

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin

TEMA

Sosial ulikhet i arbeidshelse



INNHold

Leder *Av Signe Lohmann-Lafrenz*Verden er vevet med kobbertråd *Av Anniken Sandvik*Livets ballspill *Av Anniken Sandvik*Arbeidsinnvandrere og helse – friske, slitne eller begge deler? *Av Jakub Stachowski og Johanna Laue*Moderne slaveri *Av Bente E. Moen*Mot forsvarlig og bærekraftig skipsresirkulering *Av Yogindra Samant og Paritosh Deshpande*Legers arbeidsmiljøforhold – hva forteller meldinger om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet om dette? *Av Tonje Strømholm, Morten Støver, Karoline Grødal og Yogindra Samant*Min hverdag som rådgivende overlege (ROL) i NAV *Bente Skipenes Østrem*Sosial ulikhet i et aldersperspektiv *Av Ørn Terje Foss*Sosiale forskjeller i arbeidshelse og kjønn: Hva betyr dette for kvinners arbeidshelse? *Av Yogindra Samant*Styrets spalte *Av Jarand Hindenes*3
4
5
6
10
13
18
22
24
28
31

REDAKSJONSKOMITEEN

Anniken Sandvik (redaktør)

Seksjon for Miljø- og
Arbeidsmedisin, OUS
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo
Tlf. 22 11 79 35
anniks@ous-hf.no

Signe Lohmann-Lafrenz

St Olavs Hospital HF
Postboks 3250 Torgarden
7006 Trondheim
Tlf 72 57 13 13
signe.lohmann-lafrenz@stolav.no

Morten Langeland

Bedriftshelse1
Region Sør
Postboks 178
5602 Norheimsund
Tlf 95726363
morten.langeland@bedriftshelse1.no

Anje C. Höper

Arbeidshelse i nord
Institutt for Samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
Postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø
Tlf 77 64 43 42
anje.hoeper@uit.no

Foreningsadresse

Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Christiania Torv 5
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Foreningssekretariat

Kristin Krogvold
kristin.krogvold@legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00

Edith Stenberg

Edith.stenberg@legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00 - Faks 23 10 91 00

Forsidebilde: Forsidebildet forestiller en dansk kvinne fra 1800-tallet med en kobberkjele laget av kobber fra Røros i en smie i Varde i Danmark. Bildet av kvinnen er passe dystert slik at det kan passe inn i et temanummer om sosial ulikhet i arbeidshelse. Bildet er malt av Henning Lohmann-Jensen, Korsør, Danmark, som er pensjonert fastlege. En del av hans virke som fastlege var å ha et kjennskap til lokale bedrifter i det området han var fastlege for, og de dro regelmessig på bedriftsbesøk.



LEDER

Sosial ulikhet i arbeidshelse

Av Signe Lohmann-Lafrenz
signe.lohmann-lafrenz@ntnu.no

En varm dag i mai mens jeg satt på stipendiatkontoret ved Institutt for Samfunnsmedisin og Sykepleie og var godt på vei ned i min tredje kaffekopp for dagen, kom det en epost fra Yogindra Samant i Arbeidstilsynet. Han skrev at Styret i Norsk Arbeidsmedisinsk forening ser at det internasjonale samfunnet og vi i Norge bør se viktigheten av å sette fokus på sosial ulikhet i arbeidshelse (1). FANTASTISK tenkte jeg – det er så mye morsommere å få til et nummer som er ønsket av folket 😊!

Det er opplagt å skrive om de som står nederst på den sosioøkonomiske rangstigen, da disse oftere får dårligere lønn, har dårlig utdanningsnivå, har større risiko for arbeidsulykker mm. MEN i de senere år, har jeg tenkt at vi kanskje i tillegg har et blindfelt for de øverst på rangstigen. Konkret tenker jeg på TV-serien EXIT, hvor rike menn via en jobbkultur sosialiseres inn i rusmisbruk og sexmisbruk. Leger som jobber under krevende arbeidsmiljøforhold uten at det riktig blir håndtert, hvor tilliten til at god sosioøkonomisk robusthet i individet kan bære et svært krevende arbeidsmiljø. Kan det tenke seg at sammenhengen mellom sosial ulikhet og arbeidshelse har en omvendt U-format kurve? – hvor de nederst og øverst på rangstigen har spesielle utfordringer i når det gjelder eksponering og arbeidshelse, og de fleste, midt på kurven har vært gjenstand for mer systematisk HMS-arbeid over tid?

Den norske kronen står svakt og flere østeuropeiske håndverkere ser det ikke så lønnsomt å arbeide i Norge lenger (2). Disse arbeidstakere har ellers vært en viktig bærebjelke for det norske arbeidsmarkedet, og som det ble nevnt i forbindelse med et forskningsprosjekt på arbeidsmedisinsk avdeling «Der hvor ikke engang djevelen vil gå inn, sender

de inn en polakk». Kanskje disse arbeidstakere har betalt en pris for den norske velferden med bakgrunn i sosial ulikhet mellom et rikt land som Norge og tidligere mindre rike land som f.eks. Polen?

Covid-19 pandemien fikk frem sosiale ulikheter i samfunnet særlig basert på sosioøkonomisk status og kjønn (3). Personer med lav sosioøkonomisk status med lav lønn og dårligere helse måtte fortsette å stå i jobber med risiko for smitte, mens ansatte med høyere utdanninger og potensielt bedre helse kunne trekke seg tilbake på hjemmekontorene. Kvinnene på hjemmekontor sto igjen med dobbelt byrde med å rekke arbeidskrav både på jobb og i hjemmet.

Håpet med dette nummeret av Ramazzini er å sette fokus på deler av arbeidslivet og temaer som vanligvis ikke er gjenstand for systematisk HMS arbeid, og som vi kanskje har blinde felter for. Lærer vi av vår historie? Måltetter vi forskningen slik at all risiko kommer frem med nyanser innen kjønn, alder, nasjonalitet og/eller sosioøkonomisk status? Og kanskje må det nye systematiske metoder til for virkelig å redusere risiko i arbeidslivet som bunner i sosial ulikhet?

På vegne av Ramazziniredaksjonen ønsker vi dere alle en riktig god jul og et godt nyttår!

Referanser:

1. Occupational Health Disparities: American Journal of Industrial Medicine: Vol 53, No 2
2. <https://www.nrk.no/rogaland/svak-kronekurs-gjer-at-polakkar-flytter-fra-noreg.-jakub-i-sandnes-vurderer-sjolv-a-flytte-116967734>
3. https://www.researchgate.net/publication/357092539_Occupational_health_and_safety_inequalities_in_the_EU



Verden er vevet med kobbertråd

Av Anniken Sandvik
Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, Oslo Universitetssykehus

Eilert Sundt gav i 1850- og 60-årene ut en rekke verk om forhold knyttet til folkeliv og helse i Norge. Et av disse er «Om Røros og Omegn» fra 1858. Her presenterer han blant annet en undersøkelse om lønns- og arbeidsforholdene ved kobberverket på Røros. Både arbeidsforhold og boforhold kunne være dårlige for verksarbeiderne: Gruvesamfunnet på Røros var sterkt klassedelt. På toppen styrte en liten dansk-talende – i de eldste tider tysktalende – elite, deretter fant man «de kondisjonerte» med blant andre funksjonærer og deres familier, mens «almuen» besto av verksarbeidere fra Røros og omliggende bygder (1). Sundts skrifter har gitt oss et bredt innblikk i historisk folkehelse i Norge. Han studerte blant annet fødselstall og gjennomsnittlig levetid i befolkningen og påpekte regelmessigheter i måten disse varierte på. Han forsto allerede da essensen i sosiale determinanter for helse: De regelmessige variasjonene er ikke skapt av noen form for biologisk determinisme, men snarere av sosiale forhold i samfunnet (2).



Maleri: Henning Lohmann-Jensen.

Mindre kjent er det kanskje at Røros og kobberet derfra også inngikk i som et transaksjonsledd i arbeidets mørkeste historie, nemlig slavehandelen. Det meste av kobberet fra Røros ble transportert som såkalt garkobber til Tyskland og Nederland der det videre ble brukt i produksjonen av pyntegenstander, bestikk, kjeler, mynter, statuer, beslag og i messing eller bronse til bruk i våpen (3). Globalt sett inngikk imidlertid kobberet i den transatlantiske handelen med slaver, sukker og bomull. Kobber var i utstrakt bruk til verktøy og utstyr ved sukkerplantasjene i Karibia, for eksempel i store kokekjeler til raffinering av sukker. Videre var kobber som kledning på skipskrog med på å etablere britisk dominans på havet, da dette gjorde lange skipsreiser til tropiske farvann mulige uten for stor grad av råte og angrep fra treborende skipsorm. Kobber ble også brukt direkte som valuta ved kjøp av slaver, enten i form av rene kobberbarrer eller som våpen, husholdningsprodukter, smykker og pyntegenstander (4).

Referanser:

1. Bergstaden.org. Om Bergstaden Røros og Kobberverket. Lønn og arbeidstid - Bergstaden Røros og Kobberverket Lest 01.11.24
2. Schiøtz A. Viljen til liv. Medisin og helsehistorie frå antikken til vår tid. Samlaget, 2017.
3. Simensen J. Røros og verden. Verdensarven. Røros bergstad og circumferensen. Røros og verden - Verdensarven Røros Lest 04.11.24.
4. Bruland K, Smith K. The global Context of the Scandinavian Copper Industry. I Ranestad K, Bruland K (red.). Skandinavisk kobber. Lokale forhold og globale sammenhenger I det lange 1700-tallet. Cappelen Damm Akademisk, 2020.



Livets ballspill

Av Anniken Sandvik
Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, Oslo Universitetssykehus

Tanken om at sosiale faktorer påvirker helse og sykdom er ingen ny oppdagelse. Det er vel snarere slik at vi har gjenoppdaget en lærdom som var tydelig observerbar i tradisjonelle klassedelte samfunn. Storbritannia har over lang tid vært et slikt samfunn, og dette har gitt gode betingelser for studier av sosial ulikhet. Blant annet er arbeidene til epidemiologen sir Michael Marmot sentrale på dette feltet. Av særlig interesse for oss arbeidsmedisinere er de såkalte Whitehallstudiene som ble gjennomført på 1960-70- og 1980-tallet (1,2). Det dreier seg om to prospektive kohortstudier av ansatte i det britiske byråkratiet. Man fant her en sterk assosiasjon mellom statusen i jobbhierarkiet og dødeligheten fra både kardiovaskulær sykdom og en rekke andre tilstander. Tilsvarende gradient gjaldt for selvrapporterte helseutfall. Den observerte effekten har senere blitt kalt «The status syndrome». Som Marmot selv uttaler det: «The lower the grade, the higher the mortality rate». Det er også verdt å merke seg observasjonen hans om en sosial gradient for ballstørrelse i ballspill, fra basketball til golf: «The smaller the balls, the higher the social rank» (3).

Senere har den sosiale gradienten i helse blitt gjenfunnet i studier av de fleste populasjoner verden over. Svært interessant er det hvor kontinuerlig denne ulikheten fordeler seg, også i den øvre delen av den sosiale skalaen. For eksempel kan personer med doktorgrad jevnt over ha noe bedre helse enn dem med mastergrad. Hvorfor er det slik?

Det er usikkerhet knyttet til årsaksforklaringer på fenomenet. Er det kanskje slik at de med god helse selekteres til høyere sosial posisjon? Eller er det fordi personer med lavere sosioøkonomisk status har dårligere livsstil? Det er korrekt at svært mange risikofaktorer for kronisk sykdom også tydelig følger en sosial gradient. Her er det imidlertid viktig å være klar over at atferd formes av den livssituasjonen man er i. Handlingsrommet for å spise sunnere og trene mer er ikke nødvendigvis stort hvis du knapt har råd til husleien, har lang reisevei til jobb og ugunstige arbeidstider.

Videre er det klart at høyere sosial posisjon gir bedre materielle betingelser. Høyere utdanning gir bedre arbeidsforhold og inntekt, man har muligheten for bedre bolig, bedre kosthold og en mer helsefremmende fritid. Også psykososialt er ressursene skjevfordelt. En lav sosial posisjon kan øke risikoen for å utsettes for belastende livshendelser. Samtidig er man i mindre grad i stand til å kontrollere det som skjer, noe som medfører mer stress (4). Uten sammenligning for øvrig har man kunnet vise til studier av bavianer der man fant lavere nivåer av kortisol ettersom hvor høy rank dyrene hadde i flokken (5). Tilsvarende teorier som betoner viktigheten av å ha styring og kontroll over egen situasjon kjenner vi fra arbeidsmedisinen via Karasek & Theorells krav-kontroll-modell og Antonovskys modell om salutogenese (6,7).

Kanskje er den viktigste faktoren for god helse nettopp muligheten til å påvirke sin egen situasjon – gjennom både sosialt, økonomisk og politisk handlingsrom. En helt sentral folkehelseutfordring er derfor å tilstrebe en så rettferdig fordeling som mulig av disse betingelsene. Rettferdige regler i livets ballspill, om du vil.

Referanser:

1. Marmot M, Rose G, Shipley M et al. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. J Epidemiol Community Health, 1978; 32:244-249.
2. Marmot M, Smith GD, Stansfeld S et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall study. The Lancet, 1991;337:1387-1393.
3. Marmot M. The Status Syndrome. How Social Standing Affects our Health and Longevity. Times books, 2004.
4. Redegjørelsen for mulige årsaksfaktorer er gjengitt etter: Mæland JG (red). Sykdommers sosiale røtter. Gyldendal, 2020.
5. Robert Sapolskys studier av bavianer i Serengeti: Animal psychopathology - Wikipedia Lest 01.11.24.
6. Karasek, R A, Teorell, T. Healthy Work: Stress, Productivity and Reconstruction of Working Life. New York, 1990.
7. Antonovsky, A. Unravelling the mystery of health. San Francisco, 1987.



