

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 23 • 2016 • Nr. 1

Tema:

ARBEIDSMEDISIN OG JUS



Intervju med Laila Torp

Ramazzini har tatt turen til den franske riviera for å få et intervju med Laila Torp, leder av NFAM.

Dette er første gang at arbeidsmedisinerne avholder sin vårkonferanse i Halden, Østfolds perle rett ved svenskegrensen, men hvorfor har dere i NFAM valgt Halden som vertsby?

Halden har helt fra den var Norges skomakerverksted vært en industriby, men mye har gått tapt underveis. Likevel har man klart å skape flere industri- og produksjonsbedrifter de senere årene. Samtidig er Halden en by i teknologisk utvikling med høyskoler og forskningsarbeidsplasser. På bakgrunn av dette synes vi Halden er et flott sted å arrangere vårkonferansen på.

Årets program er noe for enhver smak, men bedriftsmedisinen har fått en viktig plass. Dette kan ha noe å gjøre med den nye lederens bakgrunn som daglig leder i en av Østfold største bedriftshelsetjenester. Hva er det viktigste for deg som leder av NFAM å fokusere på i årets vårkonferanse?

Jeg ønsker at vi skal diskutere og få fram hva bedriftshelsetjenesten og spesielt hva bedriftslegen skal være i dagens mangfold av tilbud til bedriftene. Det er viktig at vi er attraktive og gjør en faglig fundert og god jobb og samtidig må vi være årvåke og følge med i tiden og være konkurransedyktige. Vi håper å få til gode diskusjoner i løpet av konferansen. Samtidig ønsker vi at konferansen skal være for alle som jobber i fagfeltet vårt. Vi har vært heldige å finne gode foredragsholdere til å fokusere på dette.



Det ser ut som kurskomiteen er opptatt av psykososiale problemstillinger og helsefremmende arbeidsplasser. Er dette noe du som bedriftslege er opptatt av?

Ja, utvilsomt. Gjennom vel 20 år i faget har jeg sett en dreining fra fysiske plager til at svært mange av henvendelsene nå dreier seg psykososiale forhold i arbeidslivet. Vi jobber mye forebyggende på dette feltet men også konflikt-håndtering har blitt en stor del av vår hverdag. Disse forholdene kan lett føre til sykefravær og er derfor svært viktig å ta på alvor.

Halden er Norges første og eldste industriby, men er det noe industri igjen i Halden i våre dager?

Som jeg nevnte innledningsvis så har vi sett en utvikling med nye bedrifter i Halden som kursdeltakerne kan få besøke i løpet av konferansen. Som det fremgår av programmet kan man besøke alt

fra tradisjonell papirindustri til farmasøytisk virksomhet.

Ramazzini har lagt merke til at «De tunge yrkessykdommene» er viet plass i årets program. Er det et godt samarbeid mellom dere i bedriftshelsetjenesten og institusjonene synes du?

Ja jeg opplever at det samarbeidet vi har er godt, men vi ønsker å videreutvikle dette og knytte oss nærmere sammen. Det vil bli fokusert på dette i løpet av konferansen.

Som arbeidsmedisiner er det mange instanser man samarbeider med. Er det noen av disse aktørene du er opptatt av og hva synes du er viktig å fokusere på?

Mange instanser er viktige, tradisjonelt har vi samarbeidet mye med Nav og Arbeidstilsynet, og det fungerer godt i Østfold sett fra mitt ståsted. Jeg ser det som hensiktsmessig å trekke vekslers på deres kunnskap i vårt arbeid i bedriftene. Imidlertid har det utviklet seg til å bli et økende antall aktører på markedet, noen kan oppleves som konkurrenter, men vi må ha respekt for andres kunnskap og se hva vi kan bidra med felles til det beste for kundene våre. Et av innleggene på konferansen vil fortelle om et samarbeid vi i vår BHT har med annen aktør innenfor arbeidsrettet rehabilitering.

RAMAZZINI

ISSN 0805-5238

Norsk tidsskrift
for arbeids-
og miljømedisin
Årgang 23 • 2016
NR. 1

Utgitt av
Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00
Telefax 23 10 91 00

Innhold:

Ny leder for NFAM. <i>Intervju med Laila Torp.</i>	s. 2
I dette nummeret. <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 4
Ramazzeni 2016. <i>Av Håkon Lasse Leira</i>	s. 4
Rusmiddelundersøkelse i arbeidslivet. <i>Av Bjørn Otterlei</i>	s. 5
Ramazzeniprisen	s. 7
Sjarkfiskeren lever et farlig liv. <i>Av Harald Aasjord og Ingunn Marie Holmen</i>	s. 8
Juridisk ansvar som sakkyndig lege. <i>Av Lars Duvaland</i>	s. 11
Utsendte arbeidstakere i Norge. <i>Av Johan Glas</i>	s. 13
Hvordan skal arbeidsevnen vurderes – og hvem skal gjøre det? <i>Av John Gunnar Mæland</i>	s. 15
Rettigheter ved yrkesskade og yrkessykdom: Behov for opprydding! <i>Av Håkon Lasse Leira</i>	s. 18
Nytt kurs	s. 19
Om verdet av ei mannshand. <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 20
@rneblikk: Sykt fravær av politikk. <i>Av Ørn Terje Foss</i>	s. 21
Midt norsk forum for arbeidsmedisin er 20 år. <i>Av Håkon Lasse Leira</i>	s. 23
Seminar på Losby: Arbeidsmedisin i ny spesialitetsstruktur. <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 24
Forebygging av arbeidsrelatert hudsykdom. <i>Av Jose Hernan Alfonso</i>	s. 25
Forskningsprisen 2016	s. 26
Styrets spalte: Trenger vi virkelig nok en evaluering av BHT? <i>Av Knut Skyberg</i>	s. 27

Forsidebilde:

Professor Carl Schiøtz' gullmedalje for hygienisk forskning, sist utdelt i 1969. På baksiden av medaljen er gudinnen Hygieia avbildet sammen med inskripsjonen "Salus populi suprema lex" som betyr "Folkets helse, høyeste lov". Sitatet stammer fra Marcus Tullius Cicero. Takk til Kjetil Kvist for tillatelse til bruk av bildet. Foto: Kjetil Kvist.



REDAKSJONSKOMITEEN 2016-2017

Håkon Lasse Leira

Nedre Ferstad vei 26 B
7023 Trondheim
Tel: 918 47 971
E-post: hlleira@icloud.com

Petter Kristensen

Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep
0033 Oslo
Tel: 23 19 51 00
E-post: petter.kristensen@stami.no

Ole Jacob Møllerløyken

Forskningsgruppe for Arbeids- og miljømedisin, UIB
Postboks 7800
5020 Bergen
Tel: 5558 6001
E-post: ole.mollerlokken@uib.no

Anniken Sandvik

Seksjon for Miljø- og Arbeidsmedisin
Oslo Universitetssykehus, Ullevål
Postboks 4950 Nydalen,
0424 Oslo
Tel: 22117935
E-post: anniks@ous-hf.no

FORENINGSAÐRESSE

Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Tel.: 23 10 90 00
Faks: 23 10 91 00

Foreningssekretær:
Ragni Skille Berger
E-post: ragni.skille.berger@
legeforeningen.no
Tel.: 23 10 90 00

I dette nummeret: Arbeidsmedisin og jus

Anniken Sandvik, gjesteredaktør

Som arbeidsmedisinere beveger vi oss ofte i skjæringspunktet mellom jus og medisin. Helsepersonelloven regulerer den medisinske virksomheten, mens arbeidsmiljøloven skaper rammene for arbeidstakernes helse. Våre medisinske uttalelser i spesialisterklæringer blir brukt som grunnlag for vurderinger av premissene i folketrygdloven og i lov om yrkesskadeerstatning. I dette kompliserte landskapet forventes det at vi skal kunne beherske ulike roller. Hvordan takler vi egentlig balansegangen mellom jus og medisin? Og hva skjer med legerollen når medisinen møter jusen?

Bjørn Otterlei oppklarer noe av dette for oss i sin artikkel om rusmiddeltesting i arbeidslivet. Oppklarende er også Lars Duvalands artikkel om juridisk ansvar

som sakkyndig lege. Teksten hans burde være en nyttig veiviser for bedriftslegen. Johan Glas belyser den aktuelle problematikken knyttet til sosial dumping og diskuterer hvordan utenlandske arbeidstakeres rettssikkerhet og helse kan ivaretas. Legen er gitt en sentral rolle som sakkyndig i trygdesaker. En del av dette gjelder spørsmål om arbeidsevne, slik John Gunnar Mæland skriver om. Han peker på at norsk lovgivning foreløpig knytter retten til trygdeytelser nært til medisinsk definert arbeidsuførhet, men viser at det kan være grunnlag for å diskutere hvorvidt andre forhold også bør trekkes inn i vurderingene. Rollen som sakkyndig i trygdespørsmål kan nok oppleves problematisk for mange, blant annet fordi den ikke alltid tillater at enkeltpasienten tilgodeses. Det er heller ikke uproblematisk

at medisinen og jusen har ulik oppfatning av gyldige årsaksforklaringer. Håkon Lasse Leira gir eksempler på hvordan dagens lovgivning ved yrkesskade- og sykdom i praksis kan falle negativt ut for den enkelte arbeidstaker. Ellers har du kanskje lurt på hvor mye en mannshånd var taksert til i middelalderen?

Til forrige nummer om sjøfartsmedisin var vi så heldige å få inn mer stoff enn vi hadde plass til. Vi har derfor gledet oss også å kunne trykke en spennende artikkel om sjarkfiskerens arbeidsforhold i dette nummeret. Ellers byr vi på både stort og smått av nyheter fra foreningen. Laila Torp og Jose Alfonso gir oss en fristende forsmak på hva vi kan vente oss på vårkonferansen – her er det bare å melde seg på!

Ramazzini 2016

Håkon Lasse Leira, redaktør

Vi i redaksjonskomiteen er rimeelig fornøyde med bladets innhold det siste året, men har satt i gang et arbeid for å få bedre layout. Det vil antakelig koste noen kroner ekstra, men styret har likevel støttet våre tanker om dette. Vi håper å være i gang fra og med neste nummer, men det gjenstår å se.

Neste nummer har Arbeidsbetinget kreft som tema og vil komme for sommeren. Høstnummeret har legers arbeidsmiljø som tema og det har Ole Jacob Møllerløkken ansvaret for. Han er ny i redaksjonskomiteen og erstatter Anne Kristine Jordal som ønsket å gi seg etter 4 år og som nå har gått inn i styret for Hordaland legeforening.

Anne Kristine fortjener en stor takk for sin innsats! Ole Jacob har sete i Bergen, i Forskningsgruppe for Arbeids- og miljømedisin på Universitetet. Ole Jacob ønskes varmt velkommen, men dette betyr at redaksjonskomiteen nå er uten bedriftslege, noe jeg mener er en svakhet. Jeg håper denne mangelen ikke vil gjøre bladet mindre interessant. I dette nummeret har vi fått med flere bidrag fra bedriftsleger. Det vil vi arbeide for å få med i fortsettelsen også. Dessuten har vi invitert Ørn Terje Foss til å levere friske fraspark som dere i dette og kommende nummer vil finne under vignetten @rneblikk. I dette nummeret er titelen Sykt fravær av politikk.

Poengeterte bidrag av denne typen vil vi gjerne ha mange av, og vi inviterer med dette alle som brenner for noe om ikke å brenne inn med det!

Tema for årets siste nummer er ennå ikke bestemt. Forslag om tema mottas med takk. Innlegg som knytter an til de to nevnte temaene er særdeles velkomne, men det er forresten alle innlegg! Til slutt vil vi gratulere Universitetet i Bergen ved Professor Bente Moen med en nytt kurs: Occupational health in developing countries. Dette er et nytt gratis nettkurs om arbeidshelse i utviklingsland. En kort omtale finnes inne i bladet.

