RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

TEMA

Arbeidslivet i endring – følger vi med?

ÅRGANG 29 - 2022 / NR.4

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

ÅRGANG 29 - 2022 / NR. 4

Utgitt av Norsk arbeidsmedisinsk forening

Legenes Hus, Akersgaten 2

Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Tlf. 23 10 90 00 / Faks 23 10 91 00

Innhold

Leder v *v/ Signe Lohmann-Lafrenz* 3

Nytt medlem i redaksjonen *v/ redaksjonen* 4

Meldinger om arbeidsrelatert sykdom i Skandinavia.
v/ Tonje Strømholm, Morten Støver og Yogindra Samant 5

Psykososiale arbeidsforhold i digitaliseringens tid. Fleksibilitet og frihet eller technostress og usikkerhet? *v/ Jan Olav Christensen og Morten Birkeland Nielsen* 9

Notiser. 12

Maskiner som oss. Et arbeidshelseperspektiv på maskinlæring (kunstig intelligens). *v/ Rubia Malik* 13

Min hverdag. *v/ Bjørn Hilt* 17

Hva fører til arbeidsrelatert sykefravær blant sykepleiere i sykehus og hvordan få til systematisk forebygging? *v/ Solveig Osborg Ose* 19

Et blikk inn i framtiden til yrkeshygienikerfaget. *v/ Hans Thore Smedbold* 23

Historiespalten. Fullt og helt eller stykkevis og delt? *v/ Anniken Sandvik* 27

Veiledningshåndboka – i ny og revidert versjon og litt til! *v/ Tor Erik Danielsen* 28

Ørneblikk: Arbeidsliv i endring. *v/ Ørn Terje Foss* 30

Styrets spalte. *v/ Laila Torp* 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. 95 72 63 63
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
Anders Schrøder Amundsen
anders.schroder.amundsen@legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00

Inger Marie Daffinrud
inger.marie.daffinrud@legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00 - Faks 23 10 91 00

Forsidebilde: Snømannen Janus. **Foto:** Signe Lohmann-Lafrenz.

Leder

Ny teknologi har bidratt til at arbeidet organiseres på helt nye måter, og jeg spekulerer på hva er et arbeid egentlig i dag? Det finnes Uber taxier, you-tubere, Wolt- og Foodora mat-transportere, leie av el-sparkesykler m.m. Selv på Kirkens bymisjon, hvor jeg jobber med personer som selger seksuelle tjenester, der både bestilles og ytes digitalt. Motsatt finnes det utallige, fysisk arbeidende immigrantarbeidere, som jobber med stor risiko for eget liv og helse, for å få ferdig fotball VM for menn i Qatar. Eneste lyspunkt som holder dem oppe, er digital kontakt med familie/venner i hjemlandet. Selv sitter jeg på mitt fine kontor nær kaffemaskinen og lurer på hvordan jeg best kan skape mening for meg selv og samfunnet, og så drikker jeg en kopp kaffe til.

Bransjer skal knytte til seg BHT dersom risikoforholdene tilsier. Hva er risiko i det moderne samfunn? Tabellen her fra STAMI viser at sammensetningen i arbeidsoppgavene som utføres i det formelle arbeidslivet lenge har vært i en gradvis og stødig endring. Etter mange år som bedriftslege i sykehus lurer jeg på om vi har klart å følge med og omstille oss til vurdering av risiko i det moderne arbeidslivet? I dette julenummeret er jeg så stolt av å kunne presentere artikler skrevet av ulike profesjonsgrupper, som får lov å gi innspill på «Arbeidslivet i endring – følger vi med?». Håper dere vil kose dere masse med å lese dette nummeret.

På vegne av redaksjonskomiteen (Anje, Morten og jeg) vil vi gjerne få lov til å overrekke (sende hjem) en bukett blomster til deg, Anniken, for den store innsatsen du gjør med å organisere, koordinere, og hele tiden gi faglige innspill til artiklene vi jobber med til hvert eneste nummer av Ramazzini året rundt. Dette er en stor, stor jobb, som krever både utholdenhet og mye kompetanse. I tillegg har vi nå lært at du har en master i historie og det vises i de helt fantastiske historiske artiklene du skriver. Takk for det arbeidet du gjør for oss og for Ramazzini!

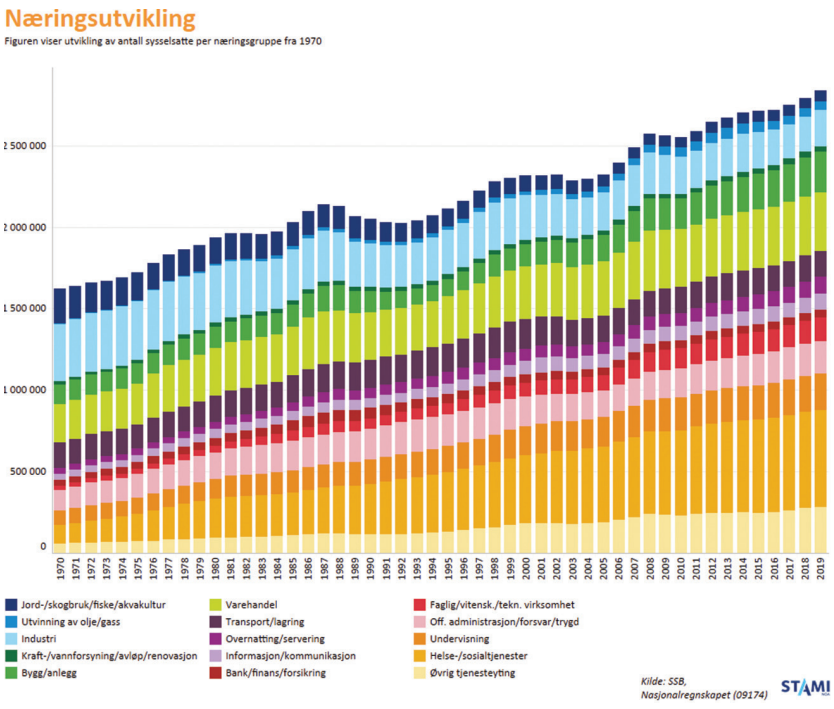


Fig.1: Utvikling av antall sysselsatte innen ulike næringer. Figur gjengitt med tillatelse fra STAMI.

Riktig god jul og et ønske om et godt nyttår og en god retning til alle!

Signe Lohmann-Lafrenz

Nytt medlem i redaksjonen

Ole Jacob Møllerløkken slutter i redaksjonen etter mange års imponerende innsats. Tusen takk for jobben du har gjort for Ramazzini! Det har vært utrolig hyggelig å samarbeide med deg, alltid svært engasjert og med et smittende godt humør! Du har løftet frem mange sentrale temaer for arbeidsmedisinen. Blant annet har du satt samarbeid og treffpunkter mellom arbeidsmedisin og samfunnsmedisin på dagsorden, og du har satt fokus på kvaliteten av undervisning og forskning innenfor faget vårt. Vi ønsker deg lykke til videre i arbeidet både i klinisk arbeidsmedisin og ved universitetet. Vi kommer til å savne deg!

Vi ønsker Morten Langeland hjertelig velkommen som nytt redaksjonsmedlem. Morten ble uteksaminert ved UiB 1985 og har jobbet i BHT siden 1989. Nåværende arbeidsplass er Bedriftshelse1 Region Sør (Norheimsund, Voss og Odda), der han har jobbet siden 1991. Bedriftshelsetjenesten het opprinnelig Ytre Hardanger BHT, den ble senere slått sammen med Voss BHT og ble fra 2014 en del av Bedriftshelse1. Morten ble spesialist i arbeidsmedisin i 2015. Han har også en deltidsstilling på lokal legevakt. Hans interesser er språk og etymologi. Skriver dikt til ulike anledninger, og i koronatida startet han på en alternativ koronadagbok, (men den kommer vel ikke i bokform). Spiller fagott/kontrafagott i symfoniorkesteret Fossegrimen på Voss. 4 barnebarn (2 i USA).

Morten Langeland

Med hilsen redaksjonen

Meldinger om arbeidsrelatert sykdom i Skandinavia

Av Tonje Strømholm (overlege), Morten Støver (seniorrådgiver), Yogindra Samant (overlege) (alle i Arbeidstilsynet)
Kontakt: tonje.stromholm@arbeidstilsynet.no

Innledning

Etter arbeidsmiljøloven § 5-3. Leges meldeplikt skal leger sende melding om mistenkt arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet (1). Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS) inneholder informasjon fra disse meldingene, og bidrar til at Arbeidstilsynet kan sette i verk tiltak for å forebygge arbeidsrelatert sykdom (2). Dette dreier seg ikke bare om tilsyn og veiledning i virksomheten det blir meldt om, men også tiltak som gjelder en bransje, yrkesgruppe eller arbeidslivet generelt. Dette kan f.eks. være regelverksendringer, informasjon, veiledning og forskning. Disse meldingene fra leger om mulige helseskadelige arbeidsmiljøforhold er derfor viktige for Arbeidstilsynet.

I RAS har meldinger om fysiske arbeidsmiljøforhold og industrielle faktorer dominert, mens meldinger om organisatoriske, psykososiale og ergonomiske forhold i mindre grad er rapportert. I denne artikkelen ønsket vi å sammenligne tall på meldinger om arbeidsrelatert sykdom i Norge med tall fra Sverige og Danmark og diskutere evt. forskjeller mellom landene. I utgangspunktet ønsket vi også å se på slike meldinger i Finland, men her fant vi bare tall på godkjente yrkessykdommer og valgte derfor å ikke å sammenligne med disse. Vi har i hovedsak brukt tall for 2019 fordi vi ønsket å gjøre sammenligninger før pandemien, men har i tillegg tatt med en kort omtale av tall for 2021 for å se på evt. forskjeller i forbindelse med pandemien.

Resultater

I 2019 ble det registrert 1 810 meldinger om arbeidsrelatert sykdom i RAS. Av disse meldingene gjaldt 78 % menn og 20 % kvinner. De tre hyppigst meldte diagnosekategoriene hos menn var sykdommer i øre/ørebensknute (59 %), sykdommer i åndedrettssystemet (10 %) og sykdommer i hud/underhud (5 %). Hos kvinner var de tre hyppigst meldte diagnosekategoriene sykdommer i hud/underhud (17 %), sykdommer i åndedrettssystemet (15 %) og psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (13 %).

I Sverige ble det i registrert 10 841 meldinger om arbeidsrelatert sykdom i 2019 hvorav 35 % gjaldt menn og 62 % kvinner. Hos menn var de tre hyppigst meldte diagnosekategoriene sykdom i muskel- og skjelettsystemet (38 %), psykiske lidelser (20 %) og sykdom i nervesystemet (8 %) mens hos kvinner var de tre hyppigst meldte diagnosekategoriene psykiske lidelser (46 %), sykdom i muskel- og skjelettsystemet (25 %) og sykdom i luftveier/ lunger (9%). (3)

I Danmark ble det registrert 17 183 meldinger om arbeidsrelatert sykdom i 2019. Av disse gjaldt 51 % av meldingene menn og 49 % av meldingene kvinner. Hos menn var de tre hyppigst meldte diagnosekategoriene muskel-skjelettsykdommer (32 %), øresykdommer (24 %) og psykiske sykdommer (12 %). Hos kvinner var de tre hyppigst meldte diagnosekategoriene psykiske sykdommer (37 %), muskel-skjelettsykdommer (33 %) og hudsykdommer (18 %) (4).

Hvis vi ser på eksponeringene (arbeidsmiljøfaktorene) det ble meldt om, utgjorde fysiske- og industrielle faktorer 74 % og psykososiale faktorer (inkludert organisatoriske forhold) 12 % i Norge. I Sverige utgjorde organisatoriske-, sosiale faktorer og ergonomiske faktorer 73 % og fysiske faktorer 13% og i Danmark sto ergonomiske faktorer og psykososiale faktorer for 67% og fysiske faktorer for 15 % (Tabell 1).

I 2021 ble det registrert 1 742 meldinger om arbeidsrelatert sykdom i RAS. Den tredje hyppigste diagnosekategorien dette året var visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (8 %) etter sykdommer i øre/ørebensknute(41 %) og sykdommer i åndedrettssystemet (11 %) (ikke vist i tabell). I Sverige var antall meldinger dette året 29 854 og hyppigste diagnosekategori var infeksjonssykdommer både

hos kvinner (51 %) og menn (41 %) (5). I Danmark var antall meldinger 18 325 i 2021; covid-19 meldinger utgjorde 7,5 % av meldingene og inngikk i den femte hyppigste diagnosekategori andre sykdommer (6).

Diskusjon

Det var stor forskjell på det totale antall meldinger i landene i 2019; fra 1 742 meldinger i Norge til 10 841 i Sverige og 17 183 i Danmark. Hvis vi justerer for antall sysselsatte finner vi at dette tilsvarer 0,7 meldinger pr 1 000 sysselsatte i Norge mens tilsvarende tall i Sverige er 2,1 pr 1 000 sysselsatte og i Danmark 5,9 pr 1 000 sysselsatte.

> I Norge vurderes meldingene av Arbeidstilsynet med tanke på forebygging, mens i både Sverige og Danmark vurderes meldingene også med tanke på evt. rett til økonomisk erstatning (i tillegg til for forebygging). Dvs. i Sverige og Danmark er det også et økonomisk incitament for å melde.