Arbeidsinnvandrere og helse – friske, slitne eller begge deler?

Av Jakub Stachowski og Johanna Laue
Kontakt-e-postadresse: jakub.stachowski@ntnu.no

Selv om det er 20 år siden EU-utvidelsen, som satte fart på arbeidsinnvandringen til Norge, vet vi lite om arbeidsinnvandrere og deres helse. Det vi imidlertid vet, er at de er en veldig heterogen gruppe, og at det er flere forhold som øker risikoen deres for uhelse.

Arbeidsinnvandrere i Norge utgjør en stor og heterogen gruppe. Per definisjon omfatter kategorien 'arbeidsinnvandrere' alle personer som kommer til Norge med arbeid som årsak til innvandring. Arbeid er dermed et definerende element i diskusjonen om denne gruppen. Innenfor kategorien finner vi dermed et mangfold av nasjonaliteter, men det statsborgere fra EU-land i Sentral- og Øst-Europa som utgjør den største andelen. Etter at EU ble utvidet i 2004 og 2007, benyttet tusenvis av statsborgere fra de nye medlemslandene muligheten for sysselsetting på det utvidede europeiske arbeidsmarkedet, som Norge er en del av. I dag er det innvandrere fra Polen (ca. 100.000), Litauen (ca. 65.000) og Romania (ca. 17.000) som er de mest tallrike av de Sentral- og Øst-europeiske landene her til lands (SSB, 2024).

Arbeidsinnvandrere viser en stor variasjon både når det gjelder landbakgrunn og arbeids- og levevilkår. Mens mange har bosatt seg i Norge og blitt gjennforent med sine familier, har andre en løsere tilknytning til landet og arbeidsmarkedet. Den sistnevnte gruppen består blant annet av såkalte ikke-bosatte arbeidsinnvandrere som omfatter sesongarbeidere, pendlere eller ansatte på tidsbegrensede kontrakter. De ulike omstendighetene gir ulike forutsetninger som kommer til uttrykk i arbeidsinnvandreres rettigheter, språkferdigheter, eller kunnskap om det norske samfunnet, dets kultur, organisasjon og institusjoner. Alle disse elementene er relevante for arbeidsinnvandreres helse.

Helsetrender blant arbeidsinnvandrere

Arbeidsinnvandring utgjør én kategori blant flere migrantkategorier som til sammen danner den komplekse innvandrerbefolkningen. Det foreligger relativt lite kunnskap om innvandreres helse generelt, og særlig lite om arbeidsinnvandreres helse (Laue, et al., 2021; Spilker, et al., 2021), og mange studier skiller ikke mellom innvandrere generelt og arbeidsinnvandrere. I tillegg er innvandrere med kort botid, f.eks. de på korttidskontrakter, ofte ekskludert fra registerstudier da de ikke registreres i folkeregistret. Som innvandrere generelt, deltar arbeidsinnvandrere i liten grad i levekårsundersøkelser og i studier om selvrapportert helse (Spilker et al. 2021). I fravær av robuste populasjonsbaserte undersøkelser baserer vi derfor vår kunnskap om arbeidsinnvandreres helse ofte på mindre studier og slike med metodologiske svakheter.

« I fravær av robuste populasjonsbaserte undersøkelser baserer vi derfor vår kunnskap om arbeidsinnvandreres helse ofte på mindre studier og slike med metodologiske svakheter.



Eksisterende forskning tegner et sammensatt bilde av helseutfordringer blant arbeidsinnvandrere. Enkelte studier, for eksempel, om polske arbeidsinnvandreres helse, differensierer mellom arbeidsinnvandrere som opplever å ha det bra, de som synes å slite, og de som har psykososiale og helsemessige utfordringer (Czapka, 2012). Følelse av slapphet og søvnløshet er rapportert som fremtredende helse-relaterte utfordringer i denne gruppen (Spilker, et al., 2021). Livsstilsrelaterte risikofaktorer for uhelse, som overvekt, røyking og alkoholkonsum, har også blitt pekt på som utfordringer der innvandrere fra blant annet Øst- og Sørøst-Europa er overrepresentert. Under Covid-19 pandemien var også innvandrere generelt overrepresentert blant de med bekreftet infeksjon og Covid-19-relaterte innleggelses (Spilker, et al., 2021). Det som er viktig å merke seg, er at disse studiene gjenspeiler øyeblikksbilder og kan ikke si noe generelt om hvordan det står til med arbeidsinnvandreres helse.

I tillegg til utfordringer knyttet til fysisk helse, er psykisk helse blant arbeidsinnvandrere lite problematisert. Dette til tross at det generelt sett er en større andel innvandrere som opplever utfordringer knyttet til mental helse enn befolkningen for øvrig (Spilker, et al., 2021). Det er ikke nødvendigvis tilfelle i innvandringens tidlige fase, men slike utfordringer kan oppstå over tid. Forskning viser at det å bytte land, uansett om det er et resultat av tvang eller et frivillig valg kan oppleves som en betydelig psykisk påkjenning (Li, Liddel og Nickerson, 2016). Selv om vi ikke har tall på fenomenet, observerer vi for eksempel et økende antall aktører som tilbyr psykologisk rådgivning eller terapeutiske tjenester til polske innvandrere i Norge. Som et eksempel ser vi at det polske konsulatet i Oslo begynte å tilby gratis psykologisk rådgivning til polske statsborgere i Norge i 2022. Tjenesten utføres av polske psykologer som er godkjent i Norge.

Postmigrasjonsstress, arbeidsmarkedsstruktur og prekære arbeidsforhold

At forskningen vier lite oppmerksomhet til arbeidsinnvandrere kan ha sammenheng med at denne gruppen ansees som å være relativt frisk. Dette gjenspeiler den såkalte 'healthy-migrant effect', som understreker at det ofte er personer med god helse og arbeidsevne som migrerer. Studier bekrefter gjerne dette perspektivet og viser at

« Dette stresset, eller denne belastningen knyttes generelt sett til overgangen fra ett samfunn til et annet (Li, Liddel og Nickerson, 2016) og referer til kroppens totale slitasje fra å tilpasse seg nye forhold. Andre faktorer knyttet til «postmigrasjonsstress», og som påvirker helse til alle innvandrergupper, inkluderer type innvandring, innvandrernes juridiske status, arbeids- og levekår, eller livsfase.

innvandrere har relativt god helse sammenlignet med ikke-innvandrere i arbeidslivsundersøkelser (STAMI, 2021). Imidlertid pekes det også på at (arbeids)innvandrere er overrepresentert i yrker som kjennetegnes av høy grad av sykefravær, uføretrygd og arbeidsskader. At helsen til innvandrere generelt blir verre med tiden de tilbringer i vertslandet er relativt godt dokumentert (Spilker, et al., 2021). Dette utfordrer teorien om den friske migranten, som typisk beskriver et tverrsnittsbilde av gruppen, og setter fokuset på en rekke faktorer og belastninger som over tid kan virke negativt inn på helse. Dette kalles for «postmigrasjonsstress», eller «allostatisk belastning», og inkluderer mange komplekse stressfaktorer inklusive diskriminering, språkvansker, kulturelt 'crash', sosioøkonomiske utfordringer, manglende nettverk osv. Dette stresset, eller denne belastningen knyttes generelt sett til overgangen fra ett samfunn til et annet (Li, Liddel og Nickerson, 2016) og referer til kroppens totale slitasje fra å tilpasse seg nye forhold. Andre faktorer knyttet til «postmigrasjonsstress», og som påvirker helse til alle innvandrergupper, inkluderer type innvandring, innvandrernes juridiske status, arbeids- og levekår, eller livsfase (Domnich et al., 2012).

Et viktig aspekt å trekke frem er prekære arbeidsvilkår som er knyttet til helse, spesielt for innvandrere med kort botid og mindre stabil tilknytning til



samfunnet og velferdsstaten. At arbeid er prekært, betyr flere ting, som for eksempel mindre stabilitet, mindre kontroll over arbeidssituasjon og sikkerhetsnett, generelt lav lønn og mer belastende arbeidsforhold (Bodin et al., 2020). Selv om koblingen mellom prekært arbeid og helse er kompleks, er det grunn til å tenke at dårlige arbeidskår har betydelig innvirkning på helse.

EU-utvidelsene i 2004 og 2007 åpnet opp nye arbeidsmuligheter for statsborgere i de nye medlemslandene og ga norske arbeidsgivere tilgang til en betydelig pulje med arbeidskraft. I kjølvannet av utvidelsene ble arbeidskraften organisert på ulike måter, fra faste ansettelser i norske bedrifter til innleie, midlertidige ansettelser, utstasjonering eller underentreprenører. Noen av disse praksisene bar preg av utbytting og sosial dumping og førte etter hvert til en rekke reguleringstiltak. Forskning har dokumentert arbeidsinnvandreres sårbare posisjon i det norske arbeidsmarkedet og hvordan den i betydelig grad påvirkes av egenskaper ved bransjene arbeidsinnvandrere er overrepresentert i. Disse kjennetegnes som regel av lavere organisasjonsgrad, dårlige lønns- og arbeidsvilkår og generell mindre stabilitet og forutsigbarhet. Typene jobber som arbeidsinnvandrere tar, er generelt mer fysisk belastende, lite stimulerende, innebærer større grad av eksponering for yrkesrelaterte helseutfordringer fra slitasje til død og er organisert slik at innvandrere opplever både sosial og språklig segregering (Ødegård og Bråten, 2020; NOU 2022:18).

Bruk og ikke-bruk av helsetjenester

Spørsmål om innvandreres helse er også høyst relevant for nasjonale helsesystemer. Eksisterende forskning viser at økende mangfold i samfunnet skaper utfordringer for helsesystemer. I Norge opplever noen arbeidsinnvandrere en rekke barrierer i kontakt med og bruk av det norske helsesystemet. Blant barrierene er språk og kommunikasjon, forståelse av og kunnskap om hvordan det norske helsesystemet fungerer samt opplevelser av norske leger og annet helsepersonell. Forskning på polske innvandrere i Norge indikerer også at, avhengig av sykdomsbilde, utvikler innvandrere individualiserte strategier for å håndtere helserelaterte utfordringer ved å kombinere tilgang til helsesystemer i Norge og i hjemlandene, inkludert bruk av private helsetjenester, eller forhandle med sine norske leger (Stachowski

og Rye, 2017). Videre er det viktig å bemerke at ikke alle arbeidsinnvandrere har rettigheter som gir dem tilgang til helsetjenester, bortsett fra legevakta. Slik er det for eksempel med arbeidsinnvandrere som kommer til Norge på korte oppdrag av under seks måneders varighet. I tillegg bruker personer med innvandrerbakgrunn bedriftshelsetjeneste i mindre grad enn resten av befolkning (STAMI, 2021).

Integreringspolitikk som kur mot slitasje?

Selv om kunnskap om arbeidsinnvandreres helse og levekår er begrenset vet vi at det finnes en rekke faktorer som øker risikoen for at de i utgangspunktet ofte friske personene kan «slites ut» over tid. Dette har implikasjoner for både innvandrerne og for den norske velferdsstaten. En av utfordringene er manglende integreringspolitikk for denne gruppen innvandrere, som – i motsetning til flyktninger – fortsatt 'går under radaren' i politikktutformingen. Arbeidsinnvandrerrutvalget, som leverte sin rapport 'Mellom mobilitet og migrasjon' i 2022 (NOU 2022:18) tar tak i denne problematikken og aktualiserer flere aspekter ved fenomenet. Utredningen er dermed et viktig steg mot å anerkjenne de mange utfordringene som arbeidsinnvandrere opplever, ikke minst det komplekse forholdet mellom arbeidsinnvandreres prekære posisjon på arbeidsmarkedet og deres velvære. Helserelaterte spørsmål problematiseres, men de foreslåtte tiltakene prioriterer ikke arbeidsinnvandrernes helse eksplisitt. Allikevel er de skisserte integreringstiltakene implisitt koblet til helseproblematikken og understreker særlig hvordan arbeidsinnvandreres utsatte posisjon på det norske arbeidsmarkedet preger forutsetninger og forhold som hindrer integrering, slik som språk eller likeverdige arbeidsforhold. I denne sammenhengen er også spørsmål knyttet til mobilitet på arbeidsmarkedet, det vil si muligheter for å bytte jobb eller endre kvalifikasjoner, relevant.

Koblingen mellom arbeidsinnvandreres integrering, arbeidssituasjon og helse er dermed ytterst viktig. Ikke minst er det essensielt for å forstå potensielle langsiktige konsekvenser for både innvandrerne selv og for de norske velferdsstatsinstitusjonene. Denne langsiktigheten innebærer å anerkjenne at innvandrere fra Øst- og Sentral-Europa ikke bare er arbeidsinnvandrere, men i mange tilfeller mennesker som har utviklet et varig fotfeste i Norge.



Referanser:

- Bodin T., Çağlayan C., Garde AH., Gnesi, M., Jonsson, J., Kiran, S., Kreshpaj, B., Leinonen, T., Mehlum, I.S., Nena, E., Orellana C., Peckham T., Seixas N., Vanroelen C., Julià M (2020) Precarious employment in occupational health – an OMEGA-NET working group position. *Scand J Work Environ Health* 2020, 46(3) s. 321-329
- Czapka, E. (2012) The health of new labour migrants: Polish migrants in Norway. I: Ingleby, D. og Krasnik, A. (red.) *Health Inequalities and Risk Factors among migrants and ethnic minorities*. COST Series on Health and Diversity Volume 1. Publisher: Garant Publishers
- Domnich, A., Panatto, D., Gasparini, R. og Amicizia, D. (2012) The 'healthy immigrant effect': Does it exist in Europe today? *Italian Journal of Public Health*. 9(3).
- Laue, J., Diaz, E., Eriksen, L.; Risør, T. (2021) Migration health research in Norway: a scoping review. *Scand J Public Health* 2023;51(3):381-390. doi:10.1177/14034948211032494
- Li, S.S.Y., Liddel, B.J. og Nickerson, A. (2016) The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep* 18(82), 1-9.