Rusmiddelundersøkelse i arbeidslivet

Bjørn Otterlei, spesialist i allmenntillegmedisin og arbeidsmedisin

Rusmiddelundersøkelse i arbeidslivet er en oppgave som stiller krav til at bedriftslegen balanse- rer mellom de legeetiske reglene man er bundet av og de juridiske forhold som gjelder arbeidslivet.

Rusmiddelundersøkelse er langt mer enn en alkotest. Det er en målrettet helseundersøkelse som har til hensikt å avdekke om en person er eller har vært påvirket av et rusmiddel. Legen eller den helsepersonen som gjennomfører en rusmiddelundersøkelse opptrer i rollen som sakkyndig, og i likhet med andre situasjoner der legen er sakkyndig (f.eks. ved utstedelse av sykemelding, førerkort attest eller legeerklæring for å motta ytelse fra et forsikrings- selskap), kan utfallet – særlig når det er negativt, kompromittere legens rolle i en terapeutisk allianse. Slike rollekonflikter er vanlige for leger, og kan håndteres på en ryddig og profesjonell måte når premissene for sakkyndig- vurderingen er lagt på forhånd.

Det som setter legens habilitet ved rusmiddelundersøkelse på en spesiell prøve, er at et positivt resultat ikke bare fører til bortfall av noe (Ikke sykemelding, ikke innvilget førerkortattest, ikke erstatning fra forsikringsselska- pet), men kan medføre aktive negative sanksjoner, slik som straff, at man mister arbeidet, at man fratras retten til å kjøre bil over lang tid eller at man fratras omsorgsrett for mindreårige barn. Derfor er det svært viktig at premissene for rusmiddelunder- søkelse er klargjort på forhånd, og at den som undersøkes både er informert om dette og har forståelse for eventuelle konsekven- ser av alternative resultater. Det ivaretas gjennom INFORMERT

SAMTYKKE, men allerede her er det viktig at helsepersonell vur- derer arbeidstakerens samtykke- kompetanse.

Det er også viktig at en rusmid- delprøve kan brukes som doku- mentasjon i en sanksjon eller straffesak (bevis). Dette skil- ler omstendigheten rundt en sakkyndig rusmiddelundersø- kelse fra en sakkyndig undersø- kelse for f.eks. førerkort. En per- son som ikke oppnår gyldig attest for førerkort (f.eks. pga nedsatt syn som ikke er korrigeret), kan fremstille seg for ny undersøkelse hvis man har skaffet briller, og korrigeret visus ligger innenfor synskravene for førerkort. Der- imot vil man ikke kunne helle ut en positiv urinprøve som er rekvirert av politiet og gjøre et nytt forsøk uken etter, når man er blitt edru.

Det som er nevnt ovenfor er intu- itivt innlysende, men likevel vik- tig å ha present, og må beskrives i prosedyrer. Hvis man snubler på et enkelt trinn, kan hele proses- sen bli mislykket, og da vil i hvert- fall legen ha utfordringer med å gjenvinne tilliten hos arbeidsta- keren.

Tradisjonelt sett har rusmiddel- undersøkelse i arbeidslivet hatt som mål å avdekke om en arbeids- taker er påvirket av et rusmiddel eller ikke. Det kan være knyttet opp til en hendelse (ulykke) som allerede er skjedd, og vil da være rekvirert av politiet. I så fall kan ikke arbeidstaker unndra seg undersøkelse. Men det kan også være knyttet opp til mistanke om ruspåvirkning og arbeidsgivers plikt til å bortvise en arbeids- taker man mener representerer en sikkerhetsrisiko. I så fall er

arbeidsgivers rett til å få gjen- nomført rusmiddelundersøkelse mye svakere. Mange arbeidsgi- vere sikrer seg retten til dette ved ansettelse der man henviser til et arbeidsreglement som kan defi- nere arbeidsgivers rett til å foreta rusmiddelundersøkelse på mis- tanke om påvirkning.

Det siste året har grensene blitt flyttet ytterligere ved at man ikke lenger bare undersøker aktuell påvirkning av rusmidler mens arbeidstakeren befinner seg på arbeidsplassen, men tidligere påvirkning av illegale rusmid- ler, selv om arbeidstakeren er nykter når hun/han kommer på jobb. Mange arbeidsgivere har et personalreglement som for- fakter null-toleranse mot bruk av illegale rusmidler. Og om ikke arbeidsgiver selv har det, kan en oppdragsgiver kreve at bedriften ved inngåelse av kontrakt følger oppdragsgivers rusmiddelpo- litikk om f.eks. null-toleranse mot bruk av illegale rusmidler. Eksempelvis kan en arbeidsta- ker som er på ferie i utlandet og røyker hasj et sted der det ikke er legalt få problemer når han/hun kommer tilbake, fordi hasj er ille- galt i Norge og kan spores lenge etter at metabolittene er ute av kroppen.

Sistnevnte problemstilling er viktig å ha i mente for arbeids- takere som selv er proaktive for å frikjennes fra mistanke. Ikke alle er klar over analysenes evne til å påvise spor av illegale stoffer tilbake i tid. Dermed vil en prøve som skulle frikjenne arbeidsta- keren faktisk kunne felle ved- kommende.

Debatten om hvor langt arbeids- givers kontroll av arbeidstakers

utfoldelse på sin fritid er nok ennå ikke ferdig, men vil ikke bli diskutert videre i denne artikkelen.

En utbredt misoppfatning er at rusmiddelundersøkelser nærmest alltid er knyttet opp mot arbeidstakeres rusavhengighet. Dette er villedende, særlig i forhold til undersøkelse av arbeidstakere fra et sikkerhetsaspekt. Langt fra alle som har en positiv rustest er avhengig av rusmidler. Noen rusavhengige blir imidlertid avslørt gjennom tilfeldige tester eller på mistanke. Da plikter arbeidsgiver å legge tilrette for et tilbud om avvenning, og i den sammenheng er regelmessig rusmiddelundersøkelse som regel en del av avtalen.

Hvis en ser bort fra politiets rekvirering av rusmiddelundersøkelse etter hendelser og rusmiddelundersøkelser som inngår i et behandlingsopplegg, er de fleste rusmiddelundersøkelser i arbeidslivet begrunnet ut fra et sikkerhetsaspekt og kan utløse sanksjoner knyttet til arbeidsforholdet. Det er altså ofte HMS-avdelingen som definerer «sikkerhetskritiske» operasjoner og/eller «sikkerhetskritisk» personell. Men så er det som regel HR-avdelingen som følger opp med eventuelle sanksjoner knyttet til positive prøveresultater.

Arbeidsgiver har et stort ansvar forut for en eventuell rusmiddelundersøkelse. For det første må man ha lov til å kreve slik undersøkelse. Store virksomheter har egne jurister som kan vurdere dette. Begrunnelsen for å foreta undersøkelse kan være å sikre pliktmessig avhold ut fra et sikkerhetsaspekt. Dette må det være informert om, helst i personalreglementet. Ved ansettelse vil det være viktig å sikre seg at den nyansatte har fått informasjon om dette, forstått og akseptert det. Et personalreglement omfatter som regel en rusmiddelpolitikk som er et mer normativt informasjonsskriv om bedriftens kultur og ønskede holdninger i

forhold til omgang med alkohol både i firmasammenheng og privat.

Før en arbeidstaker skal gjennomføre en rusmiddelundersøkelse, må vedkommende få informasjon om hvorfor dette skal gjøres, avgjøre hvem som skal ha resultatet, og forstå konsekvensene av resultatet. Alt dette er arbeidsgivers ansvar. Noen ganger svikter arbeidsgiver sitt ansvar og prøver å overlate dette til helsepersonellet som skal gjennomføre selve rusmiddelundersøkelsen. Dette kan ikke aksepteres, for det vil kunne kompromittere helsepersonens habilitet.

Arbeidsgiver må informere om hvorfor man ønsker en rusmiddelundersøkelse (f.eks. at man lukter alkohol når man kommer på arbeid). Dette gir en legitimitet til å gjennomføre en alko-test, men ikke nødvendigvis en utvidet rusmiddelundersøkelse som inkluderer narkotika. Hvis arbeidsgiver ønsker det, må man ha en skjellig grunn til det, f.eks. at man har grunn til å tro at arbeidstakeren også er påvirket av narkotiske stoffer. Når arbeidsgiver har informert arbeidstaker om hvorfor man vil foreta undersøkelse, må arbeidstaker samtykke i at arbeidsgiver får resultatet. Ellers er prøvetaker bundet av taushetsplikten. Mange arbeidsgivere har på forhånd sikret seg denne retten ved å ha formuleringer i personalreglementet som at «nekting av prøvegiving eller formidling av prøveresultat betraktes som positiv prøve». Endelig må arbeidstakeren ha fått informasjon om og forstått hvilke konsekvenser et positivt resultat kan få. Alt dette sikrer arbeidsgiver seg gjennom å få arbeidstaker til å signere «informert samtykke».

Helsepersonellet som skal gjennomføre rusmiddelundersøkelsen må forsikre seg om at arbeidstaker har fått informasjon og signert informert samtykke. Vedkommende må legitimere

seg, og man må vurdere samtykkekompetanse. Eventuell ledsager bør også legitimere seg, og vedkommendes navn og funksjon noteres i journal.

Rusmiddelundersøkelse er mer enn «testing». Arbeidstakeren må intervjues der alkoholanamnese er viktig, spørsmål om eventuelle andre rusmidler, og ikke minst faste medisiner, behovsmedikasjon og nylig gjennomgått behandling. I en slik setting vil også arbeidstakeren få anledning til å forklare seg og kanskje avdekke et avhengighetsproblem. Nettopp denne muligheten gjør at leger og annet helsepersonell er spesielt velegnet til å foreta en rusmiddelundersøkelse – i motsetning til ansatte i et vakt-selskap som har en teknisk opplæring i å foreta en hurtigtest på alkohol eller narkotika.

Selve rusmiddeltesten kan bestå av en hurtigtest (utånding eller urin) som verifiseres av en mer nøyaktig analyse. Hvis det er diskrepans mellom resultatet og anamnesen, kan arbeidstakeren intervjues på nytt i åpent modus der man spør om det er «noe mer man kunne ha sagt.» Det kan være uklokt å gi tilkjenne hvilke stoffer testen har gitt utslag på før arbeidstakeren har fått anledning til å forklare seg mer detaljert.

Endelig sendes det biologiske materialet til et akkreditert laboratorium for en kvantitativ analyse som har til hensikt å beregne konsentrasjon og dermed si noe om grad av påvirkning på det tidspunktet mistanken ble reist eller hendelsen skjedde. En uavhengig fagperson, såkalt MRO (Medical Review Officer), skal vurdere og eventuelt verifisere eller tilbakevise påstand om påvirkning.

Under forutsetning av at det er gitt samtykke til å formidle resultatet til arbeidsgiver, sendes det til en dedikert person hos arbeidsgiver.

I 2014 innførte noen oppdragsgivere «frivillig» rusmiddelundersøkelse av arbeidstakere som skulle arbeide på et spesielt anlegg eller innretning – såkalt «pre-access testing». Dette innebærer at man formidlet kun negative resultater tilbake til oppdragsgiver. Dersom arbeidstakere ikke fikk til å levere prøve, ombestemte seg eller faktisk hadde en positiv prøve, kunne man velge å trekke seg, og skiftet til gruppen «ikke negative» som ikke må forveksles med «positive». Denne ordningen er en minnelig løsning som til tross for store protester ble akseptert av arbeidstakerorganisasjoner. Resultatet av at man havnet i gruppen «ikke negative» var ikke at man ble oppsagt, men ble flyttet til et annet anlegg eller innretning. I 2016 er situasjonen i markedet slik at man ikke lenger kan velge og vrake mellom anlegg og innretninger, slik at et «ikke negativt» resultat nå faktisk kan bety at man står uten arbeid.

OPPSUMMERING

Rusmiddelundersøkelse er langt mer enn en «rusmiddeltest». Premissene for undersøkelsen bør kvalitetssikres juridisk, forankres i HMS krav og tydeliggjøres allerede ved ansettelse. Helsepersonell som foretar rusmiddelundersøkelse må være bevisst sin sakkyndighetsrolle og spesielt sikre at det foreligger informert samtykke og indikasjon for undersøkelsen før man starter. Helsepersonell må kontrollere identitet, samtykkekompetanse og at prøvegiver forstår eventuelle konsekvenser av resultatet.

De fleste positive prøvene er først og fremst personalsaker, men noen ganger kan man avdekke avhengighetsproblemer, og da er helsepersonell velegnet til å veilede og viderehenvise. En ny praksis de siste par årene gjør at man har utvidet indikasjonen fra å gjelde aktuell ruspåvirkning til å omfatte tidligere bruk av illegale rusmidler, selv om

arbeidstakeren faktisk var nykter på det aktuelle tidspunktet mistanken ble reist. Dette har skapt en debatt om arbeidsgivers rett til å kontrollere arbeidstakers privatliv. Denne debatten er enda ikke avsluttet.

Kilder/les mer:

Arbeidstilsynet om Arbeidsmiljølovens definisjon av kontrolltiltak og overvåking på arbeidsplassen: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=229591>

Helsedirektoratet: Prosedyre for rusmiddeltesting. Veileder IS-2231. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/prosedyrer-for-rusmiddeltesting>

Datatilsynet: «Rustesting i arbeidslivet» 5.11.2013 <https://www.datatilsynet.no/Sektor/Arbeidsliv/Rustesting/>

Ramazzini-pris

Styrene i Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) og Norsk forening for arbeidsmedisin (NFAM) vedtok 7.12.2015 at det fra og med 2017 skal deles ut en pris på kr. 10 000 for publisering av en artikkel i Ramazzini.

Artikkelen skal ha en bedriftslege som førsteforfatter og være basert på et prosjekt i bedriftshelsetjenesten. Prisen tildeles første gang på vårkonferansen 2017 og skal gis til forfatteren av en artikkel publisert det foregående året.

Prisbeløpet kan benyttes til en faglig aktivitet, som studiereise, kongressdeltakelse eller lignende.

Forskningsutvalget går gjennom 2016-årgangen av Ramazzini og innstiller til styrene, som avgjør prismottaker.

Sjarkfiskeren lever et farlig liv

Halvard L. Aasjord, dr.ing., rådgiver ved SINTEF Fiskeri og havbruk.

halvard.aasjord@sintef.no

Ingunn Marie Holmen, forskningsleder ved SINTEF Fiskeri og havbruk.

ingunn.holmen@sintef.no

Bakgrunn

De minste båtene i den norske fiskeflåten har et rykte på seg for å være meget risikoutsatte med hensyn på personulykker. Det stemmer når det gjelder dødsulykker i den såkalte sjarkflåten, den minste kystfiskeflåten. Når det gjelder personskafer er det havfiskeflåten som rapporterer flest ulykker, og spesielt fiskere i trålerflåten har en høy skadefrekvens (1). I denne artikkelen gis først en presentasjon og analyse av data for alle dødsulykker i fiskeflåten for 25-årsperioden fra 1990 til 2014. Deretter gis det en nærmere beskrivelse av yrkesdødsfallene i sjarkflåten. En mer omfattende analyse av fatale ulykker i fiskeflåten kan leses i (2).

Dødsulykker i den norske fiskeflåten i perioden 1990 – 2014

Forskerne ved SINTEF Fiskeri og



Mindre kystfiskebåter fisker skrei med garn utenfor Henningsvær mars 2006 (foto: H.L. Aasjord)

havbruk i Trondheim har hatt tilgang på data for arbeidsulykker i fiske og fangst over en lang tidsperiode gjennom sitt nære samarbeid med fiskeriorganisasjoner og sjøfartsmyndigheter. De siste årene har Sjøfartsdirektoratet hatt et nasjonalt ansvar for registrering av alle typer ulykker til sjøs (skipsulykker og personulykker) som skjer med og om bord på

norske skip og fiskefartøy. Med grunnlag i alle disse dataene har SINTEF vedlikeholdt en database med informasjon om dødsulykker som har forekommet i den norske fiskeflåten.

Figur 1 viser den årlige utviklingen i samlet antall dødsulykker (søyler) rapportert innenfor norsk fiske og fangst i 25-årsperioden fra 1990 – 2014. Samlet har SINTEF registrert 303 omkomne fiskere, inkludert noen andre ved fiskeriaktivitet, i 25-årsperioden. Årlig ulykkesfrekvens er også angitt med kurve og tall. Tall for utvikling i fiskeflåten og antall yrkesfiskere, både de som er registrert i Fiskermanntallet på blad A (deltid) og blad B (heltid), finnes i dag på hjemmesidene til Fiskeridirektoratet i deres offentlige tilgjengelige registre (3-5).

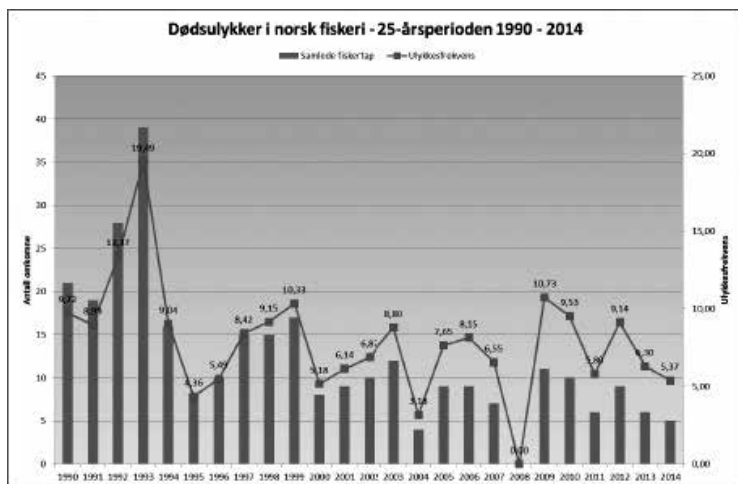
Figur 1 viser at det har vært store årlige svingninger i antall forulykkede yrkesfiskere, med flest omkomne i 1992 og 1993 med henholdsvis 28 og 39 omkomne. I disse to årene omkom mange fiskere i forbindelse med fartøyforlis, henholdsvis 15 omkomne i 1992 og 19 i 1993.

Mest medieomtale på 1990-tallet

Tall for fiskerårsverk og ulykkesfrekvens er beregnet ved bruk av to enkle formler:

Antall fiskerårsverk = antall blad B-fiskere * 0,9 + antall blad A-fiskere * 0,45

Ulykkesfrekvens (yrkesdød) = antall omkomne per år / antall årsverk * 10.000



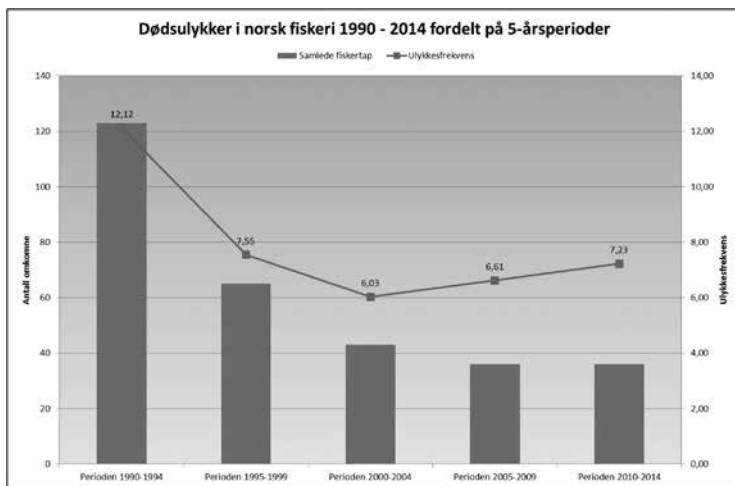
Figur 1 Fiskeriuulykker – norske fiskere registrert som yrkesdød for 25-årsperioden 1990 – 2014

fikk forlisene av to større fiskefartøy. En 65 fots snurrevadbåt fra Troms kantret utenfor Berlevåg hvor to av fem mann omkom, og en 110 fots reketrål fra Båtsfjord gikk ned vest av Svalbard, hvor til sammen fem av en besetning på 11 fiskere omkom. I 1993 omkom fire fiskere da en 41 fots garnbåt fra Vågsøy kantret i Magerøysundet, mens ni fiskere av en besetning på 12 mann omkom da en 100 fots banklinebåt fra Giske kantret på Nordkappbanken.

Figur 2 viser antall omkomne fiskere inndelt i fem 5-årsperioder. Mens det i første periode, 1990-94, omkom 25 fiskere i gjennomsnitt per år, gikk tallet ned til 13 omkomne per år i perioden 1995-99. I 5-årsperioden 2000-04 omkom 8-9 fiskere per år, mens antallet omkomne var 7 per år i de to siste 5-årsperiodene, 2005-09 og 2010-14. På grunn av at antall registrerte yrkesfiskere og dermed antall fiskerårsverk stadig går nedover, viser ulykkesfrekvensen likevel en noe stigende tendens igjen.

Hvis vi analyserer antall omkomne i ulike flåtegrupper, er det innenfor sjark-/kystfiskeflåten (båter inntil 15 m) hele 27 fiskere som er registrert omkommet i perioden 2010 – 2014, mens det var tre omkomne fiskere i flåtegruppene medium og stor kyst (båter 15-28 m) og sju omkomne fiskere i havfiskeflåten (båter > 28 m).

Tabell 1 viser en fordeling av alle rapporterte og registrerte dødsulykker i norsk fiske og fangst fordelt på tre fartøy-/flåtegrupper (lengde i meter) og åtte ulike



Figur 2 Fiskerulykker – norske fiskere registrert som yrkesdød 1990 – 2014 fordelt på 5-årsperioder

ulykkeskategorier. De fire hyppigste ulykkeskategoriene i fiskeri er: "Forlis/havari", druknet i "over bord ulykker", "druknet i havn" og omkommet ved "slag- og klemskade".

Som det fremgår av Tabell 1, var det flest omkomne fiskere i sjarkflåten/liten kystflåte, mens en del fartøyforlis med fartøy over 15 m har fått størst medieomtale og mest sikkerhetsfokus i etterkant. Disse ulykkene har ført til en rekke sikkerhetsforbedringer for større kystfiskefartøy og særlig i havfiskeflåten, ofte i form av økte konsesjonsgrenser (fartøylengde) og tonnasjengrenser. Det betyr at dagens store kystfartøy og ikke minst havfiskefartøy kan bygges langt større og får dermed en fangst- og lastekapasitet vesentlig større enn de hadde for noen år siden. Dette, og en moderne utrustning, har vært sterkt medvirkende til at ulykestallene i de større flåtegruppene har gått drastisk tilbake.

Dødsulykker og aldersfordeling

Flest dødsulykker er å finne blant fiskere i de minste flåtegruppene: Åpen fjordfiskebåt < 6,0 m og sjark- kystfiske, 6,0 - 10,66 m. Her dominerer aldersgruppen fra 40 - 49 år og helt opp til 70 – 79 år. For alle fartøygruppene samlet er det aldersgruppen 40– 69 år som hatt flest dødsfall.

Yngre og middelaldrende fiskere befinner seg mest i stor kystfiskeflåte og havfiskeflåten, mens eldre fiskere ofte er å finne i sjark- og liten kystfiskeflåte. Våre statistikkdata viser at gjennomsnittsalderen for de forulykkede fiskere i 25-årsperioden var lavest i havfiskeflåten (35 år), vesentlig høyere, 55 år, i sjarkflåten og hele 58 år i gruppe "åpen fjordbåt". Fiskerpensjonister, aldersgruppen 70 – 79 år, har som vist i tabell 3, i hovedsak forulykket på åpne båter < 6,0 m og i sjarkflåten, 6 – 10,66 m. Kombinasjonen av mindre fiskebåter og godt voksne

Tabell 1 Samlet oversikt over registrerte omkomne yrkesfiskere i tidsperioden 1990 – 2014.

Fartøygrupper / ulykkeskategorier	Forlis/havari	Overbord	Havnulykke	Slag-/klem	Brann/gass	Fallende gjenstand	Fall skade	Stikk/kutt	Sum omkom
Liten kystflåte < 15 m	85	63	32	17	4	1	2	1	205
Stor kystflåte > 15 m	7	5	17	2	0	1	1	0	33
Havfiskeflåte > 28 m	17	18	11	12	2	3	2	0	65
Sum omkomne fiskeri	109	86	60	31	6	5	5	1	303

fiskere ser derfor ut til å være en spesielt uheldig sammensetning når det gjelder risiko for dødsulykker.

Fiskerulykker og heimfylke/region

Vi har også sett på fordelingen av dødsulykker på forulykkedes heimfylke i forhold til et gjennomsnittlig årsverkstall (fiskere per 2006). Tre fiskerifylker utpeker seg med høye antall omkomne fiskere: Troms (68 omkomne, frekvens 12,15), Nordland (65 omkomne, frekvens 7,51) og Møre og Romsdal (58 omkomne, frekvens 6,98). Sør-Trøndelag (16 omkomne) har høyest ulykkesfrekvens (15,18), deretter Troms (12,15) og Rogaland med 16 omkomne har en frekvens på 9,84.

Dødsulykker i sjark/liten kystfiskeflåte

Av de 205 omkomne i sjark- og liten kystfiskeflåte (< 15 m) var det 124 enefiskere. Hele 78 % (85 omkomne) av alle forulykkede ved fartøyforlis tilhørte denne flåtegruppa. Alenefiskere er trolig mer utsatt for feilnavigering på grunn av at de sovner av eller holder på med andre gjøremål under gange til/fra fiskefeltet. Årsaksanalyser av forlisulykker tyder på at en del sjarkfiskere sannsynligvis har for dårlig stabilitetsforståelse og derved tar for lite hensyn til fartøyet kritiske lasttilstander (6). Noen bygger også om eller utrustrer fartøyet med nytt deks- og fiskeritustyr, det vil si at fartøyet får økte vekt overvanns. Når dette ikke kompenseres med mer fast ballast vil det redusere stabilitetsmarginene til fartøyet.

Overbord-ulykker

Fiskere på mindre fartøy er ofte utsatt for overbordulykker av typen fall, slått eller dratt overbord. Hele 71 % (63 omkomne) av alle overbordulykkene i perioden 1990-2014 skjedde i sjark/liten kystfiskeflåte. Det finnes diverse verneiltak for å hindre overbord-ulykker, som sikkerhetsline, fjernstopp av motor, bruk av redningsvest eller flyteklær og redningsleider for å komme

seg ombord igjen. Noen fiskere uttrykker dessverre negative holdninger til bruk av personlig rednings- og flyteutstyr i utsatte arbeidssituasjoner. Dette gjelder spesielt eldre menn, både yrkesfiskere og ikke minst fritidsfiskere. Bruk av personlig verneutstyr kan redusere konsekvensen av ulykker og det er dokumentert at flyteplagg det kan redde liv ved fartøyforlis (7).

Drukningssulykker ved fartøy i havn

Om lag halvparten (31 omkomne, tilsvarende 52 %) av alle drukningssulykker i havn de siste 25 år skjedde fra sjark/ liten kystfiskebåt. Mange skylder på dårlig kaisikring i fiskerihavner, og det er nok en viktig medvirkende faktor. Dette gjelder blant annet dårlig belysning, glatt kaidekke, manglende snørydding og strøring på vinterstid, og dårlige kai-leidere. Et forhold som har fått mindre oppmerksomhet er manglende verneiltak ombord på fartøyene, som deksbelysning, egen leder eller landgang til/fra kai, overbord-leider, gripebøyler og rekkverk på fartøy. Stor forskjell mellom flo og fjære er også en betydelig risikofaktor for fall i sjøen ved entring av eget fartøy. Dette gjelder spesielt fiskerihavner i Nord-Norge.

Hvordan øke sikkerheten i sjarkflåten?

Et nytt regelverk for økt sikkerhetskontroll innføres nå også for mindre fiskefartøy. Fiskeflåten under 10,67 m lengde har i mange år vært fritatt for offentlig sikkerhetskontroll. Økonomiske hensyn har i fiskerimiljøer vært et meget viktig argument for enklere regelverk og mildere kontrollregime for mindre fiskefartøy. At dette kan ha vært en medvirkende årsak til tap av fiskerliv samt store materielle tap, har ofte vært lite fremme i argumentasjonen for økt sikkerhetskontroll. Etter flere år med ulike forslag til et strengere regelverk, høringer og egne forhandlinger med Norges Fiskarlag og Norges Kystfiskarlag, har kystfiskeflåten (8,0 til 14,99 m) endelig fått et nytt

regelverk for bygging, utrustning og periodisk kontroll (8).

Den aktive sjarkflåten driver helårsfiske langs kysten i forhold til kjente sesongfiskerier, som fiske etter torsk, hyse, sei, makrell osv. Den aktive sjarkfiskeren er en profesjonell fisker og fartøypeperator som bruker moderne utstyr og instrumenter for kystfiske og kystnavigasjon. Alle norske yrkesfiskere, sjarkfiskere inkludert, er pålagt å ha grunnleggende sikkerhetsopplæring. Det bør også komme tilbud om mer målrettet opplæring i stabilitet- og lastelære som er relevant for sikker operasjon av denne flåtegruppen (1). Alle fiskefartøy, inkludert de under 15 meter, har nå krav om å innføre et system for sikkerhetsstyring om bord. Dette skal blant annet dokumenterer risikovurderinger, sikkerhetsrutiner, opplæring og forebyggende tiltak om bord. En gjennomført risikovurdering vil i seg selv øke bevisstheten rundt farlige forhold ved fangstoperasjoner og øvrig aktivitet i tilknytning til drift av fiskefartøyet, og forhåpentligvis bidra til færre tragiske yrkesdødsfall i sjarkflåten.

Litteratur

1. Halvard L. Aasjord, Ingunn M. Holmen og Trine Thorvaldsen (2012). *Fiskerulykker og årsaksforhold. Analyse av årsaksforhold ved dødsulykker og alvorlige personskader i norsk fiskeri*. SINTEF-rapport A23369, ISBN 978-82-1405451-4.
2. Edgar McGuinness, Halvard L. Aasjord, Ingrid B Utne, Ingunn M. Holmen (2013). *Fatalities in the Norwegian Fishing Fleet 1990-2011*. Safety Science 57: 335-351.
3. Fiskeridirektoratet. Statistikk for yrkesfiske: <http://www.fiskeridir.no/Yrkesfiske/Statistikk-yrkesfiske>.
4. Fiskeridirektoratet. Fartøyregisteret: <http://www.fiskeridir.no/register/fartoy-reg/>
5. Fiskeridirektoratet. Fiskermanntallet: <http://www.fiskeridir.no/register/fiskermanntallet/>
6. Halvard L. Aasjord og Birger Enerhaug (2013). *Stabilitet og stabilitetsmarginer for mindre fiskefartøy*. SINTEF-rapport A24663, ISBN 978-82-14-05638-9.
7. Ingunn M Holmen, Jarl Reitan, Mariann Sandsund, Hilde Færevik, Randi E. Reinertsen, Halvard L. Aasjord (2006). *Safer work clothing for fishermen*. Internat. Marit. Health, 2006, 57, 1-4.
8. Sjøfartsdirektoratets nettportal for yrkesfiskere: www.yrkesfisker.no

Juridisk ansvar som sakkyndig lege

Lars Duvaland, avdelingsdirektør/advokat, Avdeling for Jus og Arbeidsliv, Legeforeningen

Dokumentasjon av helsemessige forhold er avgjørende i mange sammenhenger, for eksempel i strafferetten, arbeidslivet, forsikringssaker og barnevernssaker. På grunn av sin spesielle og ofte spissede kompetanse er det mange leger som har oppdrag som sakkyndig. Sakkyndigvirksomhet ligger arbeidsmedisinen særlig nært. Dette gjør det viktig med god kjennskap til de juridiske rammene rundt sakkyndigvirksomheten. Som lege har man forpliktelser i mange ulike lover. Den viktigste av disse er helsepersonelloven. Denne artikkelen skal ikke redegjøre for alle de generelle forpliktelsene som følger av denne og andre lover, men konsentrere seg om enkelte viktige bestemmelser for virksomheten som sakkyndig.

Når er man sakkyndig?

Det finnes ingen såkalt legaldefinisjon – definisjon nedfelt i loven – på når man er å anse som sakkyndig. Begrepsinnholdet er sterkt knyttet til rollen som (uavhengig) fagekspert i domstolene. Å være sakkyndig skiller seg som utgangspunkt fra behandlerrollen. Oppdraget innebærer å foreta en faglig vurdering av en tilstand, hendelsesforløp e.l. hvor primærformålet ikke er pasientbehandlingen, men oppdragsgiverens behov for de faglige vurderingene. Det er med andre ord først og fremst oppdragsgiverens, og ikke pasientens, behov som skal ivaretas. Dette har betydning for reguleringen av blant annet taushetsplikten, jf nedenfor.

Som lege vil man i en del til-

feller oppleve å gå inn og ut av sakkyndigrollen. Dette gjelder kanskje særlig bedriftsleger. Med bedriftslegens ansvar etter arbeidsmiljøloven (aml.) § 3-3 følger en rekke sakkyndigoppgaver – primært for arbeidsgiver. Samtidig vil bedriftslegen i en del situasjoner de facto gå over i en behandlerrolle. Dette kan skje overfor samme arbeidstaker og i samme konsultasjon. Ulik rettslig regulering av rollene gjør det nødvendig å være bevisst på hvor skillet går.

Krav til attesters og erklæringers innhold

Det juridiske ansvaret for sakkyndige ble skjerpet i etterkant av den såkalte "Attestjukssaken" som ble avdekket av Dagens Næringsliv i 2005¹. Det ble avdekket at en psykiater og en psykolog fabrikerte falske erklæringer mot vederlag. Erklæringene ble brukt til å få lettere soningsforhold, utsettelse av rettssaker og benådning. Saken førte til en gjennomgang av regelverket knyttet til sakkyndig virksomhet i en arbeidsgruppe under ledelse av professor Hans Petter Graver². Dette ledet igjen til en lovendring med skjerping av de lovfestede krav til attesters innhold i helsepersonelloven (hpl.) § 15. Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Videre står det at attester og erklæringer skal være "korrekte" og bare inneholde opplysninger som er "nødvendige" for formålet. Attester og erklæringer skal inneholde alle opplysninger som legen bør forstå er av betydning for mottageren og for formå-

let med å utstede dem. Legen skal gjøre det klart dersom en attest eller erklæring bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene legen har. Det er også gitt en utfyllende forskrift til hpl § 15. Forskriften har liten praktisk betydning utover lovreguleringen.

Habilitet

Det ligger i sakkyndigrollen et krav til objektivitet og uavhengighet. Krav til habilitet står i hpl § 15. Her står det at helsepersonell som er inhabile etter forvaltningsloven (fvl.) § 6 ikke skal utstede attester og erklæringer. Etter fvl. § 6 er man inhabil når man selv er part i saken eller er i nær familie med en part (i slekt eller svogerskap med en part i opp- eller nedstigende linje eller i sidelinje så nær som søsken). Vel så praktisk er det generelle kravet om at det ikke må foreligge "andre særegne forhold" som er egnet til å svekke tilliten til upartiskheten. Dette kan ramme også for eksempel vennsrelasjoner eller økonomiske relasjoner. Den sakkyndige har selv en plikt til å påse at man ikke er inhabil, etter som denne bestemmelsen står i helsepersonelloven.

Taushetsplikt

Som lege er man underlagt en streng taushetsplikt i helsepersonelloven. For opplysninger legen har mottatt i rollen som sakkyndig er det gitt et eget unntak i hpl. § 27. Fordi det ikke er tale om en behandler situasjon, vil også betydningen av de hensyn som ligger bak taushetsplikten være annerledes. Det vil ikke være det

¹ Dagens Næringsliv 29. oktober 2005 med tittelen «Kriminelle kjøper seg fri fra soning. Selger falske legeerklæringer».

² Varsom, nøyaktig og objektiv – krav til attester og erklæringer fra helsepersonell, 16. mai 2006

samme hensynet til fortrolighet og tillit mellom sakkyndig og den personen helseopplysningene gjelder.

Hpl. § 27 forutsetter et gyldig rettsgrunnlag for den sakkyndige vurderingen. Slikt grunnlag kan finnes i lov eller forskrift, arbeidsavtale, pasientsamtykke mv.

Bestemmelsen gir unntak for taushetsplikten mellom oppdragsgiver og helsepersonellet. Unntaket gjelder kun opplysninger mottatt under utførelsen av oppdrag. Dette innebærer at om for eksempel samme psykiater både er behandler og sakkyndig vil kun den informasjonen som er stilt til rådighet eller innhentet for det aktuelle sakkyndigoppdraget, kunne utleveres. I mange tilfeller vil det naturligvis være svært vanskelig å skille mellom informasjon mottatt som behandler og som sakkyndig, og av den grunn bør helsepersonell være varsom med å blande rollene. Likevel vil en slik kombinasjon oppstå jevnlig for eksempel for bedriftsleger.

Ved tvil om hvilken rolle helsepersonellet innehar i en konkret situasjon vil tillitshensynet måtte være førende også her. Det betyr at pasientens oppfatning må være et moment i vurderingen. Spør man pasienten og får samtykke til utlevering av opplysninger vil dette uansett alltid være et gyldig grunnlag for utlevering av informasjon.

Grensen mellom sakkyndig og vitne

Erfaringsmessig er legen selv ofte i tvil om man er i rollen som sakkyndig eller som vitne når man blir bedt om å gi forklaringer retten. Dette er viktig å vurdere, da det har betydning for både rett og plikt til å uttale seg, møteplikt og godtgjøring. Noe av forvirringen skyldes at partene i en rettsak fører egne "sakkyndige" som ikke er sakkyndige i prosesslovgivningens forstand. Disse er å anse som sakkyndige vitner. Etter prosesslovgivningen (reglene for domstolsprosessen) er det bare

de rettsoppnevnte sakkyndige som skal ha tittelen *sakkyndig*. En rettsoppnevnt sakkyndig påtar seg slike oppdrag etter avtale. Vedkommende har anledning til å være tilstede i rettssalen under hele sakens gang. Han eller hun skal forklare seg om faglige vurderinger som ligger under det oppdraget man er gitt.

Er man derimot vitne har man som utgangspunkt plikt til å møte i retten og plikt til å forklare seg. Vitners oppgave er å belyse *faktiske hendelser* man selv har observert eller kommet til kjennskap med. Ofte ser vi at aktører i retten forsøker å få leger innkalt som vitner til å foreta generelle faglige vurderinger av et saksforhold. Dette faller utenfor vitneplikten, og man bør være forsiktig med å gjøre dette. Vitnet har videre kun anledning til å være tilstede under sitt vitneprov og skal deretter forlate rettssalen. Formålet er å unngå tilpasning av forklaringer.

Svært viktig er at man som lege er pålagt et *forklaringsforbud* hva gjelder taushetsbelagt informasjon. Dette forklaringsforbudet kan man fris fra dersom det foreligger et unntak fra taushetsplikten. Dette kan være for eksempel samtykke (hpl. § 22) eller unntaket for informasjon fra sakkyndig (hpl. § 27).

Som eksempel nevnes at bedriftslege som er innkalt som arbeidsgivers sakkyndige i en trakasseringssak vil kunne uttale seg om f.eks. arbeidsmiljøundersøkelser og tilretteleggingstiltak for den ansatte. Dette fordi det har skjedd i sakkyndigrollen og derfor under unntaket etter hpl. § 27, jf. ovenfor. Derimot vil det ikke være tillatt å forklare seg om hva den samme personen har betrodd seg til bedriftslegen om tidligere oppfølging av angstlidelser. Dette er vernet av taushetsplikten.

Rettsoppnevnte sakkyndige har rett på godtgjøring etter salærforskriftens satser. Vitner har

kun krav på dokumentert tapt arbeidsinntekt og reiseutgifter. Er man spurt av en av partene om å gjøre tjeneste som sakkyndig (sakkyndig vitne) har man formelt vitnestatus og må avklare godtgjøring på forhånd med den part som er oppdragsgiver. Som regel får slike partsoppnevnte sakkyndige være tilstede i hele hovedforhandlingen om man ønsker.

Konsekvenser av brudd på lovbestemte krav

De fleste av de forpliktelsene som er omtalt i denne artikkelen er nedfelt i helsepersonelloven. Formålet med dette er å stille individuelle krav til hver enkelt helsearbeider som kan følges opp med rettslige sanksjoner om nødvendig. Mest praktisk er at brudd på lovens bestemmelser følges opp av helsetilsynsmyndighetene. Det er få eksempler på tilsynssaker mot sakkyndige. Reaksjonen advarsel (hpl. § 56) vil i så fall være den mest aktuelle ved brudd på forpliktelser etter loven. At denne reaksjonen skulle kunne brukes i forbindelse med juks med attester skjedde i det lovarbeidet som er nevnt ovenfor. I 2008 ble det tatt inn et vilkår om at advarsel kan gis ved pliktbrudd som innebærer "vesentlig" brudd på *tilliten* til helsepersonell.

Også erstatningsrettslige og strafferettslige sanksjoner kan bli konsekvenser av brudd på lovfestede krav. For å bli erstatningsansvarlig kreves det uaktsomhet og et økonomisk tap som følge av det pliktbruddet man har begått. Straff er bare aktuelt for alvorlige saker og det er et krav til grov uaktsomhet for å bli strafferettslig ansvarlig. Attestjukssaken nevnt ovenfor er et eksempel på en slik alvorlig sak hvor strafferettslige reaksjoner ble aktualisert.

Utsendte arbeidstakere i Norge

Johan J. P. Glas, spesialist i arbeidsmedisin
jjpglas@online.no

I Norge er det ifølge tall fra SSB til enhver tid mellom 3 og 400.000 utenlandske arbeidere. Antallet har økt betydelig etter EU-utvidelsen i 2004. Økningen skyldes bl.a. at landet har behov for ekstra arbeidskraft og at Norge oppfattes som et godt land å bo i. Arbeidsforhold for utenlandske arbeidstakere har hatt en del oppmerksomhet fra media relatert til begrepet "sosial dumping", et begrep som brukes når utenlandske arbeidstakere får vesentlig dårligere lønns- og arbeidsvilkår enn norske arbeidstakere.

Dette dreier seg om forskjeller i lønn, godtgjørelser, arbeidstider, forsikringer, sikkerhet på arbeidsplassen, opplæring, medvirkning, osv.

Hvordan blir rettssikkerheten til utenlandske arbeidstakere ivare tatt i norsk regelverk?

Arbeidsmiljølovens § 1.7 har overskriften "Utsendt arbeidstaker". Dette er en paragraf som det er lett å hoppe over når man ikke er spesielt interessert, og den er utdypet i egen forskrift: "Forskrift om utsendte arbeidstakere". Regelverket omfatter både norske arbeidstakere som jobber i utlandet og utenlandske statsborgere som arbeider i Norge. I denne artikkelen ser vi kun på sistnevnte gruppe. Her skiller det mellom forskjellige arbeidstilknytninger:

- Ansettelse hos norsk eller utenlandsk arbeidsgiver
- Utleie via norsk eller utenlandsk foretak
- Arbeid via et enkeltpersonsforetak.

I korthet er det slik at utenland-

ske statsborgere som er ansatt hos norske arbeidsgivere, eller som er utleid via et norsk utleiefirma, har samme rettigheter som norske arbeidstakere. Jobber man som utenlandsk statsborger i Norge gjennom et enkeltpersonsforetak, er man mer sin egen lykkes smed. Rettssikkerheten kan utfordres når man er ansatt hos arbeidsgiver i utlandet, eller er utleid via et utenlandsk utleiefirma.

Forskrift om utsendt arbeidstaker stadfester hvilke norske bestemmelser om arbeids- og ansettelsesvilkår som gjelder, "uansett hvilket lands rett som for øvrig regulerer arbeidsforhold". Dette omfatter ferieloven, enkelte paragrafer i likestillingsloven, arbeidsmarkedsloven og flere paragrafer i arbeidsmiljøloven, herunder krav til arbeidsmiljøet, arbeidstid, rett til permisjon, vern mot diskriminering, krav om skriftlig arbeidsavtale, og oppsigelsvern ved svangerskap mm.

Viktigere er det kanskje å se hva forskriftene ikke regulerer med hensyn til utenlandske arbeidernes rettsikkerhet, jfr AML

- §3-2 Særskilte forholdsregler for å ivareta sikkerheten: informasjon, opplæring, instruksjon og øvelse.
- §3-3 Bedriftshelsetjenesten.
- Kap. 6 Vernetjenesten.

Det er derfor en viss fare for at utsendt arbeidere fra utlandet kan mangle grunnleggende sikkerhetsforståelse, at de ikke har oppfølging fra bedriftshelsetjeneste og ikke har tilknytning til verneapparatet.

Men det finnes enda et sikkerhetsnett i AML §2-2. Arbeidsgivers plikter overfor andre enn egne arbeidstakere for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og hovedbedriften som har ansvar for samordning av de ulike virksomhetenes verne- og miljøarbeid.

Arbeidstilsynets webside som omhandler dette temaet, sier at "dersom de utenlandske arbeidstakerne ikke er omfattet av noe verne- og miljøarbeid fra sin arbeidsgiver, skal de omfattes av verne- og miljøarbeidet til den norske hovedbedriften".

Likevel kan det være usikkert i hvilken grad dette ivaretas, hvis tilknytningen til arbeidsplassen er organisert via flere ledd i kontrakt- og subkontraktkjeder.

For virksomheter under petroleumsregelverk synes overnevnte forhold for utenlandske arbeidere å være noe strammere regulert via Rammeforskriftens §§ 8, 10, 18 og 33.

Lønn

Utenlandske arbeidere kan arbeide i Norge for den lønnen arbeidstakeren har i hjemlandet. Dersom arbeidsforholdet omfattes av en allmenngjort tariffavtale skal arbeidstaker imidlertid ha lønns- og arbeidsvilkår som minst er like gode som det som følger av den aktuelle allmenngjøringsforskriften. Dette gjelder bl.a. for byggeplasser, skips- og verftsindustrien, elektrofag, fiskeindustribedrifter, godstransport på vei, jordbruks- og gartnerinæringene og renhold. I bransjer som ikke omfattes av

ovennevnte allmenngjort tariffavtale, kan arbeidsmiljølovens regler om vern mot diskriminering brukes for å hindre urimeelige lønnsforhold.

Sikkerhet

Utenlandske arbeidere er overrepresentert i skadestatistikken i Norge, og flere undersøkelser har vist at utenlandske arbeidere har en betydelig høyere ulykkesrisiko.

Man forklarer dette med problemer med språkforståelse, dårlig sikkerhetsopplæring, at de ofte innehar lavstatus- og høyrisikoyrker, ikke er fagorganisert, har midlertidige arbeidsplasser og i tillegg har dårligere lønns- og arbeidsvilkår med lange arbeidsdager. Det er ingen tvil om at slike forhold gjør disse arbeidstakere mer utsatt for sykdommer, skader og dødsulykker på arbeidsplasser i Norge. Dette er uavhengig av om arbeidsgiveren er norsk eller utenlandsk og er særlig knyttet til risikonivå i bransjen, f.eks. bygg- og anlegg, skips- og verftindustrien og landbruk som systemsetter utenlandske arbeidere. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er hvordan utenlandske arbeidere er forsikret når de jobber i Norge.

Folketrygden

Om utenlandske arbeidere sier Folketrygdloven at man er pliktig medlem i folketrygden hvis man «arbeider i Norge eller på norsk kontinentalsokkel» selv om man ikke bor i Norge. Rettighetene kan imidlertid være begrenset avhen-

gig av hvilket land man kommer fra. For eksempel kan personer fra land utenfor EØS-området kun ha rett til helsehjelp og ikke ha rett til dagpenger ved permittering. «Å arbeide i Norge» gjør man først når det betales arbeidsgiveravgift. Skatteetatens regler forplikter arbeidsgiver til å betale arbeidsgiveravgift av lønn og annen godtgjørelse for arbeid og oppdrag utført i eller utenfor tjeneste i Norge eller på norsk kontinentalsokkel. Plikten til å betale arbeidsgiveravgift er knyttet til plikten til å innberette lønn og annen godtgjørelse for arbeid, jf. folketrygdloven § 23-2 og ligningsloven § 6-2. Plikten til å betale arbeidsgiveravgift gjelder selv om arbeidsgiver ikke har skattepliktig virksomhet i Norge og uavhengig av arbeidstakers skatteplikt til Norge.

I henhold til Forskrift til lov om yrkesskadeforsikring gjelder yrkesskadeforsikringsloven for utenlandske statsborgere som er ansatt hos arbeidsgivere som har hovedkontor i utlandet og driver virksomhet i Norge i en slik utstrekning at arbeidsgiveren plikter å betale arbeidsgiveravgift. Forskrift til Lov om yrkesskadeforsikring inneholder en bestemmelse om at forsikringsgivere sammen er solidarisk ansvarlig for å yte erstatning dersom en arbeidsgiver har latt være å tegne yrkesskadeforsikring for sine ansatte (www.yff.no). Utenlandske arbeidere omfattes av denne ordningen såfremt det er betalt arbeidsgiveravgift for dem, men det kan stilles spørsmål om

de er orientert om slike rettigheter.

Oppsummering

Fare for sosial dumping foreligger når arbeidsgivere ikke overholder bestemmelsene i norsk regelverk knyttet til betaling av arbeidsgiveravgift og tegning av yrkesskadeforsikring. Uansett om de har norsk eller utenlandsk arbeidsgiver, utgjør utenlandske arbeidere en særlig risikoutsatt gruppe som har et stort behov for informasjon og opplæring, ikke bare om sikkerhet men også om sine rettigheter. Medlemskap i fagforening kan være til hjelp for utenlandske arbeidere.

Det er først og fremst oppdragsgivere og hovedbedrift som har et ansvar om å følge opp dette. For å sikre et minimum av rettssikkerhet for utenlandske arbeidere må følgende kontrollspørsmål stilles til de ansvarlige:

- Hvilken dokumentasjon finnes for at arbeidsgiveravgift er betalt?
- Hvilken dokumentasjon kan legges frem om at yrkesskadeforsikring er tegnet?
- Hvilken sikkerhetsopplæring blir gitt?
- Hvordan ivaretas representasjon via vernetjenesten?
- Hvordan ivaretas oppfølging fra bedriftshelsetjenesten?
- Hvordan gis informasjon om rettigheter og mulighet for medlemskap i fagforening?

Hvordan skal arbeidsevnen vurderes - og hvem skal gjøre det?¹

John Gunnar Mæland, Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen

En sentral idé i arbeids- og velferdspolitikken er at enhver skal yte etter evne og motta etter behov. Har man mulighet for å forsørge seg selv gjennom å delta i arbeidslivet, kan man ikke forvente å bli understøttet av samfunnet. Vurderingen av evnen til å utføre inntektsgivende arbeid blir derfor det sentrale punktet i velferdsmålingen.

Vurdering av arbeidsevnen er også basis for aktive tiltak for dem som trenger assistanse for å fortsette i eller komme tilbake til arbeidslivet. Arbeidsevnevurdering er blitt en sentral del av arbeidsmetodikken innen arbeidslinjen, og mange NAV-klienter har nå rett på en slik vurdering foretatt av NAV-veiledere.

Tradisjonelt har behandlende lege hatt en betydelig rolle i å vurdere arbeidsuførhet, både i sykmeldingsperioden og ved spørsmål om mer langvarige trygdeytelser. Å vurdere arbeidsevnen kan imidlertid være vanskelig. Selv erfarne fagfolk har ofte vansker med å bli enige seg imellom i slike vurderinger (1). Utfordringen på dette feltet ligger i å finne frem til vurderingsmåter som er tilstrekkelig omfattende, tilstrekkelig enkle og tilstrekkelig presise. Ennå er det langt igjen før vi på en rettferdig og objektiv

måte kan vurdere arbeidsevnen opp mot trygdelovgivningens krav.

Arbeidsevne – hva er det?

Arbeidsevnen defineres offisielt som «evnen og potensialet til å fylle de krav og forventninger som stilles i arbeidslivet, sett i forhold til individets helse, utdanning, kompetanse, arbeidserfaring, livs- og familiesituasjon» (2).

Arbeidsevne dreier seg altså ikke bare om forhold ved individet, men også om ytre omstendigheter, i første rekke arbeidssituasjonen. Utviklingen har gått fra et essensialistisk syn på arbeidsevne som en egenskap ved individet, til en relasjonell forståelse av arbeidsuførhet som et misforhold – eller et gap – mellom individets forutsetninger og de kravene omgivelsene setter. Denne «gap-modellen» er en nyttig tankemodell både for vurdering av arbeidsevnen og for å finne tiltak for å minske eller eliminere arbeidsuførheten, men den er en forenkling av virkeligheten. Den utelater blant annet faktorer som kompetanse, ferdighet, motivasjon og vilje. Den svenske filosofen *Lennart Nordenfelt* har oppsummert dette helhetssynet på arbeidsevne i følgende definisjon (3):

«En person har fullstendig og spesifikk arbeidsevne hvis, og bare hvis, personen har den arbeids-spesifikke manuelle og intellektuelle kompetanse, egenskaper og den fysiske og mentale helse som er nødvendig for å utføre de oppgavene og nå de målene som dette arbeidet krever, forutsatt at det fysiske, psykologiske og organisasjonsmessige arbeidsmiljøet er rimelig tilfredsstillende» (min forenklete oversettelse²).

I mange tilfeller er det nettopp kombinasjonen av personlige faktorer, sykdom og arbeidskrav som forklarer nedsatt arbeidsevne. Utfordringen er likevel å gjøre slike vurderinger på en faglig god og betryggende måte.

NAVs arbeidsevnevurderinger

NAV begynte å fase inn den nye metoden *arbeidsevnevurdering* mot slutten av 2008 etter at regjeringen hadde foreslått dette som en ny rettighet i NAV-loven. Paragraf § 14a trådte i kraft i 2010 og gir alle som henvender seg til NAV og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, rett på å få vurdert sitt bistandsbehov og eventuelt få en arbeidsevnevurdering (4). Det skal uansett gjøres en arbeidsevnevurdering hvis brukeren setter frem krav om arbeidsavklaringspenger, uføreytelse eller kvalifikasjons-

¹ Artikkelen bygger på Kapittel 11: Arbeidsevne – hva er det? i min bok Trygd eller arbeid? Et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet. Cappelen Damm Akademisk, 2014.

² Nordenfelts definisjon lyder i sin helhet slik: A person P has complete (specific) work ability if, and only if, P has the work specific manual and intellectual competence, strength, as well as tolerance and courage, relevant virtues, other qualifications and has the physical, mental and social health that is required to fulfil the tasks (or alternatives within a set of tasks) and reach the goals (with some requirements of quality) which belong to the job in question, given that the physical, psychological and organizational work environment is acceptable to P, or can with adjustments easily be made acceptable to P (Nordenfelt 2008: 137).

program, eller hvis disse ytelsene anses som aktuelle.

Arbeidsevnevurderingen base- res på flere elementer. *Egenvurderingen* er et spørreskjema som brukeren selv besvarer om sin arbeidserfaring, utdanning og kompetanse, interesser og fritid, personlige muligheter og utfordringer, sosiale og materielle forhold og helse. Egenvurderingen, øvrig dialog med NAV-veileder og eventuelle andre opplysninger i saken som legerklæringer, eksterne kartlegginger med mer danner så grunnlaget for *ressursprofilen*. Denne er beskrevet som «en systematisk kartlegging og fremstilling av brukerens ressurser og barrierer ... (som skal) ... gi en helhetlig og treffsikker beskrivelse av brukerens muligheter sett opp mot brukerens mål» (5). *Ressursprofilen* omfatter i utgangspunktet de samme seks individforholdene som nevnt under egenvurderingen, men NAV-veilederen skal vurdere hvilke av disse forholdene som er relevante i det aktuelle tilfellet. I tillegg skal ressursprofilen ta med *omgivelsesforhold*, knyttet til arbeidsliv og – hvis relevant – dagligliv.

Helse/sykdom er altså bare ett av åtte områder som kan inngå i ressursprofilen, men skal alltid være beskrevet hvis personen søker arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon. Vekten skal ifølge veiledningen legges på konsekvensene av helsemessige forhold for det å skaffe seg eller beholde arbeid. Diagnose(r) skal i seg selv ikke være avgjørende.

Hvert av de relevante forholdene skal beskrives med et fakta/vurderingsgrunnlag, en vurdering av ressurser og hindringer, og en konklusjon. Videre skal individuelle ressurser og barrierer settes opp mot omgivelsesforholdene, og omvendt. På denne måten skal det komme frem om hindringer er relatert til omgivelsene eller individet. Ressursprofilen skal identifisere hvilke individområder, ressurser og hindringer som påvirker arbeidsevnen. Disse

skal vektes ulikt og sammenstilles i en helhetlig arbeidsevnevurdering. Denne skrives i fritekst og innebærer altså ikke noen prosentmessig vurdering av en eventuelt nedsatt arbeidsevne.

Arbeidsevnevurderingen skal kunne ut i et *vedtak om oppfølging* som skal danne grunnlaget for utarbeidelsen av en *aktivitetsplan*, alternativt et kvalifiseringsprogram. Selv om oppfølgingsvedtaket formelt sett ikke gir rett til konkrete tiltak eller ytelser, ligger det i sakens natur at arbeidsevnevurderingen blir førende for NAVs øvrige vedtak. Her ligger konfliktstoff, fordi brukerne ofte er mer opptatt av kontantytelser som arbeidsavklaringspenger og uførepensjon enn av praktisk bistand.

Hvor godt fungerer arbeidsevnevurderingen i NAV?

Ut fra de foreløpige evalueringene virker arbeidsevnevurderinger å være krevende for NAV-veilederne (6). Det er en betydelig variasjon i praksis og kvalitet både mellom ulike veiledere og mellom ulike NAV-kontor. Veilederne er ofte usikre på hva som er relevant informasjon og hvordan dette skal vektes i den individuelle bedømming av arbeidsevnen. Ressursprofilene inneholder ofte lite konkrete vurderinger av brukerens arbeidsevne opp mot krav og forventninger i arbeidslivet. En medvirkende forklaring til dette syntes å være at mange av veilederne gjennomgående har for liten kompetanse om arbeidslivet.

Evalueringsrapportene peker i tillegg på at den nære koblingen mellom arbeidsevnevurderinger og søknader om ytelser ofte påvirker vurderingen. Tidspress gjør at vedtak om ytelser gjerne får forrang, mens grundig arbeidsevnevurdering blir en salderingspost. Dessuten ligger det i sakens natur at en som har søkt om en ytelse, vil understreke sine grunner for å gjøre det inntil saken er avgjort. Derfor får negative helseforhold ofte en uforholdsmessig stor

betoning på bekostning av ressurser og muligheter for bedring av arbeidsevnen.

Selv om det ennå er for tidlig å konkludere med hva arbeidsevnevurdering vil bidra med i NAVs oppfølging av folk som står i fare for å falle eller allerede er falt ut av arbeidslivet, synes det klart at arbeidsevneметодikken slik den nå er utformet, er krevende og ambisiøs (6). Skal en så åpen og skjønnsbasert arbeidsmetode fungere, kreves det omfattende opplæring og kontinuerlig kvalitetssikring av NAVs medarbeidere, noe den travle hverdagen i NAV gir liten anledning til.

Legenes rolle i arbeidsevnevurderingen

Arbeidsevnen oppfattes ofte som å bero på medisinske forhold alene: Er man frisk, kan man arbeide. Er man syk nok, kan (og bør) man ikke jobbe. Trykkesystemet ble bygd opp om denne enkle modellen og har til nå overlatt det meste av arbeidsførhetsvurderingene til den behandelende legen. Også i NAVs arbeidsevnevurderinger brukes legerklæringer som viktige premisser. Derimot er NAVs rådgivende leger lite involvert i slike vurderinger.

Erfaringen viser at kvaliteten på disse legerklæringene er svært varierende og at det særlig mangler velbegrunnede funksjonsvurderinger. Det svakeste punktet i legers vurdering av arbeidsuførhet er deres begrensede innsikt i arbeidskravene. Noen ganger vet legen knapt hvilket yrke personen har, oftere har legen liten kunnskap om hva dette arbeidet går ut på, og som regel kjenner legen ikke de spesifikke oppgavene og kravene i pasientens arbeidssituasjon. Legen blir derfor avhengig av pasientens egne opplysninger og vurderinger. Ved oppstarten av en sykmelding er dette lite problematisk, men etter hvert som en arbeidsuførheten drar ut i tid, blir denne informasjonsskjevheten mer betydningsfull.

Nærheten til pasienten kan også påvirke den behandlende lege i utarbeidelsen av legeerklæringer (7,8). Legens hovedmandat er å hjelpe sine pasienter og dette kan også gjelde velferdsytelser. I de fleste andre europeiske land bruker myndighetene derfor egne forsikringsleger for å vurdere arbeidsevnen ved søknad om uførepensjon (9).

I enkelte land benytter forsikringslegene et fast evalueringsskjema for å komme frem til grad av nedsatt arbeidsevne. I Nederland fyller forsikringslegen ut et skjema (*List of Functional Abilities*) på over 100 spørsmål om funksjonsevne og arbeidet i forbindelse med sin gjennomgang av uføresøknader (10). Dette skjemaet gjennomgås deretter av en arbeidskyndig person som sammenholder disse vurderingene med antatte krav i ulike typer arbeid. Et tilsvarende, men kortere skjema (*The Personal Capability Assessment*) brukes i Storbritannia for samme formål (11). Skjemaet er nylig revidert for bedre å fange opp mentale og fysiske funksjonsproblemer i forhold til arbeidslivet. Det britiske skjemaet omfatter 17 aktiviteter som gis en gradert skår ut fra antatte begrensninger. Det kreves en minimumsskår for å kunne få en uføreytelse. Endelig brukes i flere land et kort, finskutviklet selvrapporteringsskjema (*The Work Ability Index, WAI*) for å kvantifisere arbeidsevnen (12).

Om disse mer "objektive" og standardiserte metodene gir mer treffsikre og rettferdige vurderinger av arbeidsevnen, er imidlertid usikkert. Den britiske metoden synes nokså firkantet og best egnet til å avskjære uføreytelser (4). Den nederlandske tilnærmingen likner på den norske ressursprofilmetoden, men er mer standardisert. I Norge har man en viss erfaring med *Norsk funksjonsskjema*, et forholdsvis kort vurderingsskjema basert på utvalgte aktivitetsbegrensninger i henhold til *International Clas-*

sification of Functioning, Disability and Health - ICF (13). Et slikt skjema vil nok kunne være et nyttig verktøy i arbeidsevnevurderingen, men må videreutvikles og suppleres av mer helhetlige vurderinger.

Avslutning

Så lenge den norske lovgivningen knytter retten til inntektskompenserende ytelser så sterkt til *helsebetinget* arbeidsuførhet, vil legeopplysninger måtte forbli sentrale i saksbehandlingen. Likevel er det all grunn til å se nærmere på rollefordelingen når det gjelder vurdering av arbeidsevne. Behandlende leges ansvar bør begrenses til å gi nødvendige medisinske opplysninger, inkludert en vurdering av personens generelle funksjonsevne. Konsekvensene for arbeidsevnen har legen dårligere grunnlag for å vurdere, og dette bør i prinsippet være en sak for NAV. Legeerklæringen om arbeidsuførhet bør omarbeides i tråd med dette.

Med NAVs nåværende svake kompetanse om både helse og arbeidsliv, gjenstår mye før en betryggende metode for arbeidsevnevurderinger er på plass. Kanskje tiden nå er kommet for å gjeninnføre den tidligere ordningen med flerfaglige nemnder og tilhørende sekretariat som beslutningsorgan for langvarige helsebegrunnede trygdeytelser? Arbeidsmedisinere ville hatt en naturlig plass i slike beslutningsorgan og i arbeidet for å forbedre metodikken knyttet til arbeidsevnevurderinger.

Referanser

1. Rudbeck M, Fonager K. Agreement between medical expert assessment in social medicine. *Scand J Public Health* 2011;39: 766-772.
2. St.meld. nr. 9 (2006–2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
3. Nordenfelt, L. (2008). *The concept of work ability*. Brussel: P.I.E. Peter Lang
4. Gjersøe HM. Regulating inflow or outflow: A comparison of the work capability assessments in the UK and Norway. *J Social Policy* 2016; 45 :141 – 158
5. Heum I. Brukerrettet arbeidsmetodikk i NAV. I: Hernes T, Heum I, Haavorsen

- P (red.) *Arbeidsinkludering. Om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Gyldendal Akademisk 2010: 194-229
6. Galaasen AM, Åsland Lima IA. Arbeidsevnevurderinger i NAV: Kunnskapsstatus og veien videre. *Arbeid og velferd* 2014, nr 3 , 49-63
 7. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Legeerklæringer for å hjelpe pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 192-4.
 8. Mæland JG. Veileder i trygdemedisin. 9. utgave. Gyldendal Akademisk, Oslo, 2016.
 9. De Boer W. *Quality of evaluation of work disability*. Academisch Proefschrift. Faculteit der Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 2010.
 10. Broersen JPJ, Mulders HPG, Schellart AJM, van der Beek AJ. The dimensional structure of the functional abilities in cases of long-term sickness absence. *BMC Public Health* 2011; 11:99
 11. Litchfield P. An Independent Review of the Work Capability Assessment – year four. London: The Stationery Office, 2013.
 12. Ilmarinen J. The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine* 2007; 57: 160
 13. Brage S, Fleten N, Knudsrød OG, Reiso H, Ryen A. Norsk Funksjonsskjema – et nytt instrument ved sykmelding og uførehetsvurdering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:2472–4

Rettigheter ved yrkesskade og yrkessykdom: Behov for opprydding!

Håkon Lasse Leira, pensjonert spesialist i arbeidsmedisin
hlleira@icoud.com

I Norge har vi - på papiret - utmerkete rettigheter for folk med yrkesskade og yrkessykdom. Men på grunn av komplisert regelverk og saksbehandling og mangelfull kjennskap til rettighetene blant ansatte generelt, må vi regne med at de ikke blir benyttet slik de burde.

Rettighetene er utmerkete fordi de blant annet skal sørge for full økonomisk kompensasjon til dem som rammes, samt gi noe erstatning for redusert livsutførelse.

Regelverket er komplisert fordi det styres av to lover med til dels ulike krav til dokumentasjon og bevisførsel, og saksbehandlingen er kronglete fordi den foregår både i NAV (folketrygdloven) og i den aktuelle arbeidsgivers forsikringsselskap (lov om yrkesskade- og sykdomsforsikring).

Ute i arbeidslivet er rettighetene dårlig kjent. Hvor dårlig er selvfølgelig vanskelig å anslå, men jeg har for eksempel ennå til gode, etter innpåk 40 år i arbeidsmedisinsk praksis, å treffe på en tillitsvalgt som synes hun veit det som trengs. Og den enkelte som rammes må ha kontakt med noen som kjenner regelverket for å bli opplyst om rettighetene og for å bli fortalt hva som må gjøres for å få riktige søknader sendt til rett sted i tide.

Kostnadene som yrkesskader og sykdommer fører med seg skal i sin helhet dekkes av arbeidsgiverne. Det skjer gjennom den obligatoriske forsikringspremien som lov om yrkesskade- og sykdomsforsikring pålegger dem. I 2001 ble kostnaden til yrkesskadeordningen

beregnet til ca. 2500 mill. kroner (1). Vi kan anta at underforbruket er betydelig. Tar vi KOLS som eksempel er det anslått at det her til lands finnes minst 200 000 tilfeller og at ca. 15% av disse, det vil si minst 30 000 tilfeller, kan oppfylle kriteriene for å bli godkjent som yrkessykdom. Arbeidstilsynet får melding om i underkant av 100 tilfeller årlig, og langt fra alle disse søker om yrkesskadetrygd/erstatning. I tillegg til underforbruket etter gjeldende regelverk, gir verken yrkesbetingete muskel/skjelett-lidelser (med ett unntak) eller psykiske lidelser rett til yrkesskadetrygd i Norge. Det gjør at regelverket bidrar til å undervurdere de reelle skadelige effektene av dagens norske arbeidsliv.

Dagens ordning har røtter tilbake til 1894 da lov om ulykkesforsikring for arbeidere ble vedtatt av Stortinget. Seinere har virkeområdet blitt utvidet flere ganger. Noen yrkessykdommer (forgiftninger) ble inkludert i 1922, og i 1935 ble ILO-konvensjonen om yrkessykdommer (nr. 42 av 1934) ratifisert. I 1971 ble yrkesskadetrygden tatt inn i folketrygdloven (2). Lov om yrkesskade- og sykdomsforsikring kom i 1990 for å rette opp skjevheter som daværende ordning hadde ført til, samt for å gi raskere behandling og bedre rettigheter. Det siste punktet ble innfridd ved at også tap i framtidig inntekt skulle erstattes, noe som kan ha stor betydning, særlig for yngre tilskadekomne. Lov om yrkesskade- og sykdomsforsikring har et noe videre virkeområde enn folketrygden og noe mindre strenge krav til årsakssammenheng.

Interessen for yrkesskadeordning

gen har vært laber de seinere åra. Tidligere var interessen til tider stor, og behovet for endringer er blitt drøftet av flere offentlige utvalg. Et forslag til forenklinger ble lagt fram i 2008, blant annet på bakgrunn av en NOU (2008: 11). Forslaget lå i Departementet fram til 2013 da Stoltenberg-regjeringen la fram et forslag til "framtidig yrkesskade- og sykdomsforsikring" som noe av det siste den rakk før Solberg-regjeringen tok over. Som noe av det første den nye regjeringen gjorde ble forslaget trukket tilbake og siden har det vært stille.

Behovet for en forenkling av regelverket og for reduksjon av underforbruket skulle være innlysende. Blant annet kan en stille spørsmål ved NAVs rolle. NAV forvalter reglene i folketrygdloven, men får alle kostnader ved utbetalinger av yrkesskadetrygd og -erstatning dekket av arbeidsgiverens forsikringsselskap. Dessuten er det sånn at om NAV avslår et krav om yrkesskadetrygd/erstatning (etter reglene i folketrygden), men arbeidsgiverens forsikringsselskap godtar kravet (etter reglene i lov om yrkesskade- og sykdomsforsikring), så skal søkeren likevel ha full utbetaling. I slike tilfeller dekker forsikringsselskapet det NAV skulle ha betalt dersom NAV hadde godkjent kravet. Når vi veit at Lov om yrkesskade- og sykdomsforsikring har et videre dekningsområde enn folketrygdloven blir NAVs arbeid av mindre betydning og kunne av den grunn like godt vært avsluttet.

En god grunn til likevel ikke å avslutte NAVs arbeid er at avslag derfra kan ankes inn for Trygde retten, en offentlig spesialdom-

stol for slike saker. Et avslag fra forsikringsselskapet må derimot reises som et privat søksmål fra søkeren mot forsikringsselskapet i det vanlige rettssystemet, noe som er en mye mer krevende og risikabel affære.

For å rydde opp i dette kunne vi ta lærdom av Danmark som i flere år har hatt en velfungerende ordning. Der avgjøres de enkelte sakene av et offentlig organ, Arbejdsskadestyrelsen, som også videreutvikler regelverket. I tillegg er det opprettet et Ervervs-sygdomsutvalg som gir Arbejdsskadestyrelsen råd ved revisjon av lista over yrkessykdommer og ved behandling av sykdommer som ikke står på lista(3). Utvalget har medlemmer fra partene i

arbeidslivet, fra helsemyndighetene og fra arbeidstilsynet, noe som har sikret bred oppslutning om ordningen.

Et forslag til opprydding i det norske regelverket er klart. Det ligger i Departementets skuff. Det tar utgangspunkt i den danske ordningen og ville ventelig føre til enklere saksbehandling og redusere underforbruket av rettigheter. En opprydding ville føre til økte kostnader for arbeidsgiverne. Det forklarer kanskje den manglende politiske viljen til å ta fram forslaget i dagens situasjon med stigende arbeidsløshet. Er det også forklaringen på at arbeidstakerorganisasjonene ikke synes å bry seg om uretten som foreligger?

Litteratur:

- 1 NOU 2008:11 Yrkessykdommer, s. 135
- 2 Gaarder M. Yrkesskadedekning, i A. Kjønsstad (Red), Folketrygdloven med kommentarer (pp 583-638). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2007
- 3 NOU 2008:11 Yrkessykdommer, s. 40

En takk går til Karl Inge Rotmo som har kommentert de juridiske sidene, i et tidlig utkast.

Nytt kurstilbud:

Occupational health in developing countries

Dette er et nytt gratis nettkurs om arbeidshelse i utviklingsland. Pr dags dato er det 1400 påmeldte deltakere, særlig fra utviklingsland, men kurset er høyst relevant for norske arbeidsmedisinere også.

Hver dag dør 6300 arbeidstakere av skader eller sykdommer forårsaket av arbeidet de har. Nå tilbyr Universitetet i Bergen i samarbeid med Universitetet i Addis Ababa og Muhimbili universitet et gratis og åpent nettkurs om arbeidshelse i

u-land. Professor og leder for Senter for Internasjonale helse ved UiB Bente Elisabeth Moen, har ledet arbeidet med det åpne nettkurset som har oppstart 7. mars på den britiske mooc-plattformen Futurelearn.

Les mer om kurset på UiB sine nettsider!
<http://www.uib.no/aktuelt/94291/nytt-nettkurs-bedre-arbeidshelse-i-u-land>

«Om verdet av ei mannshand»

Anniken Sandvik, Lege i spesialisering, Seksjon for Miljø- og arbeidsmedisin, OUS Ullevål
anniks@ous-hf.no

Juristene opererer med flere ulike begreper for uførhet, avhengig av hva uførheten måles opp mot. Man snakker for eksempel om tabellarisk uførhet, yrkesmessig uførhet og ervervsmessig uførhet. Når det gjelder menerstatning ved yrkesskade- og sykdom, er det bestemt at denne skal vurderes ut fra den såkalte medisinske invaliditetsprosenten (1). Denne prosentens fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell (2). Dette er en tabell som viser hvilke ulemper bestemte skader og sykdommer i alminnelighet medfører for en gjennomsnittsperson. Invaliditetsprosenten bestemmer størrelsen av erstatningen, som skal vurderes uavhengig av øvrige individuelle forhold. Metoden har sine røtter i forsikringsjusen, og målsettingen er en objektiv fastsettelse av uførhet (1).

Det kan synes forunderlig at funksjonstap som følge av skade eller sykdom lar seg redusere til prosenttall i en tabell. Bruken av slike skjematiske vurderinger er likevel ikke spesielt ny. I Frostatingsloven, en av våre eldste lover, finner vi formuleringer som er forbausende like dem vi finner i dagens Invaliditetstabell. I del IV, Mannhelgebok, paragraf 46 står følgende:

Om verdet av ei mannshand.

No følgjer det at verdet av ei mannshand skal setjast: Om ein mann hogg tommelfingeren av ein mann, så skal han bøta honom tolv øyrar, ei halv mark for den neste fingeren og sameleis for langfingeren, tre øyrar for den fjerde fingeren og ein øyre for lillefingeren. Men tær skal være helvta så dyre som ein finger, og ein skal rekna på same vis frå stortåa som fra tommelfingeren.
(3)

I Invaliditetstabellen finner vi følgende vurderinger: Tap av tommelen gir 25 % invaliditet, pekefingeren gir 10 %, det samme for langfingeren. Ringfingeren teller 7



Verdien av et håndtrykk: Harald Hårfagre mottar Norge fra sin far, Halvdan Svartes, hånd. Illustrasjon fra Flateyjarbøk, ca 1390. Wikimedia commons.

% og lillefingeren tilsvarende. Tap av stortåen gir 8 % invaliditetsgrad, andre tå gir 2 %, tredje eller fjerde tå gir 1 %, tap av lille tåen gir ingenting (2). Vi kan merke oss at verddivurderingen av tær er lavere i dag enn beskrevet i Frostatingsloven, i dag takseres en tå til under halve verdien av en finger (!).

Frostatingsloven gjaldt for Trøndelag og tilgrensede områder i middelalderen. Det antas at den fikk sin nåværende form omkring år 1260, under Håkon Håkonsson (1204-1263). Mye av innholdet skriver seg trolig fra eldre versjoner i den såkalte gamle Frostatingsboka, Grågås, fra rundt 1160-70. En hel del har trolig også eksistert i muntlig form lenge før 1100-tallet (3). Denne loven ble skapt i en helt annen samfunnsmessig kontekst enn vår egen. Historikere antar at samfunnet i Norge på 1100- og 1200-tallet var preget av et normsystem der blant annet æren hadde stor betydning. Æren som norm var styrende for handlinger, og utgjorde verdien en person hadde både i egne og samfunnets øyne. Det var viktig å følge nøye med på hvordan folk flest oppfattet deg og å handle raskt dersom andre mente at din ære var blitt krenket. Gjenopprettelse av æresbalansen kunne ta flere former, for eksempel gjennom deltakelse i hevnaksjoner med vold og drap, gjennom idrettskonkurranser eller ved å gi gaver og å arran-

gere gjestebud. Sannsynligvis ble balansen også ofte opprettholdt gjennom inngåelse av forlik med ulike avtaler om erstatning. Man opererte på en offentlig arena der ære ble gitt og tatt i et intrikat spill aktorene imellom. For å klare seg i dette spillet var det avgjørende å signalisere at man ikke lot seg trække på. Derfor var det også viktig at oppreisningen var offentlig og synlig. I et samfunn uten sentralmakt var det æren som kunne sikre deg makt og posisjon (4).

Diskusjonen om erstatning ved yrkesskade- og sykdom dreier seg selvsagt om langt mer enn gjenoppsettelse av ære. Men vi bør ikke underslå at det også kan handle om dette. Utfallene av erstatningssakene har store konsekvenser for den enkelte og gir viktige signaler om hvordan vi som samfunn forholder oss til rettferdighet og verdighet. Rollen som sakkynndig i yrkessykdomssaker utfordrer oss som leger. Den enkelte arbeidstaker har et behov for oppreisning og anerkjennelse. Dette er ikke alltid forenelig med de forvaltningsmessige grensene som er satt for tildeling av trygdeytelser. Det er naturligvis svært viktig at vi opprettholder faglig integritet og vitenskapelighet i våre sakkynndige uttalelser. La oss likevel aldri glemme at verdien av et håndtrykk kan være betydelig større enn den sammenlagte taksten for alle fingrene.

Referanser

1. Mæland JG. Trygd eller arbeid? Et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet. Cappelen Damm, 2014.
2. FOR 1997-04-21 nr 373, Forskrift om menerstatning ved yrkesskade Del II: Invaliditetstabell.
3. Frostatingslova. Omsett av Jan Ragnar Hagland og Jørn Sandnes. Det Norske Samlaget, 1994.
4. Jon Vidar Sigurdsson. Det norrøne samfunnet. Pax, 2008.

@rneblikk - betraktninger fra den arbeidsmedisinske sidelinja

Ørn Terje Foss

Sykt fravær av politikk

Så er sykefraværet på vei opp igjen, tross alle runder hvor prestisjen er lagt i å holde på en sykefraværspolitik som er sentrert rundt det magiske målet; 20 % lavere sykefraværspersent enn da IA-avtalene startet i 2001? Selv om det er få parametere det har vært mer oppmerksomhet rundt de siste årene enn sykefraværspersenten, skriver Statistisk sentralbyrå på sine nettsider for sykefraværstatistikk nå:

«På grunn av nytt datagrunnlag fra 2015 lages det inntil videre bare tall for andel arbeidstakere med legemeldt sykefravær og ikke for sykefraværspersenten (tapte dagsverk på grunn av sykefravær i prosent av mulige dagsverk).»

Ting tyder på at det tross forklarlige endringer som følge av annet datagrunnlag (skifte fra Aa-register til a-ordning for arbeidsgiveres rapportering til SSB) og referanseuke (1), er et høyere sykefravær i 2015 enn i de foregående årene. For tilhengerne av de resirkulerte formuleringene i gjentatte IA-avtaler blir det en ny runde med å piske opp stemningen hos sykmeldende allmennleger og å stramme opp arbeidsgivere til å gjøre mer av det samme. Jaggu sa jeg sykt fravær av politikk.

Ikke for å framstå som en slags arbeidsmedisinsk Snåsaakill, men her er et utdrag fra et notat fra undertegnede hånd for 10 år siden, etter at den første IA-avtalen uten å nå målet ble erstattet av en ny, likelydende avtale:

«Hvorfor blir så mange handlingslammet og blendet av retorikk når det diskuteres tiltak for å løse problemet med at så mange havner utenfor det norske arbeidslivet? Hva har vi gjort galt i det norske arbeidsliv og samfunn som tilsier

at vi fortjener å måtte sitte og se på at hundrevis av millioner kroner igjen skal sløses bort på en totalt innholdsløs og meningsløs pakke av "tiltak" som ingen på forhånd har tatt seg bryet med å teste effekten av? Fagmiljøer som prøver å påpeke åpenbare logiske brister med uforenlighet mellom delmålene i det innholdsløse IA-tåkepratet, blir oversett. For en arbeidsmedisiner som er genuint opptatt av forebyggende arbeid og inkludering, er det tragisk å være vitne til at ikke engang en rødgrønn regjering klarer å hoste opp en virkningsfull sykefraværpolitikk.»

Siden den gang har det blitt gjort noen profesjonelle evalueringer som på litt mer diplomatisk vis sier det samme, bl.a. SINTEFs forskningsrapport fra 2013 (2). Hør bare på disse setningene fra sammendraget: «Men dagens regime rundt oppfølgingen av sykmeldte er for rigid og ressurskrevende og det er vanskelig å identifisere noen effekt på sykefraværet. Kunnskapsgrunnlaget bak dagens system er svakt og det er mange elementer i dagens system som ikke er godt nok fundert.»

Javel, men hva bør da gjøres utover å pålegge alle sykmeldere (de såkalte «fritidsmedisinerne» i allmennpraksis og spesialisthelsetjeneste uten arbeidsmedisinsk erfaring eller kompetanse) å vurdere gradert sykmelding og be de samme sykmelderne om å gi en medisinsk begrunnelse for hvorfor det ikke er mulig å være i noen som helst aktivitet etter 8 ukers sykefravær?

1. Slutt å mase om å få sykefraværspersenten så lav som mulig som et delmål for å øke inkluderingen i arbeidslivet.

Du behøver ikke være rakettforsker for å forstå at om du skal

beholde eller rekruttere flere syke folk inn i arbeidslivet og få eldre med 50 % høyere sykefravær enn de yngre til å fortsette i jobb noen år til, så går sykefraværet opp.

SINTEF-rapporten: «Systemet er ment å hindre at folk blir langtidssykmeldt og havner utenfor arbeidslivet, men insentivene som ligger i systemet ser i liten grad ut til å bidra til økt inkludering eller lavere frafall fra arbeidