbeidsrelatert astma og kols – forsømt og oversett. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2691.

H.L. Leira svarer:

Jeg er glad Johny Kongerud tar opp dette – det gir meg anledning til å prøve å oppklare noe som tydeligvis kan misforstås.

I artikkelen brukes begrepene «yrkesastma», «arbeidsforverret astma» og «arbeidsrelatert astma» (1). De tilsvarende termene i engelskspråklig litteratur er «occupational asthma», «work-aggravated asthma» og «work related asthma». Benevnelsen yrkesastma brukes på tilstander som er forårsaket av eksponeringer på jobben. Arbeidsforverret astma har andre årsaker, men forverres av forhold på arbeidsplassen (støv, røyk, trekk, stress, anstrengelse o.a.). Arbeidsrelatert astma er et overordnet begrep som omfatter både yrkesastma og arbeidsforverret astma. Begrepet kan være nyttig i forebyggende arbeid fordi det omfatter de astmatilstandene som kan bedres gjennom tiltak på arbeidsplassen.

Når det gjelder diagnostikk, må det

skilles mellom epidemiologiske studier og klinisk arbeid. De to nevnte spørsmålene er i vanlig bruk i epidemiologiske studier av astma og arbeid. De er blant annet brukt i Hordalands-undersøkelsen (2), og et internasjonalt eksempel er nettopp publisert (3). Når spørsmålene brukes i epidemiologiske studier om personer med legediagnostisert astma, brukes de til å skille ut dem som har arbeidsrelatert sykdom. I slike studier må man tillate seg lavere presisjon enn i kliniske utredninger. Spørsmålene hører også med i klinisk arbeid, men da (selvfølgelig!) ikke som det eneste det spørres om!

Om spørsmålet er yrkesastma, bør nok de fleste av disse pasientene utredes arbeidsmedisinsk. I disse utredningene samarbeider vi tett med lungeavdelingen ved St. Olavs hospital etter retningslinjer som dem Kongerud nevner (4). Regjeringen har nettopp tilført fagfeltet økte midler, slik at en moderat økt pågang skulle vi nok kunne greie.

Mitt siktemål med å skrive artikkelen om astma og arbeid var å gjøre kolleger, spesielt i primærhelsetjenesten, oppmerksomme på den altfor ofte oversette sammenhengen mellom astma og arbeid. Vanlig praksis i dag er å starte medikamentell behandling når symptomene debutterer, uten å klarlegge den eventuelle sammenhengen. Den blir som oftest først notert når personen er i ferd med å måtte slutte i arbeid på grunn av plagene (5). Om det var blitt satt inn tiltak på et tidlig tidspunkt, kunne noen av pasientene blitt helt bra og de aller fleste ville fått et lettere liv.

Håkon Lasse Leira
Trondheim

Litteratur

1. Leira HL. Astma i norsk arbeidsliv. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2719–21.
2. Bakke PS, Gulsvik A. Work-related asthma: prevalence estimates by sex, age, and smoking habits in a community sample. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4: 649–56.
3. Harris-Roberts J, Robinson E, Waterhouse JC et al. Sensitization to wheat flour and enzymes and associated respiratory symptoms in British bakers. Am J Ind Med 2009; 52: 133–40.
4. Nicholson PJ, Cullinan P, Taylor AJ et al. Evidence based guidelines for the prevention, identification and management of occupational asthma. Occup Environ Med 2005; 62: 290–9.
5. Leira HL, Bratt U, Slåstad S. Notified cases of occupational asthma in Norway: exposure and consequences for health end income. Am J Ind Med 2005; 48: 359–64.