- NOU 2022:18 (2022) Mellom mobilitet og migrasjon. Arbeidsinnvandreres integrering i norsk arbeids- og samfunnsliv. Arbeids og inkluderingsdepartementet Norges offentlige utredninger 2022:18
- Spilker, S.R., Kumar, N.N., Labberton, A.S., Olsen, A.O., Syse, A., Hussaini, L., Straiton, M.L., Qureshi, S.A., Indseth, T., Bruun, T., Warsame, A.A. (2024) Health in the immigrant population In: *Public Health Report - Health status in Norway* [online publication]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/en/op/hin/groups/health-immigrant-population/>
- Stachowski, J. og Rye, J.F. (2017) Transnasjonale helsepraksiser. Bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere i Norge. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Nr. 1-2017. 13.årgang.
- STAMI (2021) Faktabok om arbeidsmiljø og helse. (STAMI-rapport, årgang 22, nr.4). Oslo: Statens arbeidsmiljø institutt.
- Ødegård, A. M. & Bråten, M. 2020 Arbeidsinnvandring og utfordringer for helse, miljø og sikkerhet (HMS) i norsk byggenæring. I: Sund konkurrens i byggbransjen. Stockholm: Byggföretagen

Ønsker du å bidra med en tekst i Ramazzini? Ta gjerne kontakt med en av oss i redaksjonen!

Se nettsiden vår for forfatterveiledning og kontaktinformasjon: [Ramazzini \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no)

Hilsen Anje, Morten, Signe og Anniken



Moderne slaveri

Av Bente E. Moen
Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen
bente.moen@uib.no

Du husker kanskje 'Lime-saken'? Moderne slaveri forekommer ikke bare i utlandet, men også i Norge. Denne artikkelen tar sikte på å øke bevisstheten til arbeidsmedisinere om denne problemstillingen.

Hva er moderne slaveri?

Moderne slaveri er en betegnelse på slavelignende arbeid som foregår i dag, der personer utsettes for grov utnyttelse og blir kontrollert gjennom maktmisbruk, trusler og vold. Det finnes ikke noen global enighet om definisjonen av moderne slaveri, men uttrykket omfatter blant annet menneskehandel, tvangsarbeid og grovt barnarbeid (1).

Politiet i Norge (2) definerer menneskehandel som når en person ved hjelp av enten vold, trusler, misbruk av sårbar situasjon eller annen utilbørlig atferd tvinger, utnytter eller forleder noen til:

- Prostitusjon eller andre seksuelle ytelser
- Tvangsarbeid eller tvangstjenester, for eksempel tigging
- Krigstjeneste i utlandet
- Fjerning av organer

Alle fasene ved slik utnyttning er straffbare. Det gjelder også rekruttering, frakt av, losjering av og mottak av personer som blir utnyttet. Den som blir kjent skyldig i menneskehandel, risikerer fengselsstraff i inntil 10 år.

Lime-saken er et eksempel på forekomst av moderne slaveri i Norge (3). Lime var en norsk dagligvarekjede, etablert i 2012. Saken startet i 2018. Tretten personer ble tiltalt for menneskehandel, organisert kriminalitet og flere brudd på arbeidsmiljøloven, utlendingsloven og ligningsloven. Fjorten pakistansere var blitt lurt og hadde til dels betalt store summer for å komme til Norge og få en bedre framtid, men havnet som slaver for kriminelle. Ti av dem jobbet i Lime-butikker. De ble lokket med oppholdstillatelse,

store lønnsutbetalinger og norsk statsborgerskap når det var gått tre år. I retten fortalte de pakistanske mennene at de jobbet 98 timer i uka, mot en lønn på rundt 10.000 kroner i måneden, samtidig som de fikk beskjed om at de skyldte hundretusenvis av kroner til Lime-nettverket. Hovedmannen i saken ble dømt til ni års fengsel i 2021. Andre historier av denne type finnes beskrevet i norsk litteratur (4).

Forekomst av moderne slaveri

Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO) anslår at 40,3 millioner mennesker er ofre for tvangsarbeid (5). Disse problemene kan oppstå i alle land, men nøyaktige tall foreligger ikke. Arbeiderne som er involvert er av begge kjønn, og utgjør et bredt spekter av nasjonaliteter, særlig asiater, afrikanere, latinamerikanere og østeuropeere, men også andre EU-medlemsland.

Arbeidssektorer knyttet til risiko for menneskehandel sees i arbeidstyper som jordbruk, fabrikkarbeid, fiske, gruvedrift, bygg- og anlegg, og renhold (Tabell 1). Disse typer arbeid er preget av sesongarbeid og bruk av underleverandører, og er ofte i uformell sektor (6).

Datagrunnlag for slik statistikk i Norge mangler. Politiet hadde oversikter på internettsidene sine i tiden 2016–2020 (Tabell 2), men senere har lignende informasjon ikke vært mulig å finne. En rapport fra Fafo (7) har gått inn i denne problemstillingen og forsøkt å

« Moderne slaveri forekommer ikke bare i utlandet, men også i Norge.



Tabell 1: Hovedtyper av arbeid der menneskehandel forekommer, og helseproblemer som kan oppstå og føre til behov for helsehjelp (6).

Bransje	Kjente arbeidsrelaterte helseproblemer som kan føre til akutte behov for helsehjelp
Bygg- og anlegg	Skader Heteslag Forfrysninger
Fabrikkarbeid • Tekstilindustri • Matproduksjon	Skader Kjemiske forgiftninger
Fiske	Skader Forfrysninger
Gruvedrift	Skader Heteslag Forfrysninger
Hotell- og restaurant	Skader Tendinitter
Landbruk	Skader Forgiftninger av plantevernmidler Heteslag
Renhold	Skader Tendinitter

Tabell 2: Informasjon fra politiets nettsider om antall ofre for menneskehandel i Norge 2016–2020. Tallene er notert årlig av forfatteren, politiets informasjon på nettsidene finnes ikke per i dag.

Årstall	Antall ofre
2016	98
2017	74
2018	62
2019	79
2020	148

estimere antall ofre for menneskehandel i Norge, og anslår tallet til omtrent femti per år. Mangelen på informasjon om menneskehandel belyses klart i rapporten, og Utlendingsdirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, Nav, Kirkens Bymisjon, ROSA og Caritas er foreslått som kilder til slik informasjon.

« Bedriftshelsepersonell har som oftest en annen rolle enn den kurative, og har en annen mulighet til å oppdage og forebygge menneskehandel.

Hvem kan oppdage moderne slaveri og har bedriftshelsetjenesten en rolle?

Helsepersonell kan treffe på arbeidstakere som utsettes for moderne slaveri. Menneskehandlere kan for eksempel kontakte helsetjenesten når arbeidstakerne deres trenger øyeblikkelig hjelp. Dersom disse arbeidstakerne skader seg, kan de bli brakt til legekontorer, legevakten eller til sykehus. Informert og våkent helsepersonell kan avdekke menneskehandel i løpet av denne type konsultasjon eller behandling. Da er det viktig å vite hva som skal gjøres. Et eksempel: En arbeidstaker kommer til et sykehus med et alvorlig hodetraume etter å ha falt fra et stillas på en byggeplass. Arbeidstakeren har ingen identifikasjonspapirer, ingen adresse og ingen kan oppgi navnet på noen arbeidsgiver. Denne situasjonen er vanskelig, og for øyeblikket er det et problem at helsepersonell kanskje ikke vet hva menneskehandel er og kanskje ikke har vurdert hvordan de skal håndtere en slik situasjon. Spesifikk opplæring på dette området er derfor viktig.

Bedriftshelsepersonell har som oftest en annen rolle enn den kurative, og har en annen mulighet til å oppdage og forebygge menneskehandel via sin kontakt med arbeidsplassene. Flere aktiviteter i bedriftshelsetjenesten kan være nyttige for å avdekke menneskehandel, særlig dersom man fokuserer på de mest utsatte bransjene (Tab. 1). Aktiviteter i bedriftshelsetjenesten som kan inkludere tematikken menneskehandel kan for eksempel være:

- A) Arbeidsplassbesøk hos bransjer med kjent risiko for menneskehandel bør utføres, særlig om bedriften har ansatte innvandrere. Finnes uregistrerte arbeidstakere?
- B) Kartlegging av arbeidsmiljø bør utføres i bransjer med kjent risiko for menneskehandel, og man bør fokusere på dokumentasjon av arbeidskontrakter, arbeidstid, skiftplaner og opplæring av ansatte.



C) Informasjon og rådgivning kan gis til ledere og ansatte om menneskehandel-problematikken. Det kan være viktig å få fram hvilke regler som gjelder og hva man risikerer dersom de ikke følges.

Alle typer helsepersonell bør kunne bidra i det viktige arbeidet med å behandle menneskehandel på riktig måte, samt rapportere saker, og dermed forebygge andre.

Det er lett å være enig i dette, men man kan stille seg spørsmål om bedriftshelsetjenesten har nok kompetanse innen dette feltet, og om vi har opplæring som inkluderer denne type problemstillinger i dagens arbeidsliv.

Myndighetenes rolle

US Department of State har etablert et kontor for å koordinere internasjonalt samarbeid for å bekjempe menneskehandel. Norge er med i dette samarbeidet, men US Department of State skriver i sin rapport for i år, 2024, at Norge ikke har oppfylt kravene som kreves for å eliminere problemet (8). Dette er foruroligende. Den norske regjeringen vedtok i 2019 at den skulle bidra til å nå FN's bærekraftsmål 8.7 om å utrydde alle former for moderne slaveri innen 2025 (9). Norad har gitt innspill til saken (1), og anbefaler revisjon av Handlingsplan for menneskehandel

fra 2016. Dette er kanskje en oppgave som dagens regjering har glemt helt? Her bør noen våkne, for problemet er ikke blitt borte.

Referanser:

1. Arnegaard TJ, Davis T. Kartlegging av moderne slaveri og anbefalinger til norsk innsats for bekjempelse av moderne slaveri i utviklingssamarbeidet. Norad, 05.07.2019 https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/moderne_slaveri/id2670039/#toamarbeidet (01.11.24)
2. Politiet.no. Menneskehandel. <https://www.politiet.no/rad/menneskehandel/> (01.11.2024)
3. Norsk Riksringkasting. Lime-saken. <https://www.nrk.no/nyheter/lime-saken-1.11922438> (01.11.24)
4. Hasås T. Det mørke arbeidslivet. Fri fagbevegelse, Gyldendal arbeidsliv, 2017.
5. International Labour Organization (ILO). Global Estimates of Modern Slavery. ILO, 2017. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/documents/publication/wcms_575479.pdf (01.11.24)
6. Ronda-Pérez E, Moen BE. Labour trafficking: Challenges and opportunities from an occupational health perspective. PLOS Medicine 2017;14:e1002440.
7. Brunovskis A. Menneskehandel i Norge. Fafo-rapport 2023:03.
8. US Department of State. 2024 Trafficking in Persons Report: Norway. <https://www.state.gov/reports/2024-trafficking-in-persons-report/norway/> (01.11.24)
9. Regjeringen, den norske. Granavolden-plattformen Bistandsprogram mot moderne slaveri, 2019. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/ud/dokumenter/utpolitikk/slaveri_bistand.pdf (01.11.24)



Mot forsvarlig og bærekraftig skipsresirkulering

– en mulighet til å fremme anstendig arbeidshelse og bærekraftig grønn omstilling

Av Yogindra Samant, Overlege, Arbeidstilsynet,
og Paritosh Deshpande, Førsteamanuensis, Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, NTNU
Kontakt epost: yogindra.samant@arbeidstilsynet.no



Foto: IMO, Creative commons.

faginstans til arbeidsmiljødelen av konvensjonen (1). I dag, nesten 20 år senere, har store skipsresirkuleringsland som India, Pakistan og Bangladesh ratifisert Hong Kong-konvensjonen (HKC), som er et tydelig signal på et økt fokus på helse, miljø og sikkerhet (HMS) i skipsresirkulering, og skal føre til en styrking av arbeidsmiljøforholdene på skipsresirkuleringsanlegg (2). Det har vært betydelige forbedringer i

HMS-forholdene på skipsresirkuleringsanlegg i Asia. Likevel gjenstår utfordringer knyttet til eksponering for helseskadelige stoffer, sikkerhetsrisikoer, og utbredt bruk av uformelle arbeidsforhold i sektoren (Se bilde 1 og bilde 2) (3, 4). Det mangler en helhetlig tilnærming som knytter konvensjonens krav til FN's bærekrafts mål (SDGs Sustainable Development Goals) relatert til helse, arbeid og ulikhet.

Det er behov for målrettede tiltak for å forbedre ytre miljø, sirkulær økonomi, arbeidsmiljø og arbeidsforhold, slik at konvensjonen kan bidra til god helse, mindre ulikhet, og bærekraftige lokalsamfunn

Ønsker du å annonsere i Ramazzini?

Kontakt Ragnar på e-post eller telefon:
ragnar.madsen@april.no
+47 928 48 492

Introduksjon

De siste to tiårene har skipsresirkulering blitt stadig viktigere, både for bærekraftig ressursbruk og for å ivareta helse og sikkerhet for arbeidere i denne krevende industrien. Rundt 2005 tok Norge, med Miljøverndepartementet i spissen, et avgjørende skritt ved å igangsette arbeidet med en internasjonal skipsresirkuleringskonvensjon gjennom IMO (International Maritime Organisation). Målet var å sikre at skip som sendes til opphugging, ofte i Asia, blir behandlet på en måte som ivaretar både ytre miljø og arbeidsmiljø. Arbeidstilsynet, med sin kompetanse innen arbeidsmiljø og helse, bidro som



i skipsresirkuleringslandene. Dog støtter Hong Kong-konvensjonen (HKC) flere bærekrafts mål ved å fremme bedre helse- og sikkerhetsstandarder i skipsresirkulering, spesielt SDG 3, 8, og 12 (5). Ved å redusere eksponering for farlige kjemikalier og forbedre arbeidsforholdene, bidrar HKC til å redusere helse- og arbeidsmiljøulikheter mellom regioner. Om konvensjonen blir omsatt i praksis styrker den også sosial og økonomisk rettferdighet (SDG 10) ved å etablere globale standarder og tilby kapasitetsbygging i resirkuleringsland med begrensede ressurser, noe som bidrar til tryggere arbeidsmiljø for de mest utsatte.

Forbedrede forhold – men fortsatt utfordringer

Siden implementeringen av HKC og det økte globale søkelyset på bærekraftig skipsresirkulering, har det vært forbedringer i Asia. Flere anlegg i India, Pakistan, og Bangladesh er nå sertifisert i tråd med HKCs retningslinjer, og arbeiderne har bedre tilgang til verneutstyr og helsetjenester. Likevel gjenstår det betydelige utfordringer, særlig på grunn av svake tilsynsorganer og fragmenterte arbeidsforhold som gjør mange arbeidere sårbare (9).

Bakgrunn: Sosiale ulikheter i global arbeidshelse og skipsresirkulering

Mange skip fra EU og Norge sendes til kystområder i Asia, hvor demontering ofte skjer under krevende forhold uten tilstrekkelig miljøvern eller arbeidshel-sebeskyttelse. Arbeidere som utfører dette arbeidet

HONG KONG-KONVENSJONEN: ET GLOBALT INITIATIV FOR BEDRE HMS I SKIPSRESIRKULERING

Hong Kong-konvensjonen, der Norge spilte en ledende rolle i utviklingen, er da et viktig tiltak for å heve standardene i skipsresirkuleringsindustrien. Konvensjonen stiller krav til håndtering av farlig avfall, beskyttelse av arbeidernes helse og sikkerhet, samt kontroll over miljøskadelige utslipp (7). Selv om konvensjonen representerer et betydelig skritt fremover og har begynt å vise en lovende effekt på arbeidsmiljø ved anleggene (Se bilde 3), er det fortsatt behov for kontinuerlige forbedringer i form av bedre utstyr, opplæring og regulering, tilsyn og håndheving av HMS-standarder (7).

utsettes for farlige kjemikalier som asbest, PCB, og tungmetaller som bly og kvikksølv. Uten tilgang til verneutstyr eller risikovurdering står de i fare for alvorlige helseproblemer, som luftveissykdommer og kreft, samt fysiske skader som kunne vært forebygget. Arbeidstakere er også utsatte for arbeid i høyden, arbeid i lukket rom samt mange farlige ulykkes utsatte arbeidsoperasjoner ved skipsresirkuleringsanlegg i India, Pakistan og Bangladesh. En viktig årsak til disse arbeidshelseulighetene er begrenset tilgang til infrastruktur og ressurser samt svake vernebestemmelser som kan sikre

arbeidsplassen i enkelte utviklingsland. India, Pakistan og Bangladesh står generelt overfor betydelige HMS-utfordringer på tvers av flere sektorer, ikke bare skipsresirkulering. Arbeidsmiljøforholdene i disse landene preges ofte av manglende regulering, uformelle arbeidsforhold, svak fagorganisering og høy eksponering for helsefarer, noe som påvirker arbeidernes sikkerhet og helse i ulike sektorer. Disse



Skipsresirkuleringsanlegg i Alang, India. Foto: Anand Hiremath.



Skjæring av resirkulert fartøysskrog ved hjelp av gasskutter i Hong Kong Konvensjonen-kompatibelt verft i India. Foto: Nayeem Noor.

arbeidsmiljøproblemene strekker seg langt utover skipsresirkulering, og krever omfattende tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet generelt. Flere skipsresirkuleringsanlegg i India over tid oppnådd høye standarder. Dette viser at det er mulig å etablere gode arbeidsmiljøforhold også i regioner med historisk sett store arbeidsmiljøutfordringer. Hong Kong-konvensjonen (HKC) vil over tid bidra til å sikre at HMS-standardene blir jevnere fordelt globalt på tvers av skipsresirkuleringsanlegg.

Sammenlignet med skipsindustrien i Europa, som har etablerte HMS-standarder og strengere reguleringer, har arbeidere i skipsopphuggingen i Asia høyere risiko for arbeidsrelatert sykdom og skade. EU og Norge har implementert Ship Recycling Regulation (SRR) og følger internasjonale retningslinjer som Hong Kong-konvensjonen, som gir helse- og sikkerhetsstandarder innen skipsresirkulering (6).

Disse forskjellene i regulering og arbeidsstandarder bidrar til globale arbeidshelseulikheter. I europeiske land som Norge skjer skipsbygging og vedlikehold på verft med solid risikohåndtering og HMS-systemer på lagt av Arbeidsmiljøloven. Selv om det også finnes utfordringer på norske verft, er forholdene ikke sammenlignbare med situasjonen på skipsresirkuleringsanleggene i Asia. Det er nettopp slike forskjeller som fremhever behovet for en rettferdig og global tilnærming til skipsresirkulering, der standarder som HKC spiller en nøkkelrolle i å løfte hele industrien.

Norges bidrag til HMS og bærekraft i skipsresirkulering

Som en global aktør i rederibransjen har Norge både et ansvar og en unik kompetanse som kan bidra til ytterligere forbedringer i skipsresirkuleringsindustrien i Asia. Norsk HMS-kompetanse kan spille en



Tabell 1: De tredelte bærekraftskriteriene samt deres fordeler og ulemper innen skipsresirkulering i India, Pakistan og Bangladesh.

Kriterier	Fordeler	Ulemper
Miljø	Ressursbevaring, resirkulering og nybruk av materialer.	Eksposering til farlig avfall, forurensning.
Sosialt	Sysselsetting og inntekt for både kvalifisert og ukvalifisert arbeidskraft.	Økt helserisiko, arbeidsmiljøutfordringer og ulikheter i arbeidshelse.
Økonomisk	Økt verdi av resirkulerte materialer.	Sårbarhet for svingninger i stålpriser samt sosiale- og helse kostander.

viktig rolle gjennom overføring av kunnskap, teknologi, og forskning. Prosjekter som utvikler teknologi og HMS-standarder tilpasset resirkuleringsanlegg i Asia, kan gi positive resultater.

Bærekraftskriterier

Tabell 1 viser de tredelte bærekraftskriteriene samt deres fordeler og ulemper innen skipsresirkulering i India, Pakistan og Bangladesh. Selv om resirkulering av skip har miljømessige, sosiale og økonomiske fordeler, finnes det også tilsvarende ulemper. HKC og tilhørende tiltak kan bidra til å redusere disse ulempene. Forholdsvist mye av fokuset har hittil vært på miljø og økonomi, men det er på tide at den sosiale dimensjonen får mer oppmerksomhet. Dette ser ut til å skje nå med ratifiseringen av HKC.

Sirkulær økonomi og bærekraftsperspektivet

Skipsresirkulering er en del av den sirkulære økonomien, der resirkulering av stål og andre materialer reduserer behovet for ny ressursutvinning. For å optimalisere miljøgevinsten er det avgjørende at alle prosessene som tenkes i et bærekraftperspektiv gjennomføres på en trygg og bærekraftig måte (se Tabell 1). Det er mye som tyder på at det sosiale kriteria i bærekraft som gjelder helse og arbeidsmiljø er fortsatt et svak ledd som trenger forsterkning. Et bærekraftperspektiv må også tas inn i skipoppbyggingsland hvor i fremtiden skipene må bygges med resirkuleringsøyemed slik at man slipper å frakte avfall til andre land og så som sådan man har en livssyklus perspektiv med utforming av skipene i fremtiden (11). Dette er en måte fundamental arbeidshelsetilnærming hvor forebygging kan skapes ved utforming (prevention by design) (8) som er et langsiktig mål, men kan trolig gi gevinst på helse, miljø og bærekraft. Det må også understrekkes at

etter hvert oljeplattformer også skal resirkuleres og vill nok havne på disse sirkuleringsanleggene i India, Pakistan og Bangladesh.

Overføringseffekt til andre industrier

Ratifiseringen av Hong Kong-konvensjonen (HKC) ved India, Pakistan og Bangladesh kommer til å ha en gunstig «spill-over effekt» til andre næringer også. Dette forbedret HMS-kompetanse og kunnskap i skipsresirkuleringen vil ha overførbart effekt til andre industrier med høy risiko, som for eksempel stålresirkulering som kommer fra skipene som kommer til anleggene. Konvensjonen vil føre til økt HMS-opplæring og profesjonell kompetanse blant fagpersoner (inkl. arbeidsmedisinere), tilsynsmyndigheter kan føre til robuste tilsyn og bedre arbeidsmiljøforhold. Dette kan overføres tilsvarende forbedringer og risikoreduksjon i andre sektorer (små virksomheter) som er mottakere/behandlere/gjenvinner av deler og avfall fra skipene.

Fremtiden: Norske muligheter og veien videre

For å redusere globale ulikheter i arbeidshelse er samarbeid et viktig virkemiddel som er i tråd med bærekrafts mål 17 som handler om «partnerskap for måloppnåelse». Norske myndigheter, i samarbeid med forskningsinstitusjoner, HMS-eksperter, partene i arbeidslivet, regulatoriske instanser og internasjonale aktører som ILO og IMO kan intensivere innsatsen for samarbeid med skipsresirkuleringsnasjoner (se Figur 1).

Dette samarbeidet kan bygge på det mangeårige gode samarbeidet som allerede eksisterer mellom de forskjellige globale og lokale aktørene i Norge og Asia. Dette kan omfatte aktiviteter som kapasitetsbygging, teknologioverføring og sertifiseringsprogrammer, med mål om å etablere trygge HMS-standarder i skipsresirkulering.



En rettferdig grønn omstilling til skipsresirkuleringsvirksomhet globalt kan føre til bedre helse- og sikkerhetsforhold i resirkuleringsland som India, Pakistan og Bangladesh. Dette kan bidra til å oppnå flere av FNs bærekraftsmål og samtidig minske arbeidshelseulikheter globalt.

Figur 1: En partnerskapsmodell for bærekraftig skipsresirkulering (SDG17).



Referanser:

1. Arbeidstilsynet. Arbeidstilsynets arbeid med internasjonal skipsresirkulering. 2007.
2. Riviera. Pakistan ratifies Hong Kong Convention on ship recycling. Riviera - News Content Hub. Available from: <https://www.rivieramm.com/news-content-hub/pakistan-ratifies-hong-kong-convention-on-ship-recycling>
3. National Maritime Foundation. Sustainable ship recycling in India – Social, technological, and environmental analysis. Available from: <https://www.maritimefoundation.in>
4. Springer. A study on evaluating the status of current occupational training in the ship recycling industry in Bangladesh. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13437-019-00164-0>
5. United Nations. The 17 Goals | Sustainable Development. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>
6. International Maritime Organization. Hong Kong Convention: The role of IMO in improving ship recycling. 2022.
7. Rahman MM. A review on ship recycling industry in Bangladesh from global perspective. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/340073446>
8. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention by Design. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/research-programs/portfolio/ptd.html>
9. Deshpande, P. C., Hiremath, A. M., Kalbar, P. P., & Asolekar, S. R. (2013). Towards Green Ship Dismantling: Scientific Assessment of Health, Safety and Environment Agenda. In International Conference on Ship Recycling, 2013a Malmö, Sweden. WMU (pp. 219-231)



Legers arbeidsmiljøforhold

– hva forteller meldinger om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet om dette?

Av Tonje Strømholm dr.med., spesialist i arbeidsmedisin og patologi,
og overlege ved Avdeling for arbeidsmiljø og regelverk i Arbeidstilsynet,
Morten Støver ph.d. og seniorrådgiver ved Avdeling for arbeidsmiljø og regelverk i Arbeidstilsynet,
Karoline Grødal ph.d. og seniorrådgiver ved Avdeling for arbeidsmiljø og regelverk i Arbeidstilsynet og
Yogindra Samant ph.d. og overlege ved Avdeling for arbeidsmiljø og regelverk
i Arbeidstilsynet og kommuneoverlege II i Stjørdal

Kontaktforfatter:
Tonje Strømholm
Mobil arbeid: +47 407 69 140
tonje.stromholm@arbeidstilsynet.no

Innledning

Arbeidsmiljøloven gjelder, med få unntak, alle arbeidstakere i Norge og pålegger leger å melde arbeidsrelatert sykdom. En meldepliktig arbeidsrelatert sykdom er definert som sykdom, herunder helseproblemer, forårsaket eller forverret av eksponeringer på arbeidsplassen og kan meldes også ved mistanke.

Arbeidstilsynets Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS) omfatter meldinger som gjelder arbeid på land. Formålet med registeret er å bidra til forebygging av helseskade. Arbeidstilsynet bruker informasjon om helsefarlige arbeidsmiljøforhold fra meldingene i sitt arbeid og kan følge opp meldingene med tilsyn.

Den siste tiden har legers arbeidsmiljø vært spesielt aktuelt (1-2). Vi ønsket å undersøke hva meldinger om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet kunne fortelle om legers arbeidsmiljøforhold.

Materiale og metode

I denne studien ble data fra RAS benyttet. Arbeidsrelatert sykdom meldes til Arbeidstilsynet på et standardisert skjema (154 B/N), og informasjon fra meldingene registreres i RAS. Innholdet og oppbyggingen av registeret, inkludert styrker, svakheter og kvalitets-sikring, er tidligere beskrevet i en metodeartikkel (3).

RAS inkluderer data om bl.a. diagnose, relevante eksponeringsfaktorer, virksomheten hvor eksponeringen skjedde og om pasienten fremdeles arbeider der. Videre inneholder registeret opplysninger om pasientens alder, kjønn og yrke, samt hva slags stilling den meldende legen har. Diagnose kodes i henhold til ICD-10, mens yrke kodes etter norsk standard for yrkesklassifisering (STYRK-08). Eksponeringer kodes etter klassifisering av årsaks-sammenheng for yrkessykdommer som er utviklet av EU (3).

Utvalget i denne studien var alle tilfeller meldt inn til RAS i perioden 2013-2022 hvor pasienten hadde yrkeskode lege (yrkeskode = 221). SPSS og Excel ble brukt til deskriptive statistiske analyser for å beskrive datamaterialet i antall og prosent.

Resultater

I perioden 2013-2022 ble det meldt 120 tilfeller av arbeidsrelatert sykdom om leger til Arbeidstilsynet. Av disse gjaldt 55 % kvinner og 44 % menn (Tabell 1). Gjennomsnittsalderen var 45,3 år.

De tre hyppigst meldte diagnosekategoriene var visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (32 %), psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (18 %) og sykdommer i hud og underhud (14 %).



Eksponeringene som det hyppigst ble meldt om var biologiske agens (33%), organisatoriske/psykososiale faktorer (28 %) og industrielle faktorer, materialer og produkter (17 %) (Tabell 1).

Tabell 1: Meldinger om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet om leger i perioden 2013–2022 (n=120).

Kjønn (a)	Antall (%)
Kvinner	66 (55)
Menn	53 (44)
Alder (b)	
25 - 39	45 (38)
40 - 54	46 (38)
55 - 67	24 (20)
Over 67	3 (3)
Diagnosekategori (c)	
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	38 (32)
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	21 (18)
Sykdommer i hud og underhud	17 (14)
Eksponering (d)	
Biologiske agens	43 (33)
Organisatoriske/psykososiale faktorer	37 (28)
Industrielle faktorer, materialer og produkter	22 (17)
Type virksomhet	
Helseforetak	94 (78)
Kommune	9 (8)
Stat	7 (6)
Bedriftshelsetjeneste	6 (5)
Andre	3 (3)

- a. Ikke utfyllt for en melding
b. Ikke utfyllt for to meldinger
c. Tre hyppigst meldte diagnosekategorier
d. Tre hyppigst meldte eksponeringer. Det er mulig å oppgi flere eksponeringer i en melding.

« Eksponeringene som det hyppigst ble meldt om var biologiske agens (33%), organisatoriske/psykososiale faktorer (28 %) og industrielle faktorer, materialer og produkter (17 %).

Av biologiske agens utgjorde covid-19 flertallet av de meldte eksponeringsfaktorene (30 av 43). Av organisatoriske/psykososiale faktorer utgjorde relasjoner på arbeidsplassen flertallet av faktorer (24 av 37) etterfulgt av krav i arbeidet (8 av 37). Når det gjaldt eksponeringer innen industrielle faktorer, materialer og produkter var hansker hyppigst meldte faktor (12 av 22).

I 78 % av tilfellene arbeidet legen det ble meldt om, i et helseforetak da eksponeringen fant sted (Tabell 1). Sykehusleger sto for innrapportering av 39 % av meldingene, mens 34 % ble meldt av bedriftsleger og 20 % av allmennleger/kommuneleger.

Diskusjon

De tre hyppigst meldte diagnosekategoriene var visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser og sykdommer i hud og underhud. Disse gjenspeiles av de tre hyppigst meldte eksponeringene, som omfatter kjente risikofaktorer for de gjeldende utfallene: 1) biologiske agens, 2) organisatoriske/psykososiale faktorer og 3) industrielle faktorer, materialer og produkter. NOA (Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og helse) sin arbeidsmiljøprofil for lege/psykolog o.l. viser at biologisk agens og organisatoriske/psykososiale faktorer er eksponeringskategoriene med høyest rapportert forekomst. I tillegg rapporterte yrkesgruppen om høy forekomst av vått arbeid som, sammen med eksponering for biologisk agens, tilsier høyt behov for hanskebruk (4).

En relativt høy andel av meldingene om biologiske agenser gjaldt covid-19. Det er forenlig med studier av yrkesforskjeller på risiko for covid-19 under pandemien. Studiene bekrefter at leger var en av yrkesgruppene med høyest risiko, spesielt i første del av pandemien (5-6). I Levekårsundersøkelsen



2019 (LKU 2019) rapporterte 77 % av legene (n = 97) at de i sitt daglige arbeid var utsatt for biologisk materiale (f.eks. blod, spytt, avføring, urin, biologisk vev eller brukt medisinsk engangsutstyr) (7).

Den hyppigste organisatoriske/psykososiale faktoren det ble meldt om var relasjoner på arbeidsplassen. I LKU 2019 rapporterte 36 % av legene at de ofte eller av og til var involvert i ubehagelig konflikter med kollegaer, ledere eller andre på arbeidsplassen. Dette er høyere enn gjennomsnittet for alle sysselsatte som rapporterte om dette (28 %).

Krav i arbeidet (f.eks. stor arbeidsbelastning, tidspress og rolleklarhet) utgjorde en mindre andel av de meldte organisatoriske/psykososiale faktorene. Dette står i kontrast til funn i medlemsundersøkelsen blant sykehusleger i 2021 der 60 % oppga at de opplevde at arbeidsintensiteten hadde økt, og en høy andel leger (45 %) oppga at de opplevde et ubehagelig stressnivå (10) og flere studier som har rapportert om relativt høye nivåer av psykisk belastning hos leger (9). I LKU 2019 rapporterte riktignok legene at de opplevde høye jobbkrav, men de rapporterte samtidig om relativt god kontroll i arbeidet og om støtte fra leder (9). Flere studier har vist at det særlig er kombinasjonen av høye jobbkrav og lav jobbkontroll som er forbundet med økt risiko for sykdom og at støtte fra leder kan utgjøre en «buffer» mot sykdom (10).

Hansker var meldt som enkeltfaktor i over halvparten av meldingene som gjaldt industrielle faktorer, materialer og produkter. Leger er i sitt arbeid eksponert for både biologiske agens og vått arbeid og bruk av hansker er ofte påkrevd. Hansker regnes som personlig verneutstyr og det er arbeidsgiver som har ansvar for dette, inkludert at verneutstyret er tilpasset arbeidstakerne og arbeidsforholdene. Bedriftshelsetjenester kan bistå arbeidsgiver med risikovurdering og hansenvalg.

Arbeidsmiljøregelverket stiller krav om at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig. Arbeidsgiver har ansvar for å kartlegge forhold i arbeidsmiljøet som kan påvirke arbeidstakernes fysiske eller psykiske helse og sikkerhet. Videre må arbeidsgiver vurdere hva risikoen innebærer, og virksomheten må prioritere forebyggende tiltak i samsvar med dette. I tilsyn vil Arbeidstilsynet kontrollere om virksomheten oppfyller kravene i regelverket.

Arbeidstilsynet følger opp ca. 10 % av meldingene om arbeidsrelatert sykdom med tilsyn. I tillegg brukes informasjon fra meldingene i Arbeidstilsynets øvrige forebyggende arbeid.

Mange datakilder om arbeidsmiljøforhold (f.eks. LKU) er basert på selvrapporterte data. RAS er imidlertid basert på meldinger fra leger, og har derfor potensial til å være en viktig supplerende datakilde om helsefarlige arbeidsmiljøforhold. Videre kvalitetssikrer Arbeidstilsynet dataene fra meldingene før registrering i RAS.

Leger har meldeplikt for arbeidsrelatert sykdom, men underrapporteringen er stor (4,7). Arbeidstilsynet får årlig rundt 2 000 meldinger, men burde egentlig motta minst 30 000. Dette fører til sjelden avdekking av helsefarlige forhold i virksomheter.

Underrapportering av arbeidsrelatert sykdom gir et skjevt bilde av helsefarlige arbeidsmiljøforhold - også for leger. Meldinger til Arbeidstilsynet er en viktig kilde for forebygging, men tallet reflekterer ikke sykdomsomsfanget. RAS kan bli en enda bedre datakilde for forebygging hvis leger følger meldeplikten.

Referanser:

1. Rime A-K. Leger har krav på et forsvarlig arbeidsmiljø (legeforeningen.no) Lest 15.12.2023.
2. Machiedo SS. Arbeidsmiljøloven gjelder også for leger. Tidsskr Nor Legeforening nr12,2023;143:1038-9.
3. Samant Y, Parker D, Wergeland E m.fl. The Norwegian Labour Inspectorate's Registry for Work-Related Diseases: Data form 2006. Int J Occup Environ Health 2008;14:272-279.
4. STAMI - NOA: Fakta om arbeidsmiljø og -helse Yrke - STAMI NOA Lest 15.12.2023.
5. Samant Y, Støver M, Haarberg IS, et al. Underreporting of Work-Related Covid-19 Cases in Norway. New Solut. 2023 Nov;33(2-3): 149-153. doi: 10.1177/10482911231191680. Epub 2023 Aug 15.
6. Magnusson K, Nygard KM, Methi F, et al. Occupational risk of COVID-19 in the 1st vs 2nd wave of infection. Euro Surveill 2021;40:25-32.
7. Statistisk sentralbyrå. (2023) Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, 2019. [Datasett] Sikt. <https://doi.org/10.18712/NSD-NSD2872-V6> Utlevert 17.11.2023.
8. Medlemsundersøkelse sykehusleger 2021: Medlemsundersøkelse sykehusleger 2021 (legeforeningen.no) Lest 15.12.2023.
9. Tyssen R. Work and mental health in doctors: A short review of Norwegian studies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6924981/> Lest 15.12.2023.
10. Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

NETTKURS

Melding om arbeidsrelatert sykdom og skade

Meldingene er viktige bidrag i arbeidet for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade

Alle virksomheter skal arbeide for et godt og forsvarlig arbeidsmiljø der ingen blir syke eller skadet pga. forhold i arbeidet. Det er mange aktører som bidrar til å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade, noen av dem er bedriftshelsetjenester og tilsynsmyndigheter (Arbeidstilsynet, Havindustrialtilsynet og Luftfartstilsynet). Disse tilsynsmyndighetene bidrar gjennom regelverksendringer, tilsyn og veiledning.

Leger skal melde arbeidsrelatert sykdom til myndighetene og slike meldinger er en viktig kilde til at myndighetene kan arbeide forebyggende. Melding om arbeidsrelatert sykdom er lovpålagt etter Arbeidsmiljøloven § 5-3. Legen kan også melde om arbeidsrelaterte skader med pasientens samtykke (ikke lovpålagt).

Tilsynsmyndighetene kan bruke meldingene til å følge opp at virksomheten forbedrer arbeidsmiljøet der pasienten jobber. Tilsynsmyndighetene kan også undersøke om arbeidsgiver har gjort nødvendige tiltak for å hindre at pasienten eller andre arbeidstakere blir syke.

For pasientene betyr et utfylt skjema at de kan ta sin kopi med til bedriftshelsetjenesten og/eller til arbeidsgiver, og gjøre dem oppmerksomme på farlige forhold og behov for tilrettelegging.

Dette vil kurset gi deg kunnskap om:

- Hva er arbeidsrelatert sykdom og -skade?
- Hvorfor melde arbeidsrelatert sykdom og skade?
- Hva er forskjellen mellom arbeidsrelaterte sykdommer, yrkessykdommer og yrkesskader?
- Hva skal du melde og hvor melder du?
- Hvordan kan du avdekke om en sykdom er arbeidsrelatert?
- Eksempler på hva som skal meldes
- Når skal du melde arbeidsrelatert sykdom og skade?

Del 2 inneholder tre kasuistikker. I Del 3 lærer du hvordan du skal fylle ut meldeskjema om arbeidsrelatert sykdom og skade.

Kurset finner du her



SKANN QR-KODE



Arbeidstilsynet



Luftfartstilsynet



Havtil



Min hverdag som rådgivende overlege (ROL) i NAV

Bente Skipenes Østrem
bente.skipenes.ostrem@nav.no

Jeg har jobbet i trygdeetaten/NAV siden høsten 1993. I perioden med barn var det en jobb som lot seg kombinere med et familieliv på en god måte. Jeg jobbet i det som i dag heter Arbeids- og tjenestelinja, nært veilederne på NAV-kontoret, i en deltidsstilling. Parallelt var jeg bedriftslege i en deltidsstilling, noe som ble inngangen min til faget arbeidsmedisin. Etter mange år som bedriftslege tok jeg sykehusåret og ble spesialist. Dette faget er også veldig relevant for jobben i NAV.

Etter som NAV ble omorganisert, ble deler av min stilling flyttet til en 2. linjetjeneste i NAV, NAV Arbeid og ytelse (NAY). Der jobber jeg nå som rådgivende overlege (ROL) i ca. 80% stilling, som fagansvarlig ROL for 14 leger. Alle de andre sitter i Oslo, mens jeg store deler av tiden jobber fra hjemmekontor i Troms. Jeg har i tillegg ca. 20 % stilling som ROL i NAV Troms og Finnmark.

07.20

Klokkeradioen vekker meg med gradvis økende lydnivå, og jeg står opp og tar en dusj.

07.50

Jeg har hjemmekontor og er derfor raskt på plass bak PCen. Jeg sjekker mail og Teamsmeldinger som må svares ut raskt. Det første jeg så må ta tak i, er å fordele saker til de andre ROLene. Vi jobber skriftlig med mange saker, men har det siste året gått mer over til muntlig drøfting, enten en-til-en, eller i planlagte saksdrøftingsverksteder der flere saksbehandlere legger frem saker til drøfting med ROL.

08.50

En kollega ringer for å diskutere to saker – en yrkes sykdomssak og en grunnstønadsak. Vi diskuterer

veldig mange av sakene med hverandre. Dette gir læring og økt forståelse for de medisinske forhold i sakene og for skjæringspunktet mellom juss og medisin som gjør jobben vår så spennende.

09.30

Jeg blir kontaktet av en fagkoordinator på området uføretrygd, som vil diskutere retningslinjer som står i rundskrivet til Folketrygdloven vedr. yrkesskadefordel i uføretrygd. Dette har vi jobbet mye med, og Direktoratet har klargjort forståelsen av regelverket. Dette innebærer behov for endringer i rundskrivet, og vi blir spurt om råd.

10.30

Avdelingsmøte. Høyt på agendaen for tiden står et krav om «foreleggelsesplikt»; at NAV skal forelegge for søkeren all informasjon som er relevant i saken, før vedtak fattes. Dette gjøres for at søkeren skal kunne gi ytterligere informasjon, oppklaringer og korrigeringer. Håpet er å unngå mange klager, fordi grunnlaget for et vedtak er klargjort for søkeren. Et vanskelig tema er om navnet vårt skal gjøres kjent for søkeren. Det er noe flere ROLer misliker, fordi vi også jobber med saker der søkeren tidligere har vært aggressiv og truende i kontakt med NAV. Dette er en vanskelig problemstilling som opptar oss for tiden.

12.15

Saksdrøftingsverksted med veiledere i Midt-Troms, – i jobben min for NAV Troms og Finnmark. Her diskuteres aktivitetskravet ved 8 ukers sykmelding, og noen ganger selve inngangsvilkåret for sykepengen – at nedsatt funksjon til arbeid klart skal skyldes sykdom. Har fastlegen gitt nødvendige opplysninger så NAV kan vurdere saken? Er det beskrevet hvorfor en

person ikke kan være i noe arbeid, heller ikke i en liten %? Har arbeidsgiver sendt aktivitetsplan som beskriver mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen? Mange gode diskusjoner får plass i disse møtene.

13.00

Jeg jobber med forberedelser til undervisning om grunnstønad for nye ROLer i avdelingen vår.

13.40

En kollega sender et utkast til en vurdering i en sak, som jeg leser gjennom. Etterpå ringer jeg kollegaen. Vi blir enige om hvordan saken skal vurderes, og gode formuleringer hun kan bruke i sitt svar til saksbehandler.

14.00

Møte med fagkoordinatorer som jobber med «Sykdom i familien». For at en forelder skal ha rett til pleiepenger, kreves det at det syke barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie. Legeerklæring der dette dokumenteres, må komme fra spesialisthelsetjenesten. Det kommer i møtet frem utfordringer og frustrasjoner i saker der barn ikke lenger går til behandling i spesialisthelsetjenesten, samtidig som foreldre fortsatt ønsker pleiepenger. Noen ganger vurderer legen at det er kontraindisert at en forelder er hjemme med barnet. Forsøk på normalisering av barns hverdag er viktig og bør tilstrebes så tidlig som mulig. Her kan det være motstridende interesser mellom familiemedlemmer og fagfolk, som ikke er lett å håndtere for NAV.

14.45

Jeg fordeler flere saker som ROLene skal jobbe med.

15.30

Kort møte med min leder for å starte planlegging av undervisning ifm grunnkurs B for allmennleger som tar spesialistutdanning. Der har trygdemedisin en ganske stor plass, og vi skal dele kasuistikker, erfaringer og få i gang diskusjoner om mulige løsninger. Noen ganger synes personer å falle mellom alle stoler i velferdssamfunnet, og kanskje må vi ta inn over oss at velferdsstaten ikke klarer å favne alle behov. Noen ganger må personer selv finne løsninger og kanskje slakke litt på egne krav om at alt skal være perfekt og at man skal rekke alt – både full jobb, familie, syke barn, frivillige aktiviteter osv. Et tankekors i hverdagen.



Jeg har jobbet i trygdeetaten/NAV størstedelen av min arbeidskarriere. Tidlig i mitt arbeid traff jeg en person som spurte hva jeg jobbet med. Han var verken lege eller spesielt kjent med folketrygden, men hans reaksjon var: «Oi! Hva i all verden var det som fikk deg til å gå over til fienden?» Dette har jeg tenkt mye på i årenes løp. Hvordan ser andre på mitt arbeid og min interesse for trygdemedisin?

Det at jeg har jobbet her i over 30 år sier vel det aller meste. Jeg har alltid trivdes i jobben og med kollegaer. Jobben innebærer stor grad av variasjon og mange spennende problemstillinger. Ingen saker er like, og vi utfordres både på vår medisinske kunnskap og vår juridiske forståelse. Samtidig er det mange fordeler med jobben i NAV. Jeg kan nevne stor grad av fleksibilitet i hverdagen, bare dagarbeid og godt samarbeid med andre ansatte i NAV. Jeg møter mye takknemlighet fra veiledere og saksbehandlere. Vi ønsker å dele vår kunnskap og hjelpe dem til å gjøre sin del av jobben. Det er jo de som «eier sakene», skal følge opp brukere i NAV eller gjøre vedtak i sakene, og vår medisinske kompetanse er ettertraktet blant dem. Ved muntlig drøfting av saker hender det også at vi ROLer lærer av saksbehandlerne. Kompetanseoverføring begge veier er en god ting.

Som arbeidsmedisinere har det også vært givende å jobbe med yrkessykdomssaker som ofte har vært vurdert ved en av de arbeidsmedisinske avdelingene. Vår jobb er å kvalitetssikre dokumentasjonen i saken, og gi råd til saksbehandlerne som skal gjøre vedtak.

I NAV får man brukt seg som person i et vidt spekter av saker, uten å bli misbrukt eller utbrent. Her har jeg vært, og her blir jeg til jeg blir pensjonist. Jeg har aldri oppfattet NAV som en fiende. Tvert imot er et godt samarbeid mellom NAV og helsetjenesten en forutsetning for at riktige vedtak blir gjort. Som ROL i NAV kan man bidra til at dette samarbeidet blir så godt som mulig.

En jobb i NAV kan anbefales på det varmeste!



Alle er født like,
men noen er likere enn andre:

Sosial ulikhet i et aldersperspektiv

Av Ørn Terje Foss, spesialist i arbeidsmedisin, tidligere leder Namf, pensjonist med trygg pensjon fra Statens pensjonskasse, men aktiv gruppeveileder i arbeidsmedisin, fagbokforfatter og skribent. Kontakt epost: oerntf@online.no Hjemmeside: www.oerneblikk.com

At vi som arbeidsmedisinere blir vitne til stor sosial ulikhet i arbeidslivet, er ikke noen nyhet. Men når vi snakker om unge eller eldre arbeidstakere som homogene grupper med hver sine utfordringer, hvor bevisste er vi på de individuelle forskjellene og behovene? Det heter at «slekt skal følge slekters gang», og aldri i etterkrigstidens Norge har det vært så mye hold i den påstanden som nå. Sosial ulikhet forsterkes kraftig i hver ende av «arbeidsfår alder», og må ses i sammenheng.

Dessertgenerasjonen, som undertegnede er en del av, opplevde «Einar Gerhardsen»-perioden hvor muligheten til å skaffe seg høyere utdanning var nesten like stor for OBOS-barna som for legebarna. Jo, det var sosiale ulikheter og noen havna på utsiden eller skyggesiden av samfunnet den gangen også, men ungene til vanlige arbeidsfolk gikk på samme folkeskole som ungene til rederen, storbonden og grossererene. Jenter begynte å se for seg et annet liv enn mødrenes husmortilværelse, med mulighet for en selvstendig yrkeskarriere og egen inntekt.

Flere skoleflinke barn i fattige familier kunne fortsette med videre utdanning i stedet for å bli sendt på arbeid for å bidra til familiens overlevelse, slik barna en eller to generasjoner før dem måtte. Yrkesfaglig utdanning for dem som ikke var like skoleflinke, ga også gode muligheter i en tid da både drosjesjåfører, kelnere og håndverkere hadde respektabel lønn og kunne bidra til at barna fikk høyere levestandard. De som droppa ut av skolen, kunne dra til sjøs eller jobbe på anlegg



Noen møter større motbakker enn andre i livets høst.
Foto: Ørn Terje Foss.

med god nok lønn til å etablere seg med hus og familie når de ble litt eldre. Sånn er det ikke lenger. Hvis du lurar på hva/hvorfor, får du et julegavetips om en bok med anbefalt påfølgende lesing i romjula: Andreas Tharaldsen: «Hvem drepte kelnere? Et fag i forfall» (1)



I dag er utdanningsnivå den viktigste parameteren med innvirkning på hovedindikatorene for sosial ulikhet; levealder, livsstilsrelatert helse, sykefravær, uførhet, arbeidsledighet, lønn, jobbsikkerhet og arbeidsmiljøfaktorer generelt. Jo dårligere utdanning, jo større sannsynlighet er det for at du får en jobb med arbeidsvilkår som gir dårligere arbeidshelse og dårligere inntekt. Konsekvensen av det blir at jo lengre du står i jobb, jo dårligere helse og livsglede og overskudd får du med deg inn i pensjonisttilværelsen, hvis du kommer så langt.

Har du ledige stunder fram mot jul, kan du for-dype deg i temaet i Folkehelse rapporten fra FHI (2). Ifølge rapporten bekreftes det at eldre med lav sosioøkonomisk status, statistisk sett har flere sykdommer og helseplager enn eldre med høy sosioøkonomisk status. Forskjeller i levealder mellom eldre med kort og lang utdanning økte fra 2001 til 2015, og ulikhetene i levealder er større i Norge enn i de andre nordiske landene. Både utdanning og inntekt er relevante; den høyeste inntektsfjerdedel lever 6-8 år lenger enn de i laveste fjerdedel. Blant 65-årige kvinner og menn er forventet levealder om lag 3-4 år lenger for de som har lang utdanning sammenlignet med de som har kort utdanning.

Hvis formålsparagrafen i arbeidsmiljøloven (3) følges opp, skal du komme ut av arbeidslivet som et bedre menneske enn da du begynte. Den skal ikke bare sikre arbeidstakere full trygghet fra fysiske og psykiske skadevirkninger, men skal også «legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon» og «bidra til et inkluderende arbeidsliv». Men realiteten er en annen, ifølge en WHO-rapport fra 2021 (4) er det eldre med lav sosioøkonomisk status som har minst ressurser til å ta hånd om sin egen helse.

Her er (minst) fire utfordringer vi må løse hvis vi skal få til en utjevning av sosiale forskjeller i arbeidshelse.

1. Sliterne må også få gode pensjonistår

At eldre med lav sosioøkonomisk status har minst ressurser til å ta hånd om sin egen helse, underbygger min påstand om at «slekt skal følge slekters gang» er betegnende for situasjonen. Det er en enorm forskjell mellom det å bli pensjonist med god pensjon, god helse og god mulighet til å avlaste egne barn som står i en stressende livssituasjon,

og å ende opp som minstepensjonist med så dårlig helse at du har nok med å klare ditt eget liv. Skal en snu trenden og sørge for at også de med sliterjobber får mulighet til noen (relativt) gode pensjonistår, må pensjonsalder og terskel for uførepensjonering i disse jobbene senkes.

En artroseplaget pleiemedhjelper eller en emfysem-syk bilvasker som er fullt engasjert med å prioritere legebesøk, hjemmesykepleie, medisiner og sykehusinnleggelse, har antagelig ikke overskudd til å være barnevakt når egne barn trenger å jobbe ekstra for å klare husleia, eller kjøre og hente i barnehagen ved pålagt overtid når bilen er avskilt og mangler barnesete. En ressurssterk legegpenjonist kan støtte egne barn både økonomisk og praktisk slik at de får anledning til å forfølge en yrkeskarriere og videreutdanne seg. Trenger du flere eksempler på hvordan sosial ulikhet forplanter seg til nye generasjoner, kan du ta kontakt med meg.

2. Bedriftshelsetjeneste for alle som har behov

Skal en 50-55 år gammel arbeidstaker i et yrke med store fysiske eller emosjonelle belastninger ha en mulighet til å være i jobb og bevare helsa uten forverring fram til ordinær pensjonsalder, må arbeidsmiljøarbeidet prioriteres opp. Ikke bare må alle velbegrunnede arbeidsmedisinske råd som å få bedre egenkontroll over arbeidet, meningsfylte oppgaver, større fleksibilitet for arbeidstid og fridager, fritak fra skit-, slit- og skiftarbeid og individuell tilrettelegging ved behov foreslås, de må også iverksettes. Dessverre er også tilgangen til en god BHT med påvirkningskraft skeivfordelt.



Jo dårligere utdanning, jo større sannsynlighet er det for at du får en jobb med arbeidsvilkår som gir dårligere arbeidshelse og dårligere inntekt. Konsekvensen av det blir at jo lengre du står i jobb, jo dårligere helse og livsglede og overskudd får du med deg inn i pensjonisttilværelsen, hvis du kommer så langt.



Bedriftene med høyest andel lav-inntektsjobber med få kompetansekrav, flest midlertidig ansatte eller oppdragstakere, færrest fagorganiserte og de største arbeidsbelastningene, er oftest små og mellomstore bedrifter. Som påpekt fra ekspertgruppen bak rapporten «Hva bør skje med BHT?» (5), er det i disse bedriftene at risikokartlegging oftest mangler og det er størst behov for faglig bistand fra BHT. Men som regel koster en BHT som kan formidle de fornuftige rådene for mye for dem. Derfor må vi få på plass en offentlig finansiert basal BHT for alle bedrifter der risikoforholdene tilsier at det er behov, for å kunne utjevne sosial ulikhet.

3. Pensjonsreformen må skrotes

Pensjonsreformen er en katastrofe for arbeidshelse til folk i de mest belastende yrkene. De negative konsekvensene har Ebba Wergeland og Steinar Westin beskrevet godt i en kronikk i Tidsskriftet, «Pensjonsreform på bekostning av eldres helse» (6). Med den nye ordningen er det innført økonomiske arbeidsinsentiver som en del av den såkalte arbeidslinja: «Jo lavere avgangsalderen er, desto lavere blir pensjonistens årlige pensjon. Når mange må forlenge yrkeslivet av økonomiske årsaker, er det grunn til å frykte negative helsekonsekvenser og i neste omgang større sosiale ulikheter i eldres helse.»

Videre omtaler kronikken hvordan tilrettelegging for eldre er blitt mindre lønnsomt for arbeidsgivere: «Den avtalefestede førtidspensjonen som gjaldt før 2011, innebar at arbeidsgivere tjente på å legge arbeidsforholdene til rette slik at eldre lot være å benytte førtidspensjonen og i stedet fortsatte til pensjonssalder. Eldre kunne for eksempel få kortere arbeidsdag med full lønn, eller endring av arbeidsoppgaver. Etter 2011 har pensjonssystemet ingen tilsvarende insentiver som gjør det økonomisk interessant for arbeidsgivere å legge til rette for eldre. All insentivbruk er rettet mot arbeidstakerne.»



Derfor må vi få på plass en offentlig finansiert basal BHT for alle bedrifter der risikoforholdene tilsier at det er behov, for å kunne utjevne sosial ulikhet.

De med lavest lønn, ofte deltidsarbeidende i lavtlønnene kvinneyrker eller nye landsmenn med kort opptjeningsstid, får ikke en gang rett til tidligpensjon. Andre slitere med anledning til å velge om de vil gå av tidlig, blir egentlig stilt overfor et valg mellom «pest og kolera»; Går du av tidlig, blir pensjonen for lav til å leve av. Står du lenger i jobben for å få bedre pensjon, er det ikke sikkert du har helse til å leve et godt pensjonistliv.

Det mest fortærende er at den sosiale ulikheten øker som en følge av pensjonsreformen og levealdersjustert pensjon, ved at sliterne subsidierer tidligpensjoneringen til akademikerne med god helse og et rikt pensjonistliv. Det er jo ikke sånn at alle lever lenger om den gjennomsnittlige levealder øker. De med lav sosioøkonomisk status lever mye kortere enn snittet, og burde fått pensjon fra en lavere pensjonssalder for å få like mange pensjonistår som de som lever lengst. Hadde det ikke vært for sliterne som dør tidlig, måtte opptjent pensjon for de høyt utdannede som lever lengst, blitt fordelt på flere gjenstående leveår med langt lavere årlig pensjonsutbetaling for dem.

4. Sikre utdanning og seriøse startjobber for alle ungdommer

Som nevnt er utdanning antagelig den viktigste faktoren for å utjevne sosial ulikhet. Men en arbeidstaker med foreldre med jobb i belastende yrke, kan som regel ikke regne med å få den samme muligheten til økonomisk og praktisk støtte hjemmefra som en med foreldre med høy sosioøkonomisk status. Om de selv sliter med å få seg stabil jobb med inntekt til å leve av, vil også neste generasjon ha dårligere forutsetning for å få seg en utdanning som kan gi bedre levekår og arbeidshelse.

Skal vi utlikne sosiale forskjeller, må vi derfor etablere et apparat som sørger for at barn av ressursvake foreldre får tilstrekkelig oppfølging økonomisk og praktisk til å kunne fullføre grunnutdanning. De må få like gode muligheter som barn av ressurssterke foreldre, som gjennom familie-, bekjentskaps- og jobbnettverk og kunnskap om stipendier og støtteordninger sørger for at egne barn får en god start på deres utdannings- og yrkeskarriere.

Yrkesfaglig utdanning er vel så viktig som teoretisk utdanning ved høyskoler og universitet for de fleste av de som ellers hadde droppet skolegang eller

begynt i jobber uten kvalifikasjonskrav. En lærling- og fadderordning som sikrer ordnete ansettelser i bedrifter og muligheter til å skaffe seg en god yrkeskarriere, må kunne tilbys alle ungdommer som et alternativ til jobber som virker rekrutterende inn til prekariatet eller «the working poor». Igjen er det viktig å merke seg Tharaldsens refleksjoner om kelneryrkets fall (1); tidligere var faget beskyttet med fagbrev og en respektert karrierevei, mens det nå oftere er en mellomstasjon på vei til noe annet. Heving av yrkesfagenes status vil også bidra til å redusere sosial ulikhet!

Avslutningsvis tar jeg med en skremmende artikkel fra Time Magazine (7). Jeg vet at det er langt fra amerikanske forhold til oss. Men har det begynt som en trend der, kan det også være aktuelt her, og vil medføre en reversering av utjevningspolitikken tilbake til tiden før «Einar Gerhardsen»-perioden. Vi reagerer når vi hører om barnearbeid i utviklingsland, men ulønnet barnearbeid innen hjemmets fire vegger her hjemme skli under radaren.

Artikkelen beskriver hvordan fattigdom går i arv, og hvordan det spesielt går utover jenter. Enslige mødre som tidligere var hjemme med barn, ble etter innføring av en variant av «arbeidslinja», pålagt å stille på jobb for å kunne motta sosialhjelp. Den eldste jenta hjemme måtte ta over ansvaret for småsøsken, noe som selvfølgelig medførte redusert skolegang og utvikling for henne. Foreldre i lavinntektsfamilier i USA må ha mange deltidsjobber for å få det til å gå rundt, ofte kveld og natt, så disse jentene mister også mulighet for utviklende fritidsaktiviteter og ferieopplevelser, ofte i skjul for barnevernet. Når de begynner å jobbe, er det stort sett lav-inntektsjobber de har lært seg hjemme med vasking, barnepass og stell for rike familier. Forholdene der kan de bare drømme om for sine egne barn, som ikke kommer ut av fattigdomsspiralen.

Sånn vil vi ikke ha det i et seriøst arbeidsliv. Grunnlaget for god arbeidshelse må legges blant annet ved å sikre at alle som er i jobb får økonomi og mulighet til å hjelpe neste generasjon til å skaffe seg god utdanning og seriøst arbeid, og selv kan avslutte arbeidslivet med en pensjon å leve av, helsa i behold og en ressurs for familien.

Ørn



Referanser:

1. Res Publica: «Hvem drepte kelnere? Et fag i forfall». Andreas Tharaldsen 2024. <https://respublica.no/produkter/hvem-drepte-kelnere-et-fag-i-forfall/>
2. FHI: Folkehelse rapporten (fortløpende oppdatert på fhi.no), kapittel «Sosiale helseforskjeller i Norge»: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=sosiale-forskjeller-i-levevaner>
3. Arbeidsmiljøloven § 1-1. Lovdata: <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/s1-1>
4. WHO. (2021). Decade of healthy ageing: baseline report. Summary. Geneva: World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
5. Rapport fra ekspertutvalget: Hva bør skje med BHT? https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b365d15ae344b-2b0f86848d99ba65b/a-0047_b_bedriftshelsetjenesten_ny_versjon_19062018.pdf
6. Tidsskr Nor Legeforen. 27.mars 2023. Wergeland, Ebba og Westin, Steinar: Pensjonsreform på bekostning av eldres helse DOI: 10.4045/tidsskr.22.0773 <https://tidsskriftet.no/2023/03/kronikk/pensjonsreform-pa-bekostning-av-eldres-helse>
7. Time magazine 3. august 2023. «Why Millions of Girls Are Doing Unpaid Care Work This Summer»: <https://time.com/6300734/girls-unpaid-care-work-summer-essay/>



En lærling- og fadderordning som sikrer ordnete ansettelser i bedrifter og muligheter til å skaffe seg en god yrkeskarriere, må kunne tilbys alle ungdommer som et alternativ til jobber som virker rekrutterende inn til prekariatet eller «the working poor».



Sosiale forskjeller i arbeidshelse og kjønn:

Hva betyr dette for kvinners arbeidshelse?

Yogindra Samant, Overlege, Arbeidstilsynet
yogindra.samant@arbeidstilsynet.no

Innledning

Sosiale forskjeller i arbeidshelse er et komplekst og flerdimensjonalt fenomen som påvirkes av en rekke faktorer, inkludert kjønn. Utdanning, inntekt, og sosiale ulikheter er nøkkelfaktorer som former opplevelsen av arbeidsmiljøet. I Norge, som i mange andre land, er sosiale forskjeller i arbeidsmiljø og helse resultatet av komplekse samspill mellom individuelle, kulturelle og strukturelle faktorer. Disse forskjellene bidrar også til ulikheter i forventet levealder og helse, hvor det synes klart at arbeidsmiljøet er avgjørende. Kjønnforskjeller i arbeidslivet kan føre til økte ulikheter i både fysisk og psykisk arbeidshelse.

Hurdalsplattformen har understreket behovet for å styrke satsning kvinnehelse og redusere sosiale helseforskjeller (1). I Norge har det blitt gjort et stykke arbeid på temaet nær tilknyttet sosiale forskjeller i arbeidshelse allerede da STAMI laget en rapport som heter «Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse i 2014» og Arbeidstilsynet har omtalt kjønnsulikheter i helse i 2003 (2,3). Arbeidshelse er en vesentlig del av helse i og med man bruker en tredjedel av dagen på arbeid. Dermed er sosiale forskjeller i arbeidshelse et perspektiv som burde kunne vurderes i et kunnskapsgrunnlag som skal belyse forskjellige aspekter av kvinners arbeidshelse.

Arbeidsmiljø og sosiale forskjeller i arbeidshelse

Arbeidsmiljøet spiller en avgjørende rolle for arbeidshelsen. Kvinner og menn er ofte sysselsatt i ulike sektorer og yrker, noe som resulterer i varierende arbeidsmiljøer og helserisikoen. Kvinner dominerer innen omsorgsykker som sykepleie og under-

visning, preget av høyt emosjonelt stress og risiko for utbrenthet, men med lavere fysisk risiko (4,5). Menn er oftere å finne i industrien og byggebransjen, utsatt for fysiske farer og arbeidsulykker, men potensielt mindre emosjonelt stress og et mindre belastende psykososialt arbeidsmiljø (5).

Arbeidsmiljøet i Norge anses som godt, men det varierer betydelig mellom ulike utdanningsgrupper. Denne forskjellen antyder at arbeidsmiljøet kan være en faktor som bidrar til sosiale ulikheter som manifesterer seg i arbeidshelseutfallene. Arbeidstakere med kortere utdanning opplever ofte mer krevende arbeidsforhold, inkludert tungt fysisk arbeid og belastende arbeidsstillinger. De er også mer eksponert for fysiske påkjenninger som støv, vibrasjoner og ulike kjemikalier på arbeidsplassen. En annen vesentlig forskjell mellom grupper med kortere og lengre utdanning er graden av selvbestemmelse og variasjon i arbeidsoppgave (6).

En vesentlig belastende faktor er mangel på tilpasset verneutstyr for kvinner, dette er ofte designet for mannlige arbeidstakere, med potensielt dårlig tilpasning og redusert beskyttelse for kvinner (7-11). Dette øker risikoen for arbeidsrelaterte skader blant kvinnelige arbeidstakere i mannsdominerte yrker. Med økende innslag av reproduksjonsskadelige og hormonforstyrrende stoffer i produkter er det viktig at kvinner får godt vern mot disse helsefarlige eksponeringene. Det beste er jo få slike kjemikalier eliminert eller erstattet, men det er ikke bestandig mulig og da er verneutstyr det siste tiltaket som kan gi en fullverdig beskyttelse mot helseskader. Arbeidstilsynet har i tilsynet observert utilstrekkelig tilpasset åndedrettsvern for kvinnelige arbeids-

takere i industrier som aluminiumproduksjon, noe som understreker behovet for bedre tilpasset åndedrettsvern. Det fortelles også fra helsevesenet om dårlig tilpasset åndedrettsvern for kvinner under Covid-19 pandemien, noe som også er dokumentert i andre land (12).

Dobbelt eksponering og arbeidsbelastning

Kvinner opplever ofte dobbelt eksponering, som innebærer ansvar både på arbeidsplassen og hjemme. Dette fenomenet beskrives ofte som den «doble byrden» eller «dobbeltarbeid», der kvinner ikke bare har ansvar for sine yrkesmessige oppgaver, men også for en betydelig del av husarbeid og omsorgsoppgaver (13). Kvinner har historisk sett hatt hovedansvaret for husholdningsoppgaver og barneomsorg, i tillegg til sine profesjonelle forpliktelser. Denne dobbelte belastningen kan føre til kronisk stress, da kvinner konstant må balansere og oppfylle krav fra både betalt arbeid og hjemmet. Denne doble belastningen kan føre til kronisk stress og dårligere helse over tid (14). Dette inkluderer økt risiko for psykiske helseproblemer som angst og depresjon, samt fysiske helseproblemer som høyt blodtrykk og hjertesykdommer.

Innvandrerkvinner og ufaglærte kvinner i arbeidslivet

Innvandrerkvinner og ufaglærte kvinner står ofte overfor ytterligere utfordringer på arbeidsplassen. Mange innvandrerkvinner arbeider i lavtlønnede og fysisk krevende yrker som renhold, med sen inntreden i arbeidslivet og tidlig avgang grunnet belastende arbeidsforhold (5,15). Disse jobbene tilbyr sjelden økonomisk trygghet eller karrieremuligheter, og medfører ofte negative helsekonsekvenser. Diskriminering og dårlige arbeidsforhold forverrer også deres helse. Det er jo slik at i Norge er renhold den sektoren som har ytterligere regulering i form av allmenngjøring av lønn og godkjenningsordning nettopp fordi den sektoren har store arbeidsmiljøbelastninger og er trolig dominerte av ufaglærte og innvandrerkvinner (og menn) (16,17).

En seleksjonsmekanisme kan trolig eksistere, hvor kvinner med allerede dårlig helse (og utdanning) havner i belastende yrker som for eksempel renhold. Dette kan skape en negativ spiral hvor arbeidsbelastning bidrar til ytterligere helseproblemer og begrenser muligheter for å forlate slike yrker. Studier



viser at ufaglærte kvinner, spesielt i fysisk krevende yrker, har økt risiko for muskel- og skjelettplager og andre helseproblemer (19).

Helseutfall

Kjønnforskjeller i arbeidsmiljø, dobbel eksponering og arbeidsbelastning kan føre til ulike helseutfall. Kvinner rapporterer oftere om muskel- og skjelettplager samt psykiske helseproblemer som angst og depresjon i arbeidsmiljøssammenheng. Menn har høyere forekomst av arbeidsrelaterte skader og dødsfall på grunn av arbeidsulykker, som gjenspeiler ulike yrker og stressorer de møter. Manglende tilpasset verneutstyr for kvinner forsterker disse forskjellene, med redusert beskyttelse i risikofylte arbeidsmiljøer (7-11).

Økonomiske faktorer

Kvinner i arbeidslivet møter økonomiske utfordringer som direkte kan påvirke deres arbeidshelse. En viktig faktor er lønnsforskjeller, hvor kvinner ofte tjener mindre enn menn, selv i sammenlignbare roller og yrker. Dette lønnsgapet kan forsterke sosiale forskjeller, da lavere inntekt begrenser tilgangen til helsefremmende ressurser og tjenester. Videre påvirker sektorforskjeller kvinners arbeidshelse, ettersom mange kvinner arbeider i lavtlønnede og kvinneorienterte sektorer som helse- og omsorg samt renhold hvor det er høyt sykefravær og store fysiske samt psykiske belastninger. Ikke minst bidrar en slik systematisk lønnsforskjell til oppfatning av sosial urettferdighet som kan være psykisk belastende pga. følelse av mindreværd, overarbeid, konstant økonomiske usikkerhet med flere.



En seleksjonsmekanisme kan trolig eksistere, hvor kvinner med allerede dårlig helse (og utdanning) havner i belastende yrker som for eksempel renhold. Dette kan skape en negativ spiral hvor arbeidsbelastning bidrar til ytterligere helseproblemer og begrenser muligheter for å forlate slike yrker.



Forebyggende tiltak

For å redusere sosiale forskjeller i arbeidshelse på grunn av kjønnsforskjeller, er målrettede tiltak viktige.

1. Implementering av fleksible arbeidstidsordninger:

Tilrettelegging for fleksible arbeidsforhold som kan hjelpe kvinner å balansere mellom arbeid og familieforpliktelser. Dette inkluderer muligheter for deltidsarbeid, fleksitid og hjemmekontor, som kan redusere stress og forbedre både den fysiske og psykiske helsen.

2. Tilpasset verneutstyr for kvinner:

Styrke tilgjengelighet av verneutstyr som passer kvinnelige arbeidstakere. Dette innebærer utvikling og distribusjon av personlig verneutstyr som er designet for å passe kvinnelige kroppsstørrelser og -former, for å redusere risikoen for arbeidsrelaterede skader

3. Tiltak mot seksuell trakassering og diskriminering:

Å understreke viktigheten av å bekjempe seksuell trakassering og kjønnsbasert vold på arbeidsplassen. Dette innebærer bla. å etablere klare retningslinjer og prosedyrer for å håndtere klager, samt å gjennomføre opplæring og bevisstgjøringskampanjer for å skape et tryggere arbeidsmiljø.

4. Støtte for innvandrerkvinner og ufaglærte kvinner:

Tilby bedre støtte og vern for innvandrerkvinner og ufaglærte kvinner, inkludert tilgang til helse- og sikkerhetsutstyr, språkopplæring, og tiltak mot diskriminering for å forbedre arbeidsforholdene deres. Opprette mentorprogrammer og støtteordninger for innvandrerkvinneres karriereutvikling.

5. Helseovervåking og tilrettelegging for kronisk syke:

Implementering av helseovervåking og tilrettelegging for kvinnelige arbeidstakere med kroniske sykdommer. Dette kan inkludere regelmessige helseundersøkelser og tilpasning av arbeidsoppgaver for å sikre at de kan fortsette i arbeid uten å forverre sin helse. Bedre vern av gravide kvinners arbeidshelse og av kvinner som jobber med oppgaver som er utsatt til reproduksjonsskadelig eller hormonforstyrrende stoffer. Videre sikre at kvinner, som ofte bærer en dobbelt byrde av arbeid og hjemmearbeid, kan dra nytte av slike tiltak ved at kroniske helseproblemer blir tidlig oppdaget og håndtert, noe som kan forbedre deres generelle helse og arbeidskapasitet

6. Reduksjon av lønnsforskjeller og økonomisk usikkerhet:

Iverksette og håndheve likelønnslovgivning for å sikre lik lønn for like oppgaver.

Heve minstelønnen i lavtlønnede sektorer samt legge til rette for fagorganisering og kollektive forhandlinger for kvinner for å sikre rettferdige lønnsbetingelser og arbeidsforhold. Det kunne utvikles tilbud om opplærings- og utdanningsprogrammer for å styrke kvinners kompetanse og legge til rette for et karriereutviklingsløp.

Konklusjon

Kjønnsforskjeller spiller en betydelig rolle i sosiale forskjeller i arbeidshelse. Målrettede og tilpassede tiltak kan være nyttig for å fremme en mer rettferdig og helsefremmende arbeidsplass for alle ansatte.

Referanser:

1. Hurdalsplattformen - regjeringen.no
2. Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse. Underlagsrapport til Kunnskapsoppsummering av ulikhet i helse i Norge. Ingrid S Mehlum 2014
3. Kjønnsulikheter i helse – en utfordring for Arbeidstilsynet Ingrid S Mehlum 2003
4. Karasek RA, Theorell T. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. Basic Books; 1990.
5. Hierarchy of Care Work: How Immigrants Influence the Gender-Segregated Labor Market | Social Politics: International Studies in Gender, State & Society | Oxford Academic (oup.com)
6. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review - PMC (nih.gov)
7. Frontiers | Female firefighters' increased risk of occupational exposure due to ill-fitting personal protective clothing (frontiersin.org)
8. Gender aspects in occupational exposure and health studies | Annals of Work Exposures and Health | Oxford Academic (oup.com)
9. Først da vikaren ble brannskadd, fikk kvinnene tilpassa arbeidstøy | FriFagbevegelse.no
10. Retrospective evaluation of factors affecting successful fit testing of respiratory protective equipment during the early phase of COVID-19 | BMJ Open
11. Artazcoz L, Borrell C, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascan L. Occupational epidemiology and work-related inequalities in health: A gender perspective for two complementary approaches to work and health research. Journal of Epidemiology & Community Health. 2007;61(Suppl 2).
12. Nilsson K, Nilsson E. Immigrant women facing work-related stress and health problems: A Swedish perspective. Occupational Medicine. 2017;67(3):221-226.
13. Kvernmoen 2022.pdf (unit.no). Sammenheng mellom psyko-sosiale arbeidsmiljøfaktorer og ulike helseplager hos innvandrere
14. Minstelønn - Arbeidstilsynet
15. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies - da Costa - 2010 - American Journal of Industrial Medicine - Wiley Online Library



STYRETS SPALTE

Av Jarand Hindenes
Leder i NFAM, Spesialist i arbeidsmedisin
jarand.hindenes@internationalsos.com

Sosiale ulikheter i arbeidshelsen

Sosiale ulikheter gjenspeiles sterkt i arbeidshelsen, spesielt blant arbeidstakere i lavstatusyrker, personer med lav utdanning og de med innvandrerbakgrunn. Yrker som renhold, servering, barnehage, og helsefagarbeid er yrkene som ofte har tyngre fysiske jobber samt store psykiske krav og lavere mulighet for kontroll over egen arbeidssituasjon. Data fra nasjonale undersøkelser viser at arbeidere i disse rollene er overrepresentert i statistikker over eksponering, sykefravær og uføretrygd.

Mange av disse yrkene innebærer store fysiske påkjenninger, som tunge løft og dårlige ergonomiske arbeidsstillinger, samt eksponering for støv, kjemikalier og andre potensielt skadelige faktorer. I tillegg opplever ansatte ofte høy grad av psykososial stress, for eksempel på grunn av høyt arbeidstempo, usikkerhet i jobbsituasjonen og lav autonomi. Slike forhold kan over tid føre til både muskel- og skjelettplager, utbrenthet og psykiske helseproblemer.

Bedriftshelsetjenesten (BHT) spiller en avgjørende rolle i å støtte disse gruppene, og de fleste utsatte yrkene er inne de næringene som er pålagt å ha BHT. Målrettede risikobaseringer samt forebyggende tiltak, kan bidra til å forbedre arbeidsmiljøet og redusere sykefraværet. Men for at innsatsen skal ha ønsket effekt, kreves en bredere innsats fra flere arbeidsmiljøinteressenter. Arbeidsgivere må legge til rette for et trygt arbeidsmiljø og investere i forebyggende tiltak, mens politiske beslutningstakere samt partene i arbeidslivet må jobbe for å redusere de sosiale ulikhetene som bidrar til slike arbeidshelseforskjeller.

Sosiale ulikheter i arbeidshelse er ikke bare et individuelt helseproblem, men også et samfunnsproblem som påvirker økonomi og sosialt samhold. Ved å jobbe sammen mot et mer rettferdig arbeidsliv, kan vi bidra til lavere sykefravær, økt produktivitet og et mer inkluderende samfunn.

Arbeidsmedisin og Yrkeshygiene – hånd-i-hånd

På årets arbeidsmedisinske vårkonferanse gjorde vi en ny vri ved å lage et felles arrangement med Norsk Yrkeshygienisk forening (NYF). Ut fra deltagelse og stemningen på Soria Moria må det sies å ha vært en suksess. Arbeidsmedisin og yrkeshygiene er to sentrale fagområder innen forebyggende helse, arbeidsmiljø og bedriftshelsetjeneste. Selv om vi som faggrupper har ulik bakgrunn og utdanning er det nettopp når vi samarbeider at vi kan utfylle hverandre i arbeidet med å forebygge og redusere helserisiko på arbeidsplassen.

Arbeidsmedisinens rolle fokuserer på å forstå hvordan arbeidsmiljøet påvirker arbeidstakernes helse, samt å forebygge og følge opp arbeidsrelaterede sykdommer, mens yrkeshygiene på sin side er rettet mot å identifisere, vurdere og kontrollere miljøfaktorer på arbeidsplassen som kan utgjøre en risiko for helse og sikkerhet.

Samarbeid mellom disse to fagområdene gir en mer helhetlig tilnærming til å forebygge helseskader. Mens yrkeshygienikere identifiserer og vurderer farer, gir arbeidsmedisinere innsikt i hvordan disse påvirker helsen og kan anbefale medisinske tiltak. Ved å kombinere ekspertisen til arbeidsmedisinere og yrkeshygienikere kan man lettere sette inn tiltak for å redusere risikoer før de fører til helseproblemer. Dette bidrar til å redusere sykefravær og øke produktiviteten. Resultatet er ikke bare en tryggere arbeidsplass, men også mer fornøyde og friske arbeidstakere, som igjen bidrar til bedriftens suksess og trivsel.

Årets felles arrangement var forhåpentligvis starten på noe større og styret i NAMF/NFAM vil sammen med NYF fortsette arbeidet for et tettere samarbeid med yrkeshygienikerne i tiden som kommer og håper å kunne arrangere flere felles kurs og møtepunkt.

NORGE P.P.

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

STAMI inviterer til:

Kurs i aktuell arbeidsmedisin Januarkurset 2025

29. – 30. januar 2025

**Overordnet tema for kurset er risikohåndtering
– med arbeidsrelatert kreft som eksempel.**



ONSDAG 29. JANUAR 2025

Tema: Risikohåndtering – med arbeidsrelatert kreft som eksempel

- Beredskap og kommunikasjon som krisehåndteringsverktøy, v/Espen Rostrup Nakstad, CBRNE-senteret, OUS
- Eksponering for kreftfremkallende stoffer i arbeidslivet, v/Karl-Christian Nordby, STAMI
- Biomonitorering av eksponering og helseeffekter, v/Pål Graff, STAMI
- Tverrfaglig samarbeid i risikovurdering, v/Anje Höper, UNN
- Eksempel fra praksis, asbestsanering og risikokommunikasjon, v/Cheau Ling Poon, yrkeshygieniker UiO og Karl-Christian Nordby, STAMI
- Spørretime om: risikokartlegging, -vurdering, -håndtering og -kommunikasjon av arbeidsrelatert kreft? v/Karl-Christian Nordby, STAMI og Håvard Hanch-Hansen, Medi3

TORSDAG 30. JANUAR 2025

Tema: Bedriftshelsetjenestens rammer og innhold

- Nytt fra Arbeidstilsynet, v/Lise Sørbø, Arbeidstilsynet
- Nytt fra Godkjenningssenheten for BHT, v/Mette Matre, Arbeidstilsynet
- Nye og planlagte arbeidsmedisinske veiledninger (arbeidsNEL), v/Merete D. Bugge, STAMI
- Hva er god nok evidens med tanke på forebygging vs. erstatningskrav knyttet til yrkessykdom og -skade (Yrkessykdomslisten)? v/Karl-Christian Nordby, STAMI

Tema: Aktuelle STAMI-prosjekter

- Byggherreveiledning om kvartseksponering i bygge- og anleggsbransjen, v/Torunn Kringlen Ervik, STAMI
- Proteiner i luft – Ny markør for luftbåren eksponering i næringsmiddelindustrien? v/Christine Darbakk, STAMI
- Helserisiko knyttet til klor i svømmehall, v/Pål Graff, STAMI

Tema: Psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø

- Kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø, v/Bjørnar Finnanger Garshol, STAMI

For mer informasjon og påmelding:

Se vår hjemmeside <https://stami.no/kurs/kurs-i-aktuell-arbeidsmedisin-januarkurset-2025/>

Påmeldingsfrist 19. januar 2025



SKANN QR-KODE