En viktig forklaring på den store forskjellen i antall meldinger ligger trolig i meldesystemet. I Norge vurderes meldingene av Arbeidstilsynet med tanke på forebygging, mens i både Sverige og Danmark vurderes meldingene også med tanke på evt. rett til økonomisk erstatning (i tillegg til for forebygging). Dvs. i Sverige og Danmark er det også et økonomisk incitament for å melde. I Sverige skal arbeidsgiver sende melding til Försäkringskassan, mens det i Danmark er leger/tannleger som skal sende inn melding til en felles meldingsløsning for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring/Arbejdstilsynet. I tillegg har både Sverige og Danmark utviklet en elektronisk meldingsløsning der meldinger sendes via en webportal. I Norge har vi ennå ikke på plass en elektronisk meldingsløsning. I Sverige finnes i tillegg en meldingsordning for at leger kan melde sykdom som kan ha sammenheng med arbeid og som er av interesse ut fra et arbeidsmiljøsynspunkt, til Arbetsmiljöverket (7). Vi har ikke funnet offentlig statistikk for slike meldinger, men har fått opplyst at antall meldinger har ligget på mellom 35 - 65 meldinger pr. år siste fem år.

I Danmark kan også andre enn leger og tannleger sende inn melding om arbeidsrelatert sykdom f.eks. arbeidstaker, arbeidsgiver eller fagforening. I Norge er det kun leger som kan sende inn melding om arbeidsrelatert sykdom.

Det var også stor forskjell i hvilke diagnosekategorier det ble meldt om f.eks. utgjorde diagnosekategoriene sykdom i muskel- og skjelettsystemet og psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser 10 % av meldingene i 2019 i Norge, mens disse utgjorde 56 % av meldingene i Danmark og henholdsvis 71 % av meldingene hos kvinner og 58 % av meldingene hos menn i Sverige. Det er ikke klart hva som er forklaringen på denne forskjellen. Vårt meldingssystem til RAS her i landet er hendelsesbasert og bygget på prinsippet om signalhendelser dvs. meldingen er et signal om behov for forebyggende tiltak. Det er mulig at mange tilfeller av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser håndteres forebyggende i bedriftshelsetjenesten og at behovet for å melde med tanke på ev. oppfølging fra Arbeidstilsynet derfor er mindre aktuell. At det er få muskel - og skjelettlidelser og ingen psykiske lidelser som er oppført på listen over yrkessykdommer kan også bidra til at slike lidelser i liten grad meldes til RAS, selv om det ikke er kun yrkessykdom som skal meldes, men arbeidsrelatert sykdom. Vi erfarer at det generelt er stor grad av underrapportering til RAS, og under 3 % av leger i Norge sender inn melding om arbeidsrelatert sykdom i løpet av et år. Pr. i dag er meldingsløsningen tungvint; meldingen må sendes pr post og en del leger har heller ikke meldeskjema integrert i journalløsningen. I Norge mangler vi fortsatt en enkel elektronisk løsning

> At det er få muskel - og skjelettlidelser og ingen psykiske lidelser som er oppført på listen over yrkessykdommer kan også bidra til at slike lidelser i liten grad meldes til RAS, selv om det ikke er kun yrkessykdom som skal meldes, men arbeidsrelatert sykdom.

for melding av arbeidsrelatert sykdom. I tillegg er meldeplikten og nytteverdien av å melde trolig ikke godt nok kjent av alle leger.

Den relativt lave andelen av diagnosekategoriene sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i RAS står også i kontrast til funn i den siste Levekårsundersøkelsen (LKU 2019). Her fremkom det at de hyppigste arbeidsrelaterte plagene er muskel- og skjelettplager og psykiske plager. LKU er riktignok basert på selvrapportering, men i alt 985 000 sysselsatte rapporterte om arbeidsrelatert muskel- og skjelettplager og 297 000 om arbeidsrelaterte psykiske plager i denne undersøkelsen (7).

I RAS har sykdommer i øre/ørebensknute tradisjonelt vært den hyppigste rapporterte diagnosekategorien. Det kan være flere grunner til dette som bl.a. at hørselsundersøkelse inngår i en del helsekontroller av arbeidstakere. Imidlertid er det også en stor gruppe som rapporterer om arbeidsrelatert nedsatt hørsel i LKU; hele 128 000 sysselsatte, og dette er den tredje hyppigst rapporterte arbeidsrelaterte helseutfallet etter muskel- og skjelettplager og psykiske plager. Hos kvinner er ikke sykdommer i øre/ ørebensknute blant de tre hyppigst meldte diagnosekategoriene i RAS.

Det fremkom også forskjeller mellom landene i forbindelse med pandemien. I Sverige steg antall meldinger om arbeidsrelatert sykdom kraftig fra 10 841 i 2019 til 29 854 i 2021 og hyppigste diagnosekategori var infeksjonssykdommer både hos kvinner (51 %) og menn (41 %). Dette står i kontrast til situasjonen i Norge der denne diagnosekategorien utgjorde kun 8 % av meldingene og situasjonen i Danmark der covid-19 meldinger utgjorde 7,5 % av meldingene. I alle tre landene kan covid-19 godkjennes som en yrkessykdom/arbeidsskade.

Når det gjelder utviklingen av meldinger over tid har det i alle landene vært et nedadgående antall meldinger, men både Danmark og Sverige har hatt en økning etter 2018. I Sverige har det vært ytterligere en kraftig økning i forbindelse med pandemien.

Konklusjon

Vi ser at ulike meldesystem, insentiver og typer meldere av arbeidsrelatert sykdom gjør at sammenlignende analyser mellom de skandinaviske landene er utfordrende. Til tross for sine mangler mener vi at RAS vil fortsette å være et aktuelt verktøy for forebygging av arbeidsrelatert sykdom i Norge også i fremtiden. Imidlertid er det behov for modernisering av meldingsløsningen slik at det blir enkelt for leger å melde arbeidsrelatert sykdom. I tillegg er det behov for å sikre et tydelig regelverk og informere og veilede legene på en god måte.

Tabell 1
Meldinger om arbeidsrelatert sykdom i Norge, Sverige og Danmark i 2019.

	Norge (2019)	**Sverige (2019)**	**Danmark (2019)**
Antall meldinger om arbeidsrelatert sykdom	1 810	10 841	17 183
Antall meldinger etter kjønn	Kvinner 351 (20 %) Menn 1 414 (78 %)	Kvinner 6 749 (62 %) Menn 3 824 (35 %)	Kvinner 8 361 (49 %) Menn 8 818 (51 %)
Antall meldinger pr 1 000 sysselsatte	0,2 pr 1 000 sysselsatte kvinner 1,0 pr 1 000 sysselsatte menn 0,7 pr 1 000 sysselsatte	2,8 pr 1 000 sysselsatte kvinner 1,5 pr 1 000 sysselsatte menn 2,1 pr 1 000 sysselsatte	6,0 pr 1 000 sysselsatte kvinner 5,7 pr 1 000 sysselsatte menn 5,9 pr 1 000 sysselsatte
Type sykdommer (tre hyppigst meldte diagnosekategorier)	**Kvinner** -Sykdommer i hud 17 % -Sykdommer i åndedrettssystemet 15% -Psykiske lidelser 13 % **Menn** -Sykdommer i øre 59 % -Sykdommer i åndedrettssystemet 10% -Sykdommer i hud 5 %	**Kvinner** -Psykiske lidelser 46 % -Sykdom i muskel-og skjelettsystemet 25% -Sykdom i luftveier/lunger 9 % **Menn** -Sykdom i muskel- og skjelettsystemet 38% -Psykiske lidelser 20 % -Sykdom i nervesystemet 8 %	**Kvinner** -Psykiske sykdommer 37 % -Muskel-skjelettsykdommer 33 % -Hudsykdommer 18 % **Menn** -Muskel-skjelettsykdommer 32 % -Øresykdommer 24 % -Psykiske sykdommer 12 %
Type eksponeringer (tre hyppigst meldte eksponeringer)	-Fysiske faktorer 54 % -Industrielle faktorer 20 % -Psykososiale faktorer (inkludert organisatoriske) 12 %	-Organisatoriske og sosiale faktorer 40 % -Ergonomiske faktorer 33 % -Fysiske faktorer 13 %	-Ergonomiske faktorer 36 % -Psykososiale faktorer (inkludert organisatoriske)31 % -Fysiske faktorer 15 %

Referanser:

1. Arbeidstilsynet. Meldeplikta til legane. https://www.arbeidstilsynet.no/kontakt-oss/meldeplikta-til-legane/ Lest 04.10.2022.
2. Samant Y, Parker D, Wergeland E. The Norwegian Labour Inspectorate´s Registry for Work-Related Diseases: Data from 2006. Int J Occ Environ Health 2008;14:272-279.
3. Arbetsmiljöverket. Arbetsskador 2019. Occupational accidents and work-related diseases. Arbetmiljöstatistikrapport 2020:01 https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsskador-2019/arbetsmiljostatistik-rapport-2020-01_arbetsskador-2019.pdf Lest 04.10.2022
4. Arbejstilsynet. Årsopgørelse over anmeldte erhvervssykdomme 2019. https://at.dk/arbejdsmiljoe-i-tal/arbejdsskader/ Lest 04.10.2022
5. Arbetsmiljöverket. Arbetsskador 2021. Occupational accidents and work-related diseases. Arbetmiljöstatistikrapport 2022:01 https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsskador-2021/arbetsskador-2021-2022-01.pdf Lest 04.10.2022
6. Arbejdstilsynet. Årsopgørelse over anmeldte erhvervssykdomme 2021. https://at.dk/arbejdsmiljoe-i-tal/arbejdsskader/ Lest 04.10.2022
7. Arbetsmiljöverket. Läkares anmälan. https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/lakares-anmalan/ Lest 29.11.2022
8. STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk. https://stami.no/content/uploads/2021/06/Faktabok-om-arbeidsmilj%C3%B8-og-helse-2021.pdf Lest 04.10.2022

Psykososiale arbeidsforhold i digitaliseringens tid: Fleksibilitet og frihet eller teknostress og usikkerhet?

Jan Olav Christensen og Morten Birkeland Nielsen,
Gruppe for arbeidspsykologi og -fysiologi, APF
Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI
Kontakt e-post: joc@stami.no

Introduksjon

Vi står midt i store endringer av samfunn og arbeidsliv. At arbeidslivet er «i endring» har man selvsagt kunnet si til alle tider, men hver epoke har kjennetegn som det er viktig å forstå konsekvensene av. Teknologisk utvikling, globalisering, demografiske endringer og klimatiltak krever omfattende omstilling i måtene vi jobber på, noe som har blitt spesielt tydelig i kjølvannet av COVID-19. Vi har sett at teknologien tillater hurtige omskiftninger i arbeidsmåter. Men at vi kan endre på det meste betyr ikke at vi må gjøre det. Fordeler og ulemper ved nye, fleksible arbeidsmåter må belyses. Økt fleksibilitet kan gi kontroll over egen arbeidshverdag, men krever også at vi tilpasser oss, hvilket kan være utfordrende og i verste fall helseskadelig.

> Vi har sett at teknologien tillater hurtige omskiftninger i arbeidsmåter. Men at vi kan endre på det meste betyr ikke at vi må gjøre det. Fordeler og ulemper ved nye, fleksible arbeidsmåter må belyses.

Mens det på kort tid har blitt tydelig hvilke fordeler fleksible og smidige arbeidsmåter gir, vil det nok ta lengre tid å få oversikt over negative virkninger for arbeidshelse og bærekraft. Med utgangspunkt i eksisterende arbeidshelseforskning vil vi diskutere noen utfordringer vi står overfor, samt peke på noen faktorer som kan ha betydning for omstillingen til «fremtidens arbeidsmiljø». Den digitale revolusjonen har de siste (ti)årene påvirket de fleste jobber, ikke bare de høyteknologiske. Den følgende diskusjonen dreier seg derfor ikke så mye om kunstig intelligens, virtuell/utvidet virkelighet, metavers eller gig-økonomi, men heller om hvordan omfattende endringer og teknologisk utvikling påvirker arbeidshverdagen til de fleste, ettersom «tradisjonelle» arbeidsoppgaver tilpasses nye forhold.

I artikkelen har vi valgt å bruke begrepet psykososiale «arbeidsforhold» fremfor «arbeidsmiljø», ettersom det i like stor grad er snakk om arbeidets innhold og organisering som miljøet det utføres i.

Psykososiale arbeidsforhold blir ikke mindre viktig i «fremtidens arbeidsliv»

Det europeiske arbeidsmiljøorganet EU-OSHA påpekte i begynnelsen av pandemien at den psykososiale risikoen ved arbeid kan øke dersom arbeidet blir mer intenst, maskinstyrt og uforutsigbart, og dette skjer utenfor arbeidstakerens kontroll [1]. Tiår med forskning har vist at økte krav tåles bedre dersom man kan påvirke egen arbeidssituasjon, og det er en robust sammenheng mellom psykososiale arbeidsforhold, helse og produktivitet. En rimelig

antakelse er derfor at endringer i arbeidsforholdene på veien mot «fremtidens arbeidsmiljø» vil påvirke arbeidshelse og produktivitet.

Det er godt dokumentert at psykososiale arbeidsforhold henger sammen med muskelskjelettlidelser og psykiske plager, som igjen er blant hovedårsakene til sykefravær [2]. Det er også vist at organisatoriske endringer, lav medbestemmelse og lite innflytelse over egen arbeidssituasjon henger sammen med uføretrygd og tidlig pensjonering [3, 4]. Vi er altså avhengige av gode psykososiale arbeidsforhold og sunne endringsprosesser for at så mange som mulig skal kunne fungere og prestere best mulig - så lenge som mulig - i fremtidens arbeidsliv.

Fleksibilitet og stedsuavhengige arbeidsmåter

«Fremtidens arbeidsplass» blir nok ikke en «plass» på samme måte som tidligere. Arbeidsoppgaver vil i mindre grad være formet av krav til fysisk plassering, og stadig flere kan utføres «hvor som helst når som helst». Det er mange fordeler med dette, det kan eksempelvis øke tilgjengeligheten av jobber utenfor urbane områder, redusere husleier for arbeidsgivere og pendlingstid for arbeidstakere, og redusere klimautslipp. I tillegg ønsker og forventer nok arbeidstakere etter pandemiårene økt frihet med tanke på lokalisering og timing av arbeidet.

Begrepet «nye arbeidsmåter» (engelsk: «New Ways of Working», NWW) har blitt lansert for å beskrive arbeid som kan utføres mer eller mindre uavhengig av tid og sted. Konseptet har blitt kritisert for å være vagt og uspesifikt [5] og kunnskapsstatusen er deretter, men en systematisk kunnskapsgjennomgang fra 2020 viste at selv om NWW kan øke engasjement, arbeidsflyt og kontakt mellom arbeidstakere, så kan det også tilsløre grensene mellom arbeid og privatliv, øke mentale krav og til slutt føre til utmattelse [6]. Dette er i tråd med funn fra forskning på arbeid hjemmefra [7]. Man kunne kanskje forvente at tid- og stedsuavhengighet skulle styrke arbeidstakeres autonomi og balanse mellom arbeid og privatliv, men majoriteten av studier tyder på det motsatte. Det kan i praksis være vanskelig å opprette og forvalte effektive grenser mellom arbeid og privatliv.

Stedsuavhengig arbeid kan også innebære at man i større grad jobber alene, i isolasjon og ensomhet [7]. Arbeid er i stor grad samarbeid i et sosialt miljø. Stedsuavhengig arbeid gjør at man i stadig mindre grad møter kolleger fysisk. Til tross for at informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) skal fasilitere samhandling er det vanskelig å si på nåværende tidspunkt hvordan dette påvirker den sosiale integrasjonen som arbeidsplassen tradisjonelt har vært en hovedarena for. Forskning antyder at fleksible arbeidstidsordninger kan bryte ned det sosiale miljøet fordi arbeidstakere møter opp til forskjellige tider, hvilket påvirker normal sosial atferd, som det å hilse på hverandre når man møtes [8].

Fleksibilitet er altså et paradoksalt fenomen som kan gi en opplevelse av frihet og kontroll, men også problemer med å koordinere sosialt samspill. Det å ha mange valgmuligheter kan oppleves som belastende i seg selv og da er stor fleksibilitet problematisk. EU-OSHA har også påpekt at fremtidens virtuelle team, som ofte er midlertidige og strekker seg over landegrenser, gir medlemmene liten mulighet til å bli ordentlig kjent med hverandre, hvilket kan fremme netthets og cybermobbing [1].

Teknostress

Virtualiseringen av arbeidsoppgaver er ikke bare relevant i forbindelse med fjernarbeid. Den viser seg også når man sitter på kontoret og sender meldinger til nabokontoret, når man krangler med oppdateringer og «forbedringer» som saboterer gjennomføringen av tidssensitive oppgaver, eller når man oppdager at emojien man har brukt i chat med en viktig kunde ser annerledes ut og signaliserer noe annet på mottakerens operativsystem. Teknologiene vi omgir oss med kan være fantastiske, hjelpsomme og fascinerende, men også irriterende og frustrerende.

På 1980-tallet lanserte amerikaneren Craig Brod begrepet «teknostress» for å beskrive menneskers utfordringer med å tilpasse seg nye IKTer [9]. Begrepet henspiller blant annet på at teknologiene fremmer press om å være mer tilgjengelig og å jobbe hardere. De øker også kompleksiteten, noe som gir usikkerhet og kognitiv belastning. Digitale verktøy har en relativt kort livssyklus og krever stadig tilpasning, parallelt med at vi utfører kjerneoppgaver. En enkelt ubeleilig oppdatering eller ett videomøte med dårlig lyd er selvsagt ikke avgjørende for helsen, men dersom det gjentas daglig kan det på sikt få konsekvenser utover umiddelbar irritasjon. Den kroniske eksponeringen er problematisk, spesielt når det dreier seg om verktøyene vi er avhengige av for å få gjort jobben vår. Opprinnelig ble teknostress beskrevet som en

«moderne sykdom», og til tross for fortsatt begrenset forskning så viser en rekke enkeltstudier at det er forbundet med utmattelse og utbrenthet [10].

Utfordringer med nye teknologier er ikke noe nytt. De såkalte luddittene var britiske vevere på 1800-tallet som gikk sammen om å ødelegge tekstilmaskiner som truet jobbene deres. I dag brukes ordet «neo-luditt» om teknologi-pessimister som mener at den teknologiske utviklingen truer samfunnet og individene. Det ser altså ut til at man må forvente en viss motstand mot teknologiske nyvinninger i arbeidet. Dette bør ikke ignoreres, men møtes med forståelse og tilrettelegging. Studier har vist at når innføringen av ny teknologi er ledsaget av god teknisk støtte, opplæring og fasilitering for å forstå nytteverdien, så øker ansattes jobbtilfredshet og organisasjonstilhørighet [10].

Jobbusikkerhet

Regjeringens perspektivmelding for 2021 påpekte at fleksibilitet i arbeidsmarkedet gir omstillingsevne i økonomien, men at dette kan være et tveegget sverd siden vi vet at bedriftsnedleggelser og nedbemanninger øker sannsynligheten for å bli uføretrygdet. For den enkelte arbeidstaker kan fleksibilitet representere muligheter til å forbedre egen situasjon, men også trusler om å ikke klare å henge med eller å fortsatt ha relevant kompetanse. Robotisering og automatisering har den senere tiden blitt knyttet til jobbdestruksjon, og det er godt dokumentert at jobbusikkerhet - frykt for å miste jobben sin - er belastende for helsen, kanskje like mye som det å være uten jobb [11].

Estimater på hvor mange jobber som kommer til å forsvinne varierer. Det som er mer sikkert er at mange opplever endringer i jobbinnholdet. Vi kan forvente jobbtransformasjon i stor skala, og dermed også økt grad av kvalitativ jobbusikkerhet; frykten for at verdifulle egenskaper ved jobben skal gå tapt. Avhengig av i hvor stor grad arbeidsoppgavene lar seg kodifisere og automatisere kan slike endringer være relativt overfladiske eller mer inngripende og prinsipielle. De kan i seg selv være berikende eller truende, og kan også ha negative eller positive ringvirkninger for andre psykososiale arbeidsforhold. Eksempelvis kan rolleuklarhet og rollekonflikter oppstå når man skal gjøre ting annerledes enn det man har vært vant til.

> Vi kan forvente *jobbtransformasjon* i stor skala, og dermed også økt grad av *kvalitativ* jobbusikkerhet; frykten for at verdifulle egenskaper ved jobben skal gå tapt.

Konklusjon: Muligheter og utfordringer

Endring gir muligheter og utfordringer. Nye arbeidsmåter kan berike jobben, men alltid-på-kultur, informasjonsoverflod og kompleksitet kan være utmattende. Det er imidlertid ikke teknologisk utvikling og samfunnstrender alene som bestemmer hvordan arbeid skal utføres. Bak enhver ny måte å organisere arbeidet på ligger en rekke overveielser og beslutninger, og disse bør være basert på beste eksisterende kunnskap om hva som vil være konsekvensen av en ny arbeidsmåte. Som forskningen på hjemmekontor og arbeid-privatliv-balanse viser kan det noen ganger være slik at goder har negative virkninger. Så når man skal gripe nye muligheter som fleksible arbeidsformer byr på er det essensielt at man balanserer dette med en bevissthet om tilhørende utfordringer. Hvorvidt omstillingen til «fremtidens arbeidsliv» blir vellykket vil i stor grad avhenge av hvordan man balanserer slike muligheter og utfordringer.

Referanser:

1. Leka, S., The future of working in a virtual environment and occupational safety and health: Discussion paper. 2021.
2. Niedhammer, I., S. Bertrais, and K. Witt, Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. Scand J Work Environ Health, 2021. 47(7): p. 489-508.
3. Breinegaard, N., J.H. Jensen, and J.P. Bonde, Organizational change, psychosocial work environment, and non-disability early retirement: a prospective study among senior public employees. Scandinavian journal of work, environment & health, 2017: p. 234–240-234–240.
4. Knardahl, S., et al., The Contribution From Psychological, Social, and Organizational Work Factors To Risk of Disability Retirement: a Systematic Review With Meta-Analyses. BMC public health, 2017. 17(1): p. 176-176.

5. Renard, K., et al., The impact of new ways of working on organizations and employees: A systematic review of literature. Administrative Sciences, 2021. 11(2): p. 38-38.
6. Kotera, Y. and K. Correa Vione, Psychological impacts of the New Ways of Working (NWW): A systematic review. International journal of environmental research and public health, 2020. 17(14): p. 5080-5080.
7. Vleeshouwers, J., et al., The relationship between telework from home and the psychosocial work environment: a systematic review. International Archives of Occupational and Environmental Health, 2022: p. 1–27-1–27.
8. Cañibano, A., Workplace flexibility as a paradoxical phenomenon: Exploring employee experiences. Human Relations, 2019. 72(2): p. 444–470-444–470.
9. Brod, C., Technostress: The human cost of the computer revolution. 1984: Addison Wesley Publishing Company.
10. Christensen, J.O., et al., The influence of digitalization and new technologies on psychosocial work environment and employee health: a literature review. 2020.
11. Kim, T.J. and O. von dem Knesebeck, Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. BMC public health, 2015. 15(1): p. 985-985.

Notiser

Boktips

Det har kommet ut en ny bok om et arbeidsmedisinsk tema. I boka «Lungebrannen» skriver Mads Drange om Sauda-pneumonien, en epidemi med tilknytning til eksponeringer i industrien på 1920- og 1930-tallet.

Neste nummer

Neste nummer av Ramazzini skal ha temaet «Risiko». Dette temaet ønskes belyst fra ulike vinkler. Aktuelle bidrag mottas med takk!
Bidrag sendes til Anniken på anniks@ous-hf.no
Frist 15.februar 2023

Maskiner som oss?

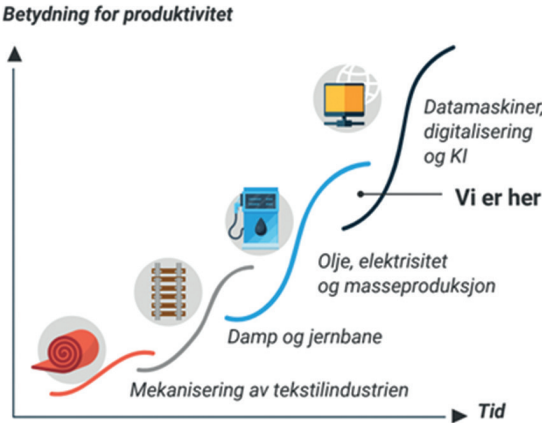
Et arbeidshelse-perspektiv på maskinlæring (kunstig intelligens)

Masteroppgave (Executive MBA ved Universitetet i Stavanger 2022)
Rubia Malik, masterstudent
Kontakt e-post: dr.rubia.malik@gmail.com

Undertegnede valgte å skrive en masteroppgave om ovennevnte tema. I denne artikkelen gjør jeg rede for hovedinnholdet i oppgaven. Oppgaven i sin helhet er tilgjengelig på Brage, UiS. Det presiseres at oppgaven er skrevet som student og ikke som representant for selskapet u.t er ansatt i. Jeg vil takke Equinor, Kongsberg og SINTEF for å ha bidratt med henholdsvis fokusgruppe intervjuer og dybdeintervju.

Norge har et mål om å bli verdensledende innenfor kunstig intelligens (1). I følge Teknologirådet (2), befinner vi oss nå i den eksponentielle delen av utviklingskurven for digitalisering. De hevder at det vil ta tid før vi ser full effekt av teknologiskiftet. I mellomtiden må mennesker fremdeles jobbe parallelt med teknologien og endringene dette medfører, tilpasse seg til den og samtidig konkurrere med den for å bidra til å gjøre det hele mer effektivt.

Det europeiske arbeidsmiljøorganet OSHA-EU (3) har utpekt digitalisering som en av de fremvoksende arbeidshelserisikoene i moderne tid. De advarer mot at arbeidstakere og deres representanter kan mangle informasjon om og kontroll over strategier og beslutninger som tas. De observerer en økende bekymring over data-innsamling i sanntid om arbeidstakere, fasilitert av kunstig intelligens og algoritme-baserte organisatoriske beslutninger. I tillegg ser de en utvikling innenfor HR-styring som innebærer HR-analyse (people analytics) og spillifisering (gamification). Dette medfører økende uro knyttet til juridiske, regulatoriske og etiske spørsmål, i tillegg til bekymring for forhold som gjelder arbeidshelse og sikkerhet. Særlig uro knytter seg til forhold



Figur 1: Fra Teknologirådets rapport «Hva skjer med jobbene våre?

som gjelder mental helse, fordi digitaliseringen blant annet kan føre til svekket autonomi, økt monitorering og overvåking, konkurranse og sosial isolasjon.

De nordiske arbeidstilsynene rapporterer en opprivende endringstakt i de fleste virksomheter, kjennetegnet av selskapsomfattende iverksetting av digitale prosesser (maskinlæring/kunstig intelligens (KI)) uten integrerte HMS-perspektiver som kunne ha bidratt til å redusere noen av arbeidshelserisikoene knyttet til psykisk helse og stress.

De har samarbeidet om en rapport kalt "Work today and in the future: Perspectives on Occupational Safety and Health challenges and opportunities for the Nordic labor inspectorates" (4). En av anbefalingene deres er at for å blant annet håndtere endringstakten bør arbeidstilsynene samarbeide

med designere av kunstig intelligens i tidlig-fase utvikling for å adressere sikkerhets - og helserisikoer og for å forsterke trepartsdialogen.

La oss snakke risiko

En oversiktsartikkel fra STAMI utforsket nylig hvilke mulige konsekvenser digitalisering og nylig adopterte teknologier i arbeidslivet kan ha for det psykososiale arbeidsmiljøet, arbeidshelse og velferd (wellbeing) (5). Her viser de til flere studier som peker mot at selv om de samme teknologiske endringene kunne ha både negative og positive påvirkninger på ansattes velferd var potensialet for disse effektene avhengig av **konteksten** teknologien var innført i, dens spesifikke **funksjon** og **måten den ble innført på**. En følelse av tap av autonomi kunne forårsake uheldige arbeidshelse påvirkninger, men i motsatt tilfelle kunne en forsterket følelse av autonomi medføre positive arbeidshelse-effekter og velferd i tillegg til å bidra til å hjelpe med oppgaveutførelsen.

STAMI-studien kalt «Work related psychosocial risk factors for long term sick absence» peker ut rollekonflikter, emosjonelle krav og lav lederstøtte som de viktigste psykososiale risiko-faktorene for lege rapportert sykefravær (6). En annen STAMI studie konkluderer med at rollekonflikter er den største risikofaktoren som påvirker utviklingen av nakkesmerter (7).

Teknostress beskrives som hvordan ulike typer teknologi, spesielt IKT, invaderer privatliv (for eksempel sosiale medier), øker kompleksiteten av arbeid og arbeidsbelastning grunnet et kontinuerlig behov for å lære nye verktøy og oppgaver i tillegg til å jobbe raskere (8). Teknostress "creators" beskrives som 1) "technooverload" 2) "techno-invasion" 3) "techno-complexity" 4) "techno-insecurity" og 5) "techno-uncertainty" (9).

EU Science Hub argumenterer med at her finnes også positive HMS muligheter. For eksempel kan kunstig intelligens benyttes til å forbedre HMS monitorering samt redusere eksponeringene for ulike risiko-faktorer. Det nevnes også at slik monitorering kan støtte kunnskapsbasert forebygging, avansert risikovurdering av arbeidsplassen samt mer effektive, risikobaserte og målrettede arbeidsmiljø kartlegginger. Dette må balanseres mot personvern, helse og sikkerhets hensyn for arbeidstakerne (10).

Dersom man ikke reduserer risikoen knyttet til innføring og bruk av maskinlæring i en tidlig fase, kan dette medføre arbeidsmiljøutfordringer, arbeidsrelatert sykdom og økt sykefravær. Sammenlagt kan dette utfordre den norske arbeidslivsmodellen som er basert på autonomi og medvirkning i henhold til Arbeidsmiljøloven. Et av AMLs formål er definert som: «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet». (AML kap 1, 1-1)

Med Arbeidsmiljøloven som rammeverk og bakteppe, var utfordringen a) å definere hva som er nåværende nivå av teknologisk utvikling og læring sålangt b) hvordan følge AML sine krav i denne konteksten c) med viten om at fremtiden er forventet å medføre en enda høyere endringstakt, hvordan kan man fortsette å tilpasse behovene for virksomheter, teknologi og mennesker på en dynamisk måte fremover, samtidig som man følger lovverket.

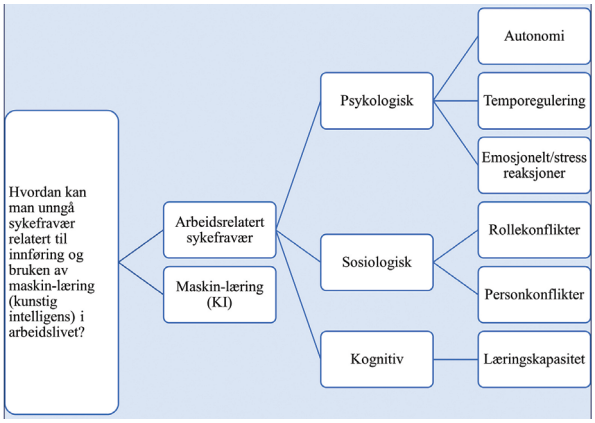
Formål

Basert på anerkjente teorier innenfor ledelse og arbeidshelse prinsipper fokuserte oppgaven på hvordan bruken av maskinlæring kunne gi gevinst innen både risikostyring og økonomi samtidig som man kunne forebygge arbeidsrelatert sykdom og sykefravær. Formålet med oppgaven var å utvikle et forslag til en industri standard i form av konkrete råd til ledelse og bedriftshelsetjenestene. Forsknings spørsmålet ble «Hvordan kan man unngå sykefravær relatert til innføring og bruken av maskinlæring i arbeidslivet?» se figur 2 og 3. For å bruke kunnskapen fra teoretiske felt, var det nødvendig å evaluere empiriske data fra nåværende fase av innføring og bruken av maskinlæring og tilpasse rådene til arbeidsgivere og BHT basert på både teori og empirisk kunnskap.

Hva er maskinlæring?

Det finnes to hovedretninger innenfor kunstig intelligens: en basert på regler og en annen basert på maskinlæring. Sistnevnte beskrives som den moderne varianten av kunstig intelligens og er basert på regler vi ikke er stand til å skrive ned. Den dekker den «tause» kunnskapen og baserer seg på IT programmer som kan lære av eksempler. Ifølge SINTEF (11), ligger fordelene ved dens bruk i å avlaste mennesker fra de mer tidkrevende, repetitive

oppgavene, men i dens nåværende utviklingsfase kan den forventes å hjelpe med noen oppgaver, men ikke erstatte menneskelig intelligens totalt.



Figur 2: Forskningsspørsmål, teoretiske hoved-perspektiver og a priori temaer for fokusgruppeintervju og dybdeintervju spørsmålene.

Metode

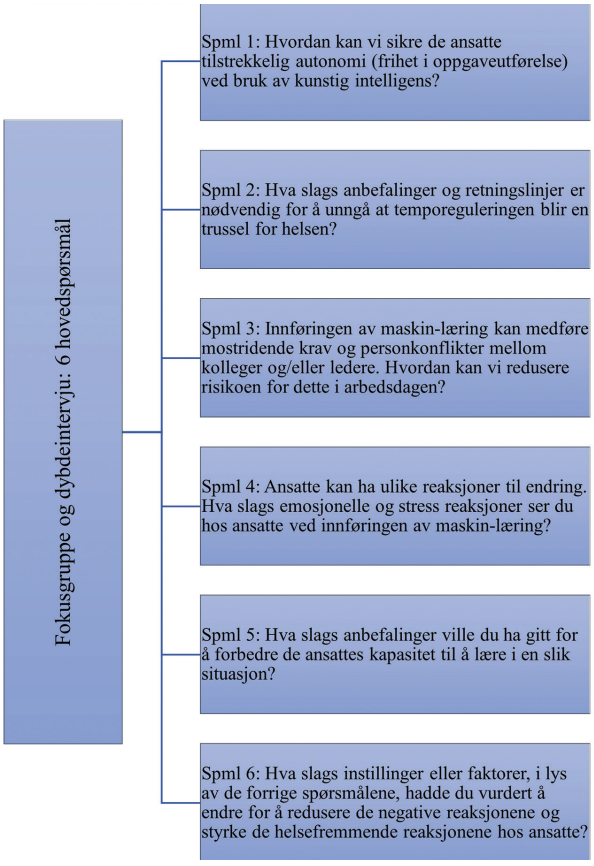
Oppgaven ble gjennomført som et kvalitativt studium i form av en litteratur-basert monografi i kontekst av den norske arbeidslivsmodellen. Et eksplorativt, kvalitativt forsøksdesign med en fenomenologisk tilnærming ble valgt. De tre hoved-teoretiske perspektivene som ble valgt var det psykologiske, sosiologiske og kognitive perspektivet. I tillegg ble det utført en litteratur-gjennomgang. Dette utgjorde det teoretiske rammeverket for den empiriske delen av studien hvor en fenomenologisk tilnærming ble valgt med to fokusgruppe-intervjuer fra Equinor og Kongsberg (hhv kunde og leverandør i denne sammenhengen). Dette data-materialet ble deretter triangulert mot et dybde-intervju fra SINTEF.

Funn

Funnene viser et presserende behov for å øke kunnskap om mulige arbeidshelse og arbeidsmiljøeffekter knyttet til introduksjon og bruk av maskinlæring. For å forebygge sykefravær relatert til dette vil beslutningstakerne ha behov for økt HMS kompetanse relatert til maskinlæring, å utføre dynamiske oppgave analyser og allerede fra tidlig fase i utviklingen av kunstig intelligens innlemme HMS tiltak, se figur 4. Det vil være et behov for enda mer tverrfaglig samarbeid i BHT basert på et felles «språk» som tar utgangspunkt i ytelsespåvirkende faktorer (Human Factors) og å utføre dynamiske evalueringer av arbeidshelserisiko. Trepartssamarbeidet vil ha behov for tilsvarende kompetansestyrking innenfor dette feltet.

Bidrag til «state of the art»

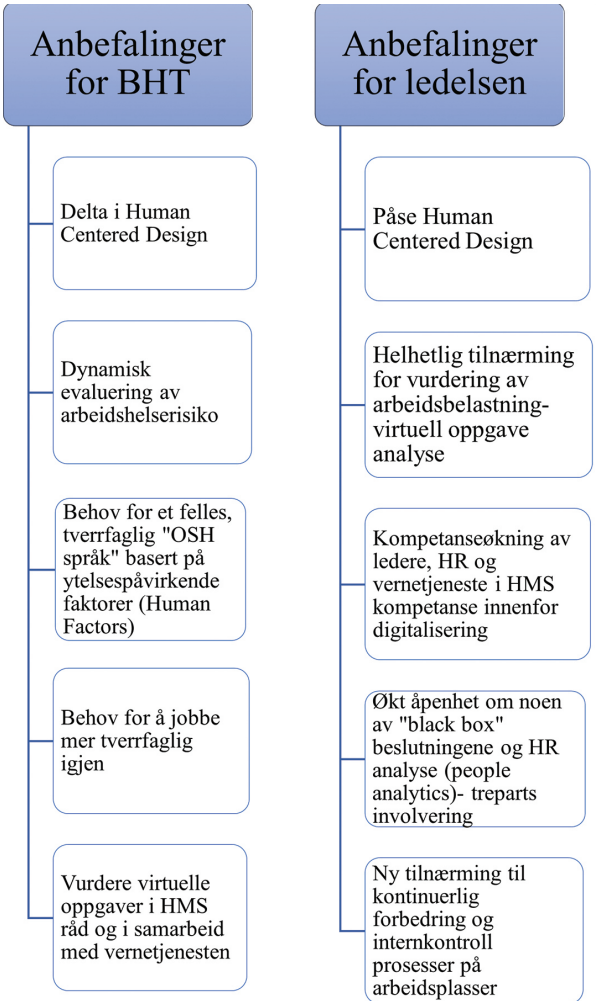
Undertegnede har ikke kjennskap til tilsvarende studier hvor internasjonale HMS råd og forskningsfunn fra kunnskaps-oppsummeringer (og en workshop oppsummering) er kombinert med erfaringsoverføring fra ledere og ansatte i nåværende fase av maskinlæring. Representanter fra det finske arbeidsmiljøinstituttet FIOH og nordiske arbeidsmiljøtilsyn bekreftet at det er et presserende behov for empirisk forskning innenfor dette feltet og at virksomhetene sliter med å «løsne opp» teknologien fra arbeidsprosessene i et forsøk på å skape en håndterbar, risikobasert oversiktlighet.



Figur 3: Fokusgruppe og dybdeintervju spørsmål

Begrensninger
Størrelsen på data-innsamling og bias grunnet valg av virksomheter kan være noen av begrensningene og det faktum at u.t er bedriftslege og fagleder for en av virksomhetene kan være en annen.

Jeg er dypt takknemlig for god veiledning fra professor Jan Erik Karlsen. En stor takk til Knut Jørgen Arntzen (Sjeflege for Equinor) og Lars Henrik Lund (Global HMS direktør for Kongsberg) og SINTEF for fasilitering av forespørsel til relevante avdelinger samt deltakerne i studien som tok seg tid til dette i en travel arbeidsdag. Evig takknemlig overfor min kjære familie for deres tålmodighet i årene studiet og oppgaven pågikk.



Figur 4: Forslag til en ny industri-standard. Hvis man skal forebygge sykefravær knyttet til maskinlæring (kunstig intelligens), vil beslutningstakerne ha behov for å øke HMS kompetanse om dette feltet, utføre dynamiske virtuelle oppgave-analyser og fra begynnelsen av integrere HMS tiltak i tidlig utviklingsfase av maskinlæring.

Referanser:
1. (UiB, p. 15; Ådnanes, 2020)
2. (OSHA-EU (2021, pp. 1-3)
3. (OSHA-EU (2021, pp. 1-3)
4. (OSHA-EU (2021, pp. 1-3)
5. (Christensen et al., 2020, pp. 4-5)
6. (Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth, & Sterud, 2014)
7. (Christensen & Knardahl, 2010, pp. 1-26)
8. (Christensen et al., 2020, p. 9)
9. (Ragu-Nathan, Tarafdar, Ragu-Nathan, & Tu, 2008, pp. 417-433)
10. (Warhurst & Hunt, 2019, pp. 1-50)
11. (SINTEF, 2021)

Min hverdag

Av Bjørn Hilt. Tidligere overlege ved Arbeidsmedisinsk avdeling på St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim og professor emeritus ved Institutt for Samfunnsmedisin og Sykepleie ved NTNU.
Kontakt e-post: bjorn.hilt@ntnu.no

Etter 43 år med arbeidsmedisinske hverdager ble jeg sommeren 2021, da jeg fylte 72 år, heltidpensjonist. Før det hadde jeg i fem år vært deltids pensjonert overlege med 32,5 % stilling. Bare for å si det med en gang, så lenge man holder seg sånn noenlunde frisk på kropp og sjel, så er pensjonisttilværelsen så absolutt å anbefale, antakelig ellers også. På gammeljobben på sykehuset er de dessuten snille med en gammel mann og lar meg få lov til å beholde nøkkel og data og å komme innom når jeg føler for det. Og på NTNU får den tidligere professor II nå lov til å være ubetalt professor emeritus. Ikke alle dager er lenger arbeidsmedisinske arbeidsdager og finspasering, ski, sykkel, vedhugging og hytteliv kan også prioriteres når man vil. Men la meg her fortelle hvordan en arbeidsmedisinsk hverdag fortsatt kan fortone seg for pensjonisten.

Kl. 06:52
De dagene stikkontakten står i «våkner» Sonosen og P1's «God morgen Trøndelag» med at stemmene til programlederne Ellen og Odd Rune dukker opp på soverommet. Min kone Kristin og jeg slumrer fram til Nyhetene kl. 7. Forhåpentligvis ikke mer krig og elendighet. Frokost med P1, Adresseavisen og Klassekampen.

Kl. 08:15
I koronaens tid var det som regel digitalt morgenmøte og det er fortsatt en mulighet. Hyggelig å se og høre arbeidskamerater og få litt oppdatering på hva som skjer.

Kl. 08:45
Kort prat med Kristin om planer for dagen. Hun er ivrig friluftsmenneske og flink til å ta meg med ut på lufting når det trengs og været ellers innbyr til det.

Kl. 09:00
Når det er aktuelt kan det være et prosjektmøte for noen av prosjektene som jeg har blitt hengende ved.

Reaksjoner på veistøv, hjerte-kar-sykdommer og luftforurensing, HMS i landbruket og «En helse» hos bønder og deres dyr er temaer som ennå engasjerer. Eller ta en prat med noen på Musikkhøyskolen og i fagforeningen Creo om en internasjonal konferanse om «Performing art medicine» som jeg er med på å arrangere. Andre aktiviteter kan være å forberede en forelesning, jobbe med sensur- / bedømmelsesarbeid eller være «referee» for et eller annet tidsskrift som vil ha meg til å mene noe om et manus som de har fått innsendt. En og annen poliklinisk pasient og/eller spesialisterklæring har det også blitt. Godt å ennå få holde de små grå i litt aktivitet.

Og dessuten har min kone, som er pensjonert professor i yrkeshygiene, og jeg på våre gamle dager startet enkeltpersonsforetaket Svendsen & Hilt – Arbeidsmiljø og arbeidshelse. Der er vi rådgivere for noen bedriftshelsetjenester og noen foretak når det gjelder arbeid og helse. Ingen spøk det der, man må lære seg regnskap og det ene og det andre. Det tar fort noen timer.

Kl. 11:45
Mandag og fredag er det h.h.v. fagmøte og litteraturmøte på gammeljobben, enten stikker jeg innom fysisk eller deltar digitalt. I alle fall er det både gøy og

lærerikt å få oppleve hvordan «de unge» er opptatt av å opprettholde et lærende og faglig oppegående miljø.

En annen type møte på gammeljobben som jeg gjerne skulle vært mer på er pasientmøtene på torsdagene der ukas pasientkonsultasjoner og faglige henvendelser drøftes. Også der er det stimulerende for en gammel arbeidsmedisiner å se hvordan «de unge» går inn i allslags faglige problemstillinger med liv og lyst. Men akk, en av pensjonistens mange fristelser er å gjøre helgene mer og mer ovale og gjerne dra til fjells allerede torsdag morgen.

Kl. 17:00 -20:00

For en som har drevet med forebyggende helsearbeid på jobben i så mange år så har kampen mot atomvåpen på fritiden for meg blitt det ultimate forebyggende arbeid. Dessverre også så alt for aktuelt når dette skrives (mars 2022). Hvis vi ikke klarer å forhindre at atomvåpen blir brukt igjen er det lite vits i alt annet vi gjør for å hjelpe folk med å beholde helsa. Derfor har jeg i veldig mange år vært med i styre og stell for Norske leger mot atomvåpen og for den internasjonale moderorganisasjonen International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW). For meg har det vært meningsfullt og givende å jobbe sammen med kolleger fra hele verden for forhåpentligvis snart å få avskaffet atomvåpen en gang for alle. Våre barn og barnebarn i øst og i vest, i nord og i sør fortjener en tryggere verden fri for atomvåpen. Antiatomvåpenmøtene er som regel på ettermiddag og kveld, gjerne flere dager i uka.

Resten av døgnet

Pensjonisttilværelsen er travel. Jeg har nevnt helt nødvendige turer og annet friluftsliv. Barn og barnebarn er viktige og skal følges opp på sine måter der de er i livet. En sann velsignelse å få lov til det. Arvelig belastet fra min far er jeg en uhelbredelig verktøynerd og har en velutrustet snikkarbod i kjelleren. Som gammel trommeslager var jeg så heldig å få elektronisk trommesett til jul og som ivrig Cubavenn forsøker jeg stadig å lære meg litt spansk. Altså ingen problemer med å få tida til å gå. Heller ingen problemer med å få sove, god skjønnlitteratur på senga er den beste sovemedisin.

Da jeg startet i arbeidsmedisinen var det kanskje mye for at min daværende legekone og jeg ikke skulle være to småbarnsforeldre som begge gikk vakt. Således ble arbeidsmedisin, som jeg hadde en viss interesse for fra studietiden (Tyskland), mitt lodd. Men jeg husker godt at jeg var frustrert og lengtet etter klinisk medisin der man kunne utøve og oppnå det man var opplært til; å hjelpe folk med deres sykdommer og plager. Det tok faktisk noen år før jeg forsto at forebyggende arbeidsmedisin var nesten mer meningsfullt og enda viktigere. Og så har vi innen vårt fagfelt en uvurderlig fordel som er en nesten fullstendig frihet fra rutiner. Mens mange kolleger i andre disipliner må drive på med det samme dag ut og dag inn, har vi stadig nye og spennende faglige utfordringer. Derfor er jeg nå glad og takknemlig for at det ble som det ble.

Arbeidsdagen nærmer seg slutten – godt å se at det er så mange flinke unge som overtar.

Hva fører til arbeidsrelatert sykefravær blant sykepleiere i sykehus og hvordan få til systematisk forebygging?

Av Solveig Osborg Ose, dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker i SINTEF

Sammendrag
For å forebygge arbeidsrelatert sykefravær, må vi ha kunnskap om årsaker til arbeidsrelatert sykefravær. Sykefraværsforskningen i Norge har i liten grad differensiert mellom arbeidsrelatert og ikke-arbeidsrelatert sykefravær, og det er dermed lite kunnskap om hvordan arbeidsrelatert sykefravær kan forebygges.

Vi gjennomførte derfor en undersøkelse i 2015 der 1297 sykepleiere svarte på spørsmål om eget sykefravær de siste 6 månedene, inkludert et åpent spørsmål for å innhente kvalitativ informasjon. Vi beregnet at 27 % av de siste sykefraværstilfellene ble vurdert av sykepleierne selv å være arbeidsrelatert. De vanligste årsakene var høy fysisk arbeidsbelastning, høyt arbeidstempo, søvnproblemer, virussmitte eller bakterieinfeksjon overført fra pasienter eller kolleger. Ofte var årsakene kombinert med opplevd lav bemanning.

I 2016 gjennomførte vi et annet prosjekt der vi undersøkte om det var en god kobling mellom de faktorene som gir arbeidsrelatert sykefravær i sykehus og HMS-arbeidet i sykehus. Vi fant i liten grad en tydelig kobling, og årsakene kan være at sykehusene i stor grad har adoptert et HMS-arbeid som kommer fra industrien og som dermed er innrettet mot helt andre risikofaktorer, dvs. de akutte og umiddelbare farene som fører til arbeidsulykker heller enn det som er hovedårsakene til arbeidsrelatert sykefravær blant den største yrkesgruppen i norske sykehus.

Bakgrunn
Alle arbeidsgivere vil fremover måtte utnytte arbeidskraften de har tilgjengelig på den mest effektive måten. Helse- og velferdstjenesten har særlige utfordringer fordi befolkningen eldes og behovet for helsetjenester vil øke samtidig som tilgangen på arbeidskraft reduseres. Arbeidskraftsressursene må brukes effektivt og spesielt i de arbeidsintensive helsetjenestene. Indikatorer på ineffektiv bruk av arbeidsstyrken inkluderer lav pensjonsalder, utstrakt bruk av deltidsarbeid og høyt sykefravær. Sykefravær er kostbart, og mange arbeidstimer går tapt hver dag. Faktorene som bidrar til arbeidsrelatert sykefravær er i stor grad de samme som forårsaker førtidspensjonering, redusert arbeidstilbud gjennom frivillig deltid og intensjon om å slutte i jobben [1, 2]. En systematisk og effektiv innsats for å redusere arbeidsrelatert sykefravær i helsesektoren kan ha store økonomiske konsekvenser i de fleste land. Sykepleiere utgjør den største komponenten av helsearbeidsstyrken og mer kunnskap om sykehussykepleieres arbeidsrelaterte sykefravær kan dermed ha stor betydning, både på individnivå og samfunnsnivå.

Metode
Et tilfeldig utvalg på 7120 av de 35600 sykepleierne som arbeider i offentlige sykehus (20 %) ble trukket fra medlemsregisteret til Norsk Sykepleierforbund (NSF). Et følgebrev som forklarer studien med en personlig lenke til den elektroniske undersøkelsen, ble sendt på e-post til de utvalgte sykepleierne. Spørreskjemaet omfattet mer enn 200 spørsmål, og 1297 sykepleiere (18 prosent) svarte på spørsmålet om sykefravær de siste 6 månedene. Dette betyr at vi har data fra rundt fire prosent av alle sykepleiere som arbeider i norske sykehus. Det er liten grunn til

å tro at utvalget er skjevt i forhold til sykefravær, da dette bare var ett av mange tema som var inkludert i undersøkelsen. Det er ingen skjevheter i utvalget når det gjelder kjønn, alder eller geografisk spredning, noe som ble undersøkt basert på informasjon fra medlemsregisteret til NSF.

Respondentene svarte på følgende spørsmål om sykefraværet: « Har du hatt sykefravær det siste halve året? « De mulige svarene var 'Nei, jeg har ikke hatt sykefravær det siste halve året', 'Ja, jeg har hatt sykefravær pga. syke barn', 'Ja, 1–3 korte sykefravær (egenmelding),' 'Ja, mer enn 3 korte sykefravær (egenmelding)', 'Ja, ett langt sykefravær (sykmelding)', 'Ja, flere lange sykefravær (sykmelding) og 'Ja, er sykemeldt nå (helt eller delvis)'. Respondentene kunne velge mer enn ett alternativ.

Arbeidsrelatert sykefravær ble identifisert ved følgende spørsmål: «Var siste sykefraværsperiode forårsaket av din arbeidssituasjon?» De mulige svarene var 'Ja', 'Delvis' eller 'Nei'. De som svarte 'Ja' eller 'Delvis' ble bedt om å skrive en begrunnelse med egne ord. Svarene var typisk korte og ble gitt i form av stikkord og ble kodet inn i kategorier etter trinn fem i en 10-stegs metode utviklet for strukturering og koding av kvalitative data [3].

Mer detaljerte resultater fra studien ble nylig publisert i en internasjonal artikkel [4].

Resultater

Som vist i tabell 1, er det 29,5 % av sykepleierne (n = 382) som ikke har hatt sykefravær siste halve året. Den vanligste typen sykefravær var én til tre korte sykefravær på mindre enn 8 dager (egenmelding) og 44,9 % av alle sykepleiere rapporterte om denne type fravær. Ett langt sykefravær ble rapportert av 16,5 % av sykepleierne, mens mer enn tre korttidsfravær eller mer enn ett langtidsfravær ble rapportert sjelden, henholdsvis av 3,3 % og 2,3 % av utvalget. På kartleggingstidspunktet var 6,3 prosent av utvalget sykmeldt helt eller delvis.

Totalt hadde 11,1 % av sykepleierne fravær både på grunn av egen sykdom og på grunn av syke barn, mens 4,7 % av sykepleierne (n = 61) hadde kun fravær pga. barns sykdom. Inkludert de 29,5 % som rapporterte at de ikke har vært sykemeldt siste 6 måneder, var 34,1 % av sykepleierne ikke sykemeldt på grunn av egne helseproblemer. Resten av sykepleierne (65,9 %) rapporterte fravær fra jobb grunnet av egne helseproblemer de siste 6 månedene (n = 855).

Totalt var det syv prosent som svarte at siste sykefravær var forårsaket av arbeidssituasjonen, og 20,1 % svarte at det delvis var det.

Tabell 1. Antall og prosent i svarfordeling på spørsmålene «Har du hatt fravær det siste halve året?» og « Var siste sykefraværsperiode forårsaket av din arbeidssituasjon?» (N = 1297)

	Antall*	Prosent
Har du hatt fravær det siste halve året?*		
Nei, har ikke hatt sykefravær det siste halve året	382	29,5
Ja, har hatt fravær pga. syke barn	205	15,8
- Av disse, har hatt fravær kun pga. syke barn	61	4,7
- Av disse, har hatt fravær pga. syke barn og pga. egen sykdom	144	11,1
Ja, 1-3 korte sykefravær (egenmelding)	582	44,9
Ja, mer enn 3 korte sykefravær (egenmelding)	43	3,3
Ja, ett langt fravær (sykmelding)	214	16,5
Ja, flere lange fravær (sykmelding)	30	2,3
Ja, er sykmeldt nå (helt eller delvis)	82	6,3
Av alle:		
- har hatt sykefravær siste halve år, eller er sykmeldt nå	855	65,9
- har ikke hatt sykefravær pga. egen sykdom siste halve år	442	34,1
Var siste sykefravær forårsaket av din arbeidssituasjon?		
Ja	60	7,0
Delvis	172	20,1
Nei	623	72,9
Totalt	855	100,0

*Respondentene kunne sette flere kryss

Av de 232 som har krysset av for 'Ja' eller 'Delvis' er det 206 (89 %) som har valgt å beskrive årsaken. Resultatet av kodingen av årsakene er vist i tabell 2. De er flest som oppgir høy fysisk arbeidsbelastning, beskrevet på ulike måter, som årsak til det arbeidsrelaterte sykefraværet, og høyt arbeidstempo kommer opp som den nest vanligste årsaken. Søvnproblemer eller for lite søvn er det tredje mest vanlige årsaken

etterfulgt av ulike former for smitte som har ført til sykefravær.

Tabell 2. Oppgitte årsaker til arbeidsrelatert sykefravær (n = 206)

	Antall*	Prosent
Høy fysisk arbeidsbelastning	85	41,3
Høyt arbeidstempo	52	25,2
Søvnproblemer/for lite søvn	38	18,4
Infeksjon på jobb (viralt eller bakterielt)	33	16,0
Lav bemanning	21	10,2
Gravid- tilrettelegging var vanskelig	18	8,7
Vanskelig å tilrettelegge for helseproblemer	14	6,8
Psykisk arbeidsbelastning	9	4,4
Skade på jobb	8	3,9
Dårlig ledelse	6	2,9
Dårlig arbeidsmiljø	6	2,9
Høyt sykefravær blant kolleger	4	1,9
For stort ansvar	4	1,9
Omorganisering	3	1,5
Negativ reaksjon på influensavaksine	1	0,5
Uforutsigbar arbeidstid	1	0,5

* Respondentene kunne oppgi mer enn én årsak

Diskusjon

Datainnsamlingen ble gjort i 2015, så dette er situasjonen i god tid før pandemien inntraff. Årsakene som identifiseres her, kan ha blitt forsterket i løpet av pandemien og andre årsaker kan være gjeldende nå. Men det er lite grunn til å tro at forhold som skapte arbeidsrelatert sykefravær i 2015 i mindre grad er til stede nå i 2022. De fem vanligste årsakene for arbeidsrelatert sykefravær som ble oppgitt av de som hadde hatt sykefravær og som mente det var arbeidsrelatert, var høy fysisk arbeidsbelastning, høyt arbeidstempo, søvnproblemer, smitte fra pasienter eller kolleger og lav bemanning.

Vi anser anslaget på at 27 % av sykefraværet er arbeidsrelatert som et minimumsanslag, dette er hva de oppgir selv. Noen er bevisst på at de kan være mer utsatt for smitte og ulike infeksjoner i perioder med høy arbeidsbelastning og dårlig søvn, men fra beskrivelsene er det mer direkte arbeidsrelatert sykefravær som rapporteres, heller enn alt sykefravær som indirekte kan være arbeidsrelatert. Lav svarprosent kan også gi underestimering av hvor mye av sykefraværet som er arbeidsrelatert, fordi de som ikke responderer kan ha høyere sykefravær enn de som responderer [5].

Høy fysiske arbeidsbelastning er funnet å være assosiert med muskel- og skjelettproblemer blant sykepleiere i mange studier flere studier [6], og det er derfor ikke overraskende at dette er den vanligste årsaken til arbeidsrelatert sykefravær i vår studie. Muskel- og skjelettsmerter ble også tidligere funnet å være den vanligste årsaken til uførhet blant sykepleiere i sykehus [7].

Høyt arbeidstempo er en mindre utforsket risikofaktor, men det ble tidlig presisert at høyt arbeidstempo skiller seg fra lang arbeidstid og overtid som risikofaktorer [8]. Men noen studier ser bort fra arbeidstempo som en fysisk arbeidsbetingelse og heller inkluderer tidspress som en psykososial arbeidsmiljøfaktor [9]. Fremtidige studier om arbeidsforhold for sykepleiere bør inkludere arbeidstempo da dette er den nest vanligste rapporterte årsaken til arbeidsrelatert sykefravær, og dermed bør høyt arbeidstempo være en av risikofaktorene HMS-arbeidet i sykehus rettes inn mot.

Kobling mellom risikofaktorer og innhold i HMS-arbeidet

HMS-arbeidet skal være risikobasert, og faktorer som gir økt risiko for arbeidsrelatert sykefravær bør være tydelig gjenkjennbare i sykehusenes HMS-arbeid. I 2016 reiste forskere fra Sintef rundt til ulike sykehus for å undersøke om HMS-arbeidet var innrettet mot disse risikofaktorene, men vi fant ingen reell kobling mellom risikofaktorer for arbeidsrelatert sykefravær og hva som var de viktige elementene i HMS-arbeidet. Ledelsen på norske sykehus er gode på rutiner for brannsikkerhet og oppbevaring av kjemikalier og farlige stoffer, men de utelater altfor ofte den delen som handler om hvordan de ansatte har det i arbeidshverdagen. En av årsakene kan være at de

store offentlige tjenestene, med en stor overvekt av kvinnelige ansatte, vokste fram i ei tid hvor HMS-grunnlaget allerede var lagt av de store mannsyrkene, som industri-, olje- og bygg og anleggsbransjen. Der ligger hovedfokuset på sikkerhet og handler om skader, nesten-ulykker og dødsulykker. Etter at kvinnene for alvor kom inn på arbeidsmarkedet på 70-tallet, synes det å ha skjedd lite med HMS-tenkningen. Men de siste årene har det blitt bedre. Flere synes å få til en kobling mellom hva som er de reelle risikofaktorene og hva som gjøres i HMS-arbeidet, og det er større interesse for HMS-arbeid i offentlig sektor.

Referanser:

1. Josephson, M., et al., The same factors influence job turnover and long spells of sick leave—a 3-year follow-up of Swedish nurses. European journal of public health, 2008. 18(4): p. 380-385.
2. Suadicani, P., et al., Psychosocial work conditions associated with sickness absence among hospital employees. Occupational Medicine, 2014. 64(7): p. 503-508.
3. Ose, S.O., Using Excel and Word to Structure Qualitative Data. Journal of Applied Social Science, 2016. 10(2): p. 147-162.
4. Ose, S.O., et al., Perceived Causes of Work-Related Sick Leave Among Hospital Nurses in Norway: A Prepandemic Study. Safety and Health at Work, 2022.
5. Stapelfeldt, C.M., et al., Validation of sick leave measures: self-reported sick leave and sickness benefit data from a Danish national register compared to multiple workplace-registered sick leave spells in a Danish municipality. BMC public health, 2012. 12(1): p. 1-11.
6. Songkham, W. and S. Yavichai, The variety of physical workload and musculoskeletal disorders as perceived by thai nursing personnel. 2016, BMJ Publishing Group Ltd.
7. Freimann, T., M. Pääsuke, and E. Merisalu, Work-related psychosocial factors and mental health problems associated with musculoskeletal pain in nurses: a cross-sectional study. Pain Research and Management, 2016. 2016.
8. Kristensen, T.S., et al., The distinction between work pace and working hours in the measurement of quantitative demands at work. Work & stress, 2004. 18(4): p. 305-322.
9. Bambra, C., et al., Work, health, and welfare: the association between working conditions, welfare states, and self-reported general health in Europe. International Journal of Health Services, 2014. 44(1): p. 113-136.

Ønsker du å annonsere i Ramazzini?

Kontakt Ragnar på epost eller telefon:
ragnar.madsen@apriil.no
+47 928 48 402

Et blikk inn i framtiden til yrkeshygienefaget

Av Hans Thore Smedbold[1], leder Norsk Yrkeshygienisk Forening
[1] Yrkeshygieniker og forsker (SYH), Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital.
E-post: hans.t.smedbold@ntnu.no

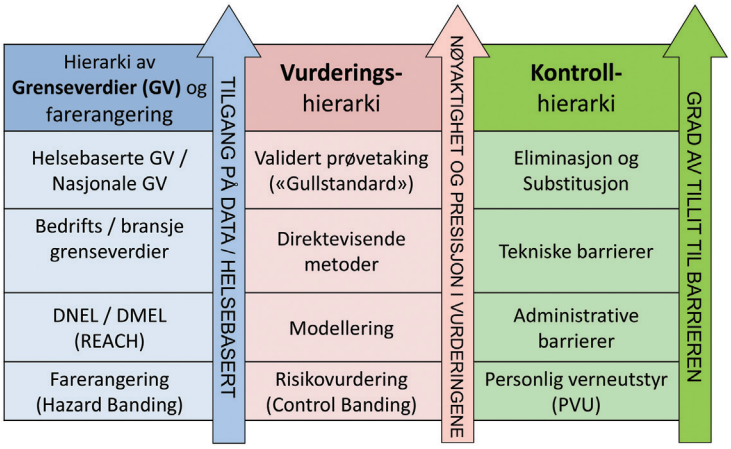
Yrkeshygiene handler om å beskrive variasjon i eksponering og bidra til å redusere forekomst av sykdom og skade gjennom å kunne forutse, identifisere, kartlegge, risikovurdere og kontrollere kjemiske, fysiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer. Nye grenseverdier, nye metoder og verktøy, nye krav til å beskrive usikkerhet i våre vurderinger og et samfunn og arbeidsliv i stadig hurtigere endringer er noe av det som vil prege framtiden til yrkeshygienefaget.

Yrkeshygiene betegner et fagområde, et yrke og en profesjon. «Yrkeshygieniker» er ingen beskyttet tittel. De som jobber som yrkeshygienikere vil ha ulike erfaring og kompetanse. De fleste som jobber med yrkeshygiene og kaller seg «yrkeshygieniker», er medlemmer av Norsk Yrkeshygienisk Forening (NYF). Foreningen har i dag 380 medlemmer.

Deler av fagområdet innen yrkeshygiene deler vi med verneingeniører, ergonomer, leger og andre som jobber med å forebygge sykdom og skade knyttet til kjemiske, fysiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer. Yrkeshygiene er en viktig del av den arbeidsmedisinske praksis og opplæringen innen arbeidsmedisin. Arbeidsmedisin og yrkeshygiene er som to uadskillelige tvillinger, hvor den ene i dag har sine røtter i medisin og den andre i ingeniørfag (1), men hvor vi for ikke mange tiårene siden var ett fag med en felles historie (2).

NYF har definert «yrkeshygiene» som: «Identifikasjon og kartlegging av kjemiske, fysiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer, samt vurdering av risiko for helseskade og forslag til forebyggende tiltak». All eksponering varierer mellom arbeid og fritid og i løpet av en arbeidsdag. Påvirkning fra en kjemisk, fysisk eller biologisk eksponering, vil medføre en biologisk respons, uten at dette nødvendigvis vil føre til sykdom eller skade. Enkelte eksponeringer vil imidlertid kunne gi skade eller arbeidsbetinget sykdom.

Offisielle tall fra Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) viser at eksponeringsnivåene i de fleste bransjer går ned. Dette er imidlertid en sannhet med modifikasjoner. Vi har de senere årene sett fremvekst av en stadig større uformell del av arbeidslivet, kjennetegnet av lav lønn, usikker tilknytting til arbeidslivet og dårlige arbeidsforhold. Vi så også f.eks. under korona pandemien at sykehusansatte ble eksponert for rengjørings- og desinfeksjonsmidler i høye konsentrasjoner (3). Målinger av hydrogensulfid i Trondheim kommune har vist at målestrategier basert på få yrkeshygieniske målinger ikke er tilstrekkelig



Figur 1: Hierarki av grenseverdier, vurderingsverktøy og kontrolltiltak (5).

for å beskrive forekomsten av høye topper og overskridelse av takverdi (4).

Vår rolle som yrkeshygieniker er å bidra til at nødvendige tiltak iverksettes slik at arbeidstakere ikke blir syke eller skadet. Viktige verktøy i dette arbeidet er grenseverdier, vurderingsverktøy og kontrolltiltak. I Figur 1 er dette illustrert med ulike hierarkier av hhv. grenseverdier, vurderingsverktøy og kontrolltiltak.

Grenseverdier

«Forskrift om tiltaks - og grenseverdier» definerer "grenseverdi" for kjemisk eksponering som "Maksimumsverdi for gjennomsnittskonsentrasjonen av et kjemisk stoff i pustesonen til en arbeidstaker i en fastsatt referanseperiode på åtte timer". Begrepet "grenseverdi" er også benyttet som en felles betegnelse på ulike grenseverdier fastsatt av ulike instanser som f.eks. nasjonale myndigheter, EU, organisasjoner eller internt i en bedrift. Det er derfor relevant å se for seg et hierarki av grenseverdier basert på hvor stor grad andre forhold enn helse er vektlagt (Figur 1) og hvor oppdatert de er i forhold til ny og tilgjengelig kunnskap (6).

Arbeidstilsynet har oppdatert sin retningslinje for fastsettelse og revisjon av grenseverdier, og annonsert at de har som målsetting å revidere hele grenseverdilisten innen 2030.Bakgrunnen er at vi har et betydelig antall grenseverdier som ikke er revidert siden 1978. Ett eksempel på dette er de mye brukte grenseverdiene for sjenerende støv på 10 mg/m^3 og organisk støv på 5 mg/m^3 (7). I framtiden må vi som yrkeshygienikere forholde oss til hyppigere endringer i våre nasjonale grenseverdier og til ulike grenseverdier for samme kjemikalie. For å kunne gjøre robuste vurderinger vil vi derfor måtte vurdere relevans og kvaliteten av de grenseverdiene vi benytter i vårt arbeid. Dette kan illustreres med følgende eksempel:

Benzen har nylig (2021) fått en ny grenseverdi (fullskift) i Norge på 0,2 ppm. Gammel grenseverdi var 1 ppm, med en korttidsgrenseverdi på 3 ppm. I Tyskland har benzen (og andre kreftfremkallende stoffer) risikobaserte grenseverdier, hvor de skiller mellom «akseptabel risiko» og «tolererbar risiko». Med «akseptabel risiko» og «tolererbar risiko» refereres til en risiko for kreft på hhv. 4:100 000 og 4:1 000 over et helt arbeidsliv (40 år). For benzen er disse hhv. 0,06 og 0,6 ppm. Eksponering mellom akseptabel og tolererbar grense er kun tillatt i spesifikke industrier og der hvor spesifiserte krav til tiltak følges. American Congress of Govermental Industrial Hygienists (ACGIH) har nylig foreslått en fullskiftsgrenseverdi (TLV) på 0,02 ppm og korttidsgrenseverdi (STEL) på 0,1 ppm.

Dette innebærer at vurderinger som ble gjort for to år siden av at eksponeringen var fullt forsvarlig, i dag ville kunne ha blitt vurdert som uakseptabel.

Vurderingsmetoder og verktøy

De metodene vi hadde tilgjengelig fram til 70-tallet var begrenset til måling av gjennomsnittseksponering over et arbeidsskift. For kjemiske agens innebærer disse metodene oppsamling på filter eller adsorbenter med påfølgende analyse på et laboratorium (8) Disse metodene har vært ansett som «gullstandard» og dannet grunnlag for mye av den kunnskapen om eksponering og arbeidshelse som ligger til grunn for å vurdere eksponering på arbeidsplasser og for fastsetting av grenseverdier for eksponering av kjemikalier. Det er også denne typen målinger som registreres i EXPO, den nasjonale eksponeringsdatabasen i Norge. Kostnadene med å gjøre målinger og laboratorieanalyser har tradisjonelt vært høy og dette har begrenset tilgangen på informasjon både for fastsetting av grenseverdier, til forskning og begrenset det forebyggende arbeidet i bedriftene.

Det er i dag innen en lang rekke bransjer utviklet spesifikk risikovurderingsverktøy basert på prinsipper for rangering av iboende fare og eksponering. På engelsk er denne typen verktøy omtalt som «Control Banding tools» (9). Disse er ansett å være de minst nøyaktige og presise typene verktøy. I tillegg er det utviklet mer avanserte modelleringsverktøy for estimering av eksponering som f.eks. Advanced REACH tool (ART) og Task Exposure Assessment Simulator (TEAS). Både Control Banding og modellering har en sentral rolle i risikovurdering og utvikling av eksponeringsscenarier som del av det europeiske REACH regelverket. Dette innebærer at de vil måtte bli en del av yrkeshygienikernes hverdag.

Vi har de siste årene fått tilgang på billige mikrosensorer og mulighet for å koble disse direkte til internett (Internet of Things (IoT)). Dette gjør det enklere å registrere aktivitetsdata og direkte og indirekte mål på eksponering. Disse sensorene er mindre nøyaktige, men benyttet sammen med annen mer avansert prøvetakings- og analysemetodikk vil de kunne gi langt bedre informasjon om variasjon i

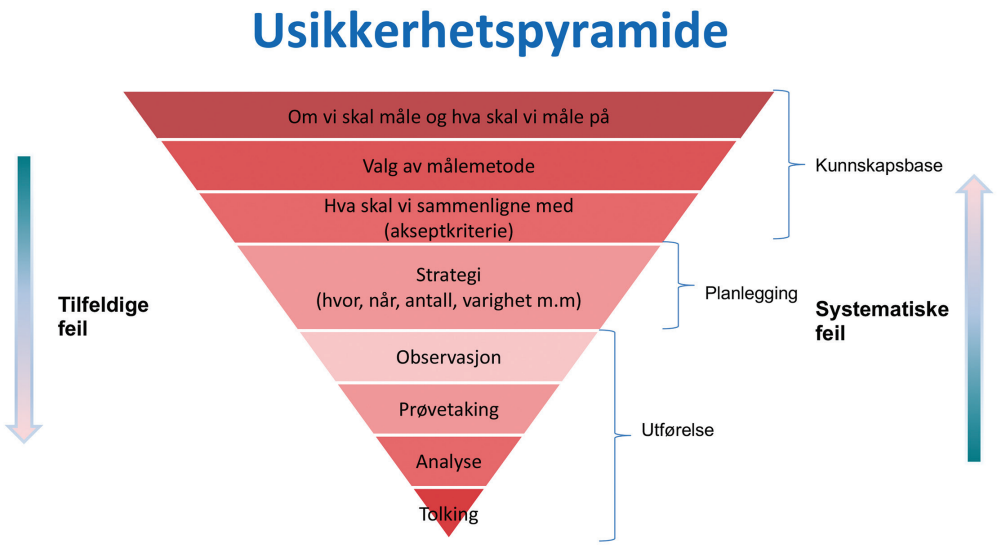
eksponering enn tidligere. Vi vil kunne nytte denne teknologien i fremtidens eksponeringskartlegginger, risikovurderinger og til forskning på sammenhenger mellom eksponering og effekt.

Kontrolltiltak

Nye produksjonsmetoder, ny teknologi for prosessavsug og filtrering av forurensning, og nytt og forbedret personlig verneutstyr gjør det mulig å kontrollere eksponering på nye og mer effektive måter enn tidligere. Bruk av digitale tvillinger, sammen med modelleringsverktøy i større industrielle nybygg gjør det mulig å forutse og kontrollere eksponering på helt andre måter i dag enn tidligere. For oss yrkeshygienikere er det viktig å følge med på denne utviklingen, slik at vi kan være en ressurs og en

oss til hvordan Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet, Miljødirektoratet og Direktoratet for samfunnsrisiko og beredskap (DSB) m.fl. definerer risiko.

Et eksempel på dette er Petroleumstilsynet. De definerer risiko som konsekvensen av virksomheten med tilhørende usikkerhet. Dette har medført større vekt på å angi usikkerhet i; kunnskapsgrunnlaget, i strategiene for hvordan informasjonen er innhentet og hvordan selve informasjonsinnhentingen er utført. Figur 2 illustrerer dette knyttet til gjennomføring av en yrkeshygienisk kartlegging, hvor usikkerheten ofte er størst i kunnskapsgrunnlaget og i de metoder, kriterier og strategier vi velger å benytte, og ikke i selve utførelsen av kartleggingen – som vi oftest har mest fokus på.



Figur 2: Om usikkerhet i en yrkeshygienisk kartlegging.

pådriver, og ikke stoppe med å dokumentere et problem. Dette utfordrer oss i forhold til å ta i bruk ny teknologi, samtidig som vi må beherske gårsdagens teknologi.

Økt fokus på å beskrive usikkerhet

Fremtiden for yrkeshygiene vil også være preget av at vi faglig står mellom ulike fagtradisjoner som sikkerhet (storulykke), ingeniørfag (teknologi utvikling og nybygg), toksikologi, epidemiologi, arbeidsmedisin m.fl. og vi må kunne anvende og forholde oss til ulike tilnærminger til risiko og risikovurdering (10). Vi må også forholde

Så fremtiden til yrkeshygiene ser svært spennende ut, men også krevende. Nye og oppdaterte grenseverdier, flere måter å vurdere risiko på, tilgang på mer detaljert informasjon om variasjon i eksponering vil utfordre oss. Samtidig må vi som profesjon bli bedre på å bidra til å finne de gode løsningene for å kontrollere helseskadelig eksponering.

Norsk Yrkeshygienisk Forening vil gjennom utvikling og gjennomføring av kurs, webinarer og konferanser bidra til å utvikle og styrke kompetansen på disse områdene.

Referanser:

1. Smedbold HT. Fremveksten av yrkeshygiene som en teknisk profesjon 2020. https://yrkeshygiene.no/temaer/yrkeshygienens-historie-i-norge/fremvekst_YH_profesjon.html.
2. Smedbold HT. 300 års yrkeshygienehistorie. 2022. https://yrkeshygiene.no/2022/01/14/300-ars-yrkeshygiene-historie/.
3. Hassel E, Smedbold HT, Lauritzen HB. Acute respiratory distress after exposure to chlorine dioxide-based disinfectant. Occup Med (Lond). 2022, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35932248.
4. Austigard AD, Smedbold HT, von Hirsch Svendsen K. Risk Characteristics of Hydrogen Sulphide Exposure in Wastewater Collection and Treatment Related Occupations. Ann Work Expo Health. 2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36124724.
5. Laszcz-Davis C, Maier A, Perkins J. A New Organizing Principle for Occupational Risk Assessment. The Synergist. 2014(3):27-30.
6. Smedbold HT. Kan vi stole på grenseverdiene våre? 2020. https://yrkeshygiene.no/2020/12/12/kan_vi_stole_pa_grenseverdiene/.
7. Arbeidstilsynet. Administrative normer for forurensning i arbeidsatmosfære. Oslo: Arbeidstilsynet; 1978. Report No.: Best.nr 361 Nr.: 1. utg. https://yrkeshygiene.no/wp-content/uploads/2022/11/Best-nr-361-Adm-norm-utg-1-DAT-1978.pdf.
8. National Institute for Occupational Safety and Health (NOISH). NIOSH Manual of Analytical Methods (NMAM) 5th Edition: National Institute for Occupational Safety and Health; 2020. https://www.cdc.gov/niosh/nmam/pdf/NMAM_5thEd_EBook-508-final.pdf.
9. Bus JSH, P. Naumann, B. D. Stenzel, M. R. Wambach, P. F. Control Banding: Issues and Opportunities, 2008.
10. Smedbold HT. Perspektiver på risiko og usikkerhet for yrkeshygienikere. 2016. https://yrkeshygiene.no/kb/perspektiver-pa-risiko-og-usikkerhet-for-yrkeshygienikere/.

Fullt og helt eller stykkevis og delt?

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

Husmorens «glansdager» i Norge varte til langt ut på 1970-tallet. Norge var faktisk et av landene med lavest andel gifte yrkeskvinner i 1960-årene, og bare hver fjerde kvinne over 15 år var yrkesaktiv i 1970 (1). Fra begynnelsen av 1970- og frem til slutten av 1980-tallet økte imidlertid kvinners deltakelse i arbeidslivet betraktelig, mens den holdt seg ganske stabil for menn. I dag er Norge blant landene i verden med høyest andel av både yrkesaktive kvinner og menn. Likevel må vi erkjenne at arbeidsmarkedet i Norge fremdeles er svært kjønnsdelt. Menn og kvinner jobber innenfor ulike sektorer og næringer, noe som bidrar til ulikhet i både lønn og arbeidsmiljø. En av de store kjønnsforskjellene i arbeidslivet handler om arbeidstid. Sammenliknet med menn er det fremdeles en stor andel kvinner som jobber deltid (2).

Tradisjonelt sett var holdningen at kvinnens livsoppgave var å ta seg av hjemmet og barna. Det var til en viss grad forståelse for at ugifte kvinner trengte å arbeide for livets opphold, særlig i arbeiderklassen. Imidlertid argumenterte man mot at gifte kvinner skulle ha lønnsarbeid. Det var lenge vanlig at kvinnene ble brukt som reservearbeidskraft; de ble tatt inn når det var behov for dem, men sendt ut igjen fra arbeidsmarkedet når det ble knappere tider. Med massearbeidsløshet i mellomkrigstiden var det gifte kvinners lønnsarbeid som sto mest utsatt til. LOs fagkongress mente i 1925 at én inntekt per familie burde være tilstrekkelig og gjorde et vedtak som i praksis betydde at gifte kvinner skulle holde seg hjemme (1). Selv om en slik tilnærming ofte hadde vært praktisert tidligere, var det nytt at fagbevegelsen fattet et formelt vedtak om dette. Yrkesforbudet for gifte kvinner gikk hardest utover lærerinner og andre yrker som menn kunne tenke seg. Etter hvert ble det imidlertid tydelig at gifte kvinner i ganske liten grad la beslag på jobber som menn ellers ville tatt. Typiske kvinneyrker i rengjøring eller industri var mennene ikke interessert i (1). I 1936 vedtok LO at retten til arbeid skulle være lik for menn og kvinner, hva enten de var gift eller ikke. Man anså da arbeidsmulighetene som bedre, og fant ikke lenger grunn til at ikke alle skulle ha åpen adgang til arbeid. Til tross for vedtaket fortsatte likevel praksisen med å nekte gifte kvinner lønnet arbeid. Et eksempel på kvinners kamp for lik rett til arbeid finner vi i historien om Karin Johansen fra Grünerløkka. Hun var ansatt ved Oslo Samvirkerlag, men ble sagt opp derfra i 1937 da hun giftet seg. Johansen, som var organisert i LO-forbundet Handel og Kontor, ga seg imidlertid ikke. Hun gikk til sak mot Samvirkerlaget for å få erstatning og mente hun var beskyttet av den nye arbeidervernloven av 1936 (1). Dette ble en viktig prinsipiell sak som vakte stor oppmerksomhet. Johansen vant saken i Oslo byrett, men Samvirkerlaget anket dommen til Høyesterett. Høyesterett avgjorde at erstatningen på 1000 kroner skulle bli stående, og i tillegg måtte Samvirkerlaget betale saksomkostningene. Etter denne dommen ble oppsigelser av kvinner opphevet på mange andre arbeidsplasser. Karin Johansen vant en historisk likestillingsseier (1,3).

Formelle vedtak og lovgivning skaper rammene i arbeidslivet. Historien om Karin Johansen viser hvor avgjørende fagorganisering kunne være for å sette makt bak kravene og for å sørge for at nye reguleringer faktisk ble fulgt. Likevel bør vi ikke glemme hvordan de generelle strukturene i samfunn og arbeidsliv også kan fungere som effektive barrierer mot likestilling. Ufrivillig deltid i kvinnedominerte bransjer som helse og omsorgssektoren og innen handel og service bidrar til lavere lønn og pensjonsinntjening for kvinner. Det gir en uforutsigbar hverdag med stadig jakt på ekstravakter og det hindrer faglig progresjon og utvikling. Ikke minst er deltidsarbeidet en utfordring for det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Det skal ikke være slik at man jobber deltid for å tilpasse seg belastende vaktordninger eller en krevende arbeidssituasjon.

Referanser:

1. Skaarer ÅC. Gifte kvinners rett til arbeid. 2005. Redigert av Kilden kjønnsforskning, 2019. Gifte kvinners rett til arbeid (kvinnehistorie.no) Lest 29.10.22.
2. Hamre K (red) og medarb. Dette er kvinner og menn i Norge. Statistisk sentralbyrå, 2018. Dette er kvinner og menn i Norge 2018.indd (ssb.no) Lest 29.10.22.
3. Hagemann G. Kvinners rett til arbeid - Norgeshistorie. Lest 30.10.22.

Veiledningshåndboka – i ny og revidert versjon og litt til!

Av Tor Erik Danielsen

Ønsker å informere om at revidert veiledningshåndbok er publisert. Den erstatter utgaven fra juni 2020.
Her er lenken til den reviderte håndboka: veiledningshandboki-arbeidsmedisin.pdf (legeforeningen.no)
Håndboka er gjennomgått på bakgrunn av forbedringsforslag fra brukere (LIS-leger og veiledere) og fagmiljøene.
Redaksjonen har bestått av Ørn Terje Foss og meg. Vi har også foretatt en selvstendig grundig gjennomgang av innholdet.

De viktigste endringene:

- Et nytt avsnitt med oversikt over aktuelt lov- og regelverk
- Tydeligere kriterier for arbeidet med prosjektoppgave.
- Nytt møtetema om samarbeid i ASA-fagene (møtetema 9)
- I andre møtetema har vi tatt med innhold om egenomsorg, gjennomgang av felles kompetansemål og praktiske råd for oppstart og avslutning av veiledningsprogrammet
- Særskilte hensyn til gammel ordning for spesialistutdanning er tonet ned i denne utgaven»

Litt til:

- Helsebiblioteket har oppgradert sine nettsider. Du trenger derfor å legge inn et nytt bokmerke for å direkte tilgang til ressurssiden for arbeidsmedisin: https://www.helsebiblioteket.no/forebygging-og-helsefremming/arbeidsmedisin

Ta gjerne en ny titt og sjekk ut forbedringene!

- God kollegaer i allmennmedisin har laget en podkast om melding av arbeidsrelatert sykdom:
- https://soundcloud.com/kvallm/380-meldeplikt-arbeidsrelatert-sykdom-eller-skade

Sett gjerne av åtte minutter og hør igjennom.

Bilde fra gruppeveilederkurs trinn III, Bekkjarvik. Fra venstre til høyre: Lise Sørbø (gruppeveileder i Oslo), Gerd Sissel Antonsen (gruppeveileder i Tromsø, Tor Erik Danielsen (veileder koordinator) og Signe Lohmann-Lafrenz (kommende gruppeveileder i Trøndelag)

Arbeidsliv i endring

Av Ørn Terje Foss
@rneblikk 4/2022 – betraktninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja

Jeg har gjennom flere år forelest på kurs for fagforeningstillitsvalgte om forekomst og forebygging av helseproblemer som følge av omstillinger. Da skulle det bare mangle om ikke også jeg kunne bidra med noen betraktninger når temaet er «arbeidsliv i endring». Jeg belyser temaet med to historier, men advarer om at det er triste saker, selv om innlegget avsluttes med en positiv oppfordring:

Den første er en slags forenklet illustrasjon av en bekymringsfull endring i ledelsens prioritering av hva som er viktige kompetanseområder for en virksomhets drift. Da jeg begynte som konsernoverlege i NSB i 2003, satt jeg og konsernadvokaten side om side i samme avdeling i hovedadministrasjonsbygningen. Jeg hadde fagansvar for arbeidsmiljø og helse, og hadde en BHT-avdeling med nesten 30 årsverk (og over femti års opparbeidet jernbanespesifikk arbeidsmedisinsk kompetanse) til å bistå i arbeidsmiljøarbeidet. Konsernadvokaten kunne gjennom en avropsavtale hente inn advokatbistand eksternt ved behov, men var ellers den eneste med juridisk kompetanse.

Da jeg fikk en sluttpakke for å gå av med pensjon to år før ordinær 67-årsgrense i desember 2018, ble ikke stillingen som fagsjef for arbeidsmiljø og helse erstattet. BHT krympet etter hvert, bl.a. fordi flere deler av det tidligere NSB-konsernets virksomhet var satt ut på anbud. Navnet ble endret til Vy, og en bildelingstjeneste med Vy-biler ble startet. Da jeg i sommer traff på den samme konsernadvokaten som jeg satt ved siden av fra 2003, kunne han fortelle at han nå var leder av juridisk avdeling med fem ansatte jurister, og de hadde mer enn nok å gjøre. Den interne bedriftshelsetjenesten er overdratt fra nyttår til en ekstern BHT-leverandør for å spare penger, og bildelingstjenesten ble lagt ned etter at Vy hadde tapt 90 mill.kr. i løpet av fem år.

Oppsummering historie 1: Kontrakter og finansakrobatikk er blitt viktigere enn å ivareta de ansattes arbeidsmiljø, det er jus som er den nye medisinen. Jeg er utrolig glad for egen del at jeg kunne slutte før de siste års endringer, men forbanna på vegne av de ansatte i BHT som blir behandlet som underfrankert pakk-gods. Jeg er også utrolig lei meg og bekymret for framtida på vegne av de ansatte i bedriften, som gir uttrykk for frustrasjon over hvordan prioriteringene i ledelsen går utover arbeidsmiljøet.

Illustrasjon: Teslabiler til overs etter at Vys bilsatsing ble avsluttet med 90 mill.kr. i tap

Den andre historien belyser fra en litt annen synsvinkel, en bekymringsfull endring som ser ut til å gjøre seg mer gjeldende i statlig virksomhet enn i det private næringsliv. Den utspinner seg på LOs kurssenter på Sørmarka, hvor jeg har forelest i flere år på det tidligere nevnte kurset «Omstilling i staten» for fagforeningstillitsvalgte i LO Stat.

Apropos arbeidsliv i endring, dette er min guide på kurset for gjennomgang av hvilke endringer i arbeidslivet som er av betydning for psykososialt arbeidsmiljø:

- Andel fagorganiserte synker
- Andel midlertidig ansatte og deltidsansatte høy
- «Überisering» og 24t-tilgjengelighet
- Omstillinger, effektiviseringer, rasjonaliseringer
- Anbud/konkurranseutsetting

- Globalisering
- EØS/EU (og TISA/TTIP) og arbeidsinnvandring
- Automatisering/robotisering og kunstig intelligens (AI)
- IA og endret pensjonsalder
- Vold og trusler
- Kommersialisering og outsourcing av BHT

Fra denne lista fokuseres det naturlig nok mest på «Omstillinger, effektiviseringer, rasjonaliseringer» akkurat på dette kurset. Og det er når jeg gjennomgår hvor viktig det er med medvirkning og involvering av ansatte og vernetjeneste, bruk av AMU og bruk av BHT, at jeg lar meg forbause over hvor lite disse lov- og forskriftsfestede bestemmelsene blir etterlevd i mange av de statlige virksomhetene uten at Arbeidstilsynet blir involvert eller følger opp.

Det er direkte nedslående å få høre hvor dårlig det står til med offentlige virksomheter etter at direktørlønningene har økt og New Public Management har gjort sitt inntog og BHT blir levert av eksterne, kommersielle aktører etter anbudskonkurranser. At HMS-kurs for ledere (jfr. aml § 3-5) er obligatorisk, kan du glemme. AMU er for mange et slags pliktløp for gjennomgang av referat fra forrige møte, uten at de gjennomgår avviksmeldinger, yrkessykdommer, skader og tilløp til ulykker, eller annen systematisk HMS-gjennomgang slik aml § 7-2 sier at utvalget skal.

Når jeg sier de kan bruke fagpersoner fra BHT til å diskutere i AMU tiltak for å motvirke negative helseeffekter ved omstillinger, blir jeg møtt med spørsmål som «hvor står det at BHT skal være med på AMU, for det er de ikke hos oss?», og «hvorfor får ikke vi lov å kontakte BHT uten å spørre leder først?». Nesten ingen er kjent med § 13-2 Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten i «forskrift om organisering, ledelse og medvirkning», og fortolkningen av hva medvirkning innebærer, er noe helt annet enn det jeg og sikkert du legger i det. Og fra enkelte blir det hevdet at den BHT de er tilknyttet, er flinkere til å skrive faktura enn å tilby verneombud eller tillitsvalgte bistand i arbeidsmiljøarbeidet (men selvfølgelig finnes det unntak!)

Oppsummering historie 2: Alt var ikke bedre før, men mye er blitt verre etter at statlige virksomheter ledes etter dårlige kopier av privat næringslivs ledelsesfilosofier. Jeg har sagt det før, men gjentar det: Det er nærmest utilgivelig at partene i arbeidslivet ikke har forlangt at kravet til ledere om å gjennomgå HMS-opplæring blir forskriftsfestet med et omfang som i hvert fall er større enn det grunnkurset verneombud, som kun har en påse-rolle, har. Og at ingen får tiltre en rolle som leder med personalansvar før de har dokumentert at de har den obligatoriske HMS-opplæringen.

Ikke minst er bevisstgjøring av ledelsens ansvar viktig i en tid hvor arbeidslivet er i endring, for arbeidsmiljølovens krav til arbeidsgiver gjelder like fullt ved omstillinger som normalt. Ifølge norsk statistikk er omstillinger mer utbredt de siste årene i statlig og kommunal virksomhet enn i det private, og vi kan like gjerne slå fast at det er omstilling som er normalen i det moderne arbeidsliv, ikke utdeling av Kongens fortjenestemedalje for lang og tro tjeneste i samme virksomhet.

Hvis du har moro av en hjemmeoppgave å bryne deg på, så kan du prøve å svare på hva du tror er den praktiske betydningen av at aml §3-3 Bedriftshelsetjeneste, 2. ledd endres som følger med virkning fra 01.01.2023 [1]:

Dagens formulering: (2) Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

Ny formulering: (2) Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape et trygt arbeidsmiljø som fremmer god arbeidshelse.

Om du skulle være i en BHT som betjener en statlig virksomhet uten å føle at du når helt fram, kan du kanskje spille inn som sak til første AMU i 2023 at du gjerne vil orientere om denne endringen i arbeidsmiljøloven. Det kan jo hende at det utløser en matnyttig diskusjon både om hva som fremmer god arbeidshelse og hvordan BHT kan bistå med å skape et trygt arbeidsmiljø i en tid hvor arbeidslivet er i endring?

Referanser:

1. Lovdata, endring av arbeidsmiljølovens § 3-3 Bedriftshelsetjeneste med virkning fra 01.01.2023: https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2022-06-17-42

«Fremtidens arbeidsliv – følger vi med?»

Av Laila Torp

Hovedtema i denne utgaven av Ramazzini gir rom for refleksjoner innenfor faget vårt. Ingen kan se inn i fremtiden, men det er viktig både å tenke og planlegge, så også vi henger med i utviklingen. Samtidig er det fortsatt viktig å huske på at svært mye av det grunnleggende innen medisin generelt, og arbeidsmedisin spesielt for oss, fortsatt er gjeldende. Det handler om å ta med det som er bra fra det vi har gjort og gjør, og kombinere det med ny kunnskap innen vårt fag, og hva det kan bidra med i ny teknologisk og annen utvikling fremover.

Hva gjør endringer og ny teknikk med arbeidsområder? – oppgaver, og ikke minst med de menneskene som fortsatt skal utføre arbeidet? Menneskekropp og -hjerne er den samme som den har vært, og nye arbeidsmetoder og -teknikker vil kunne både minske og øke faren for helsemessige belastninger. Det er her vi må jobbe for å ligge i forkant, og ikke oppdage farene i etterkant.

Den digitale hverdag har for lengst kommet for å bli, men hvordan påvirker det oss? Vi har nylig gjennomlevd to år med en særdeles rask implementering av digital arbeidshverdag for svært mange. Her er det viktig med gode analyser og risikovurderinger av fordeler og ulemper med «teams»-hverdagen og hjemmekontor, digital kommunikasjon og for mange utvisket skille jobb/privatliv.

Begrepet «techno-stress» beskriver utfordringene og belastingene vi utsettes for som følge av ny teknologi, spesielt digital informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Vi som arbeidsmedisinere må ta dette begrepet på alvor. Forskning gjøres og må fortsette, for å gi oss informasjon om de helsemessige utfordringene som kan forventes. Resultatene vil igjen kunne benyttes i forebyggende øyemed. Der vi får kunnskap om at uheldige helsemessige påvirkninger har oppstått som følge av digitalisert hverdag og teknologisk utvikling, må vi benytte kunnskapen i sekundærforebyggende arbeid for andre arbeidstakere.

Endringer med mer digitalisering gir allerede i dag utfordringer mht hvem som etter hvert kan utføre oppgaver. Effektivisering av arbeidsoppgaver vil endre ansattpoolen, noe som i seg selv gir uro og stressbelastning. Dette må vi i bedriftshelsetjenestene ta med i arbeidet vi utfører hvor vi ønsker bistå våre kunder med å skape gode og forutsigbare arbeidsforhold. Det siste kan synes svært utfordrende, og vi må sette fokus på gode faglige og forskningsbaserte råd mht det å stå i en stadig endrende arbeidshverdag. På den måten kan vi bidra til at et arbeidsliv i stadig endring, likevel blir trygt og forutsigbart for den enkelte arbeidstaker innenfor de rammene som er mulig å sette.

Til slutt vil jeg minne oss selv på at vi må ønske det nye velkomment, ikke «henge igjen» og tenke «alt var mye bedre før».

Gjennomsnittsalderen for arbeidsmedisinere er relativt høy, vi trenger ny frisk kunnskap og innspill fra de som er utdannet i nyere tid. De har selv studert i en mye mer digitalisert hverdag enn mange av oss som har holdt på en stund, her er det både erfaring og kunnskap å hente og lære av.

Det er ingen tvil om at faget vårt er viktig også i fremtiden, vi kan selv gjøre mye for å utvikle oss i god og riktig retning. Med åpenhet og interesse for ny teknologi og digital hverdag, samt innsats som gir økt kunnskap i forskning på områdene, kombinert med god arbeidsmedisinsk grunnkunnskap, har jeg stor tro på en god og fremtidsrettet utvikling for faget vårt.

NORGE P.P.

Returadresse:
Den Norske
Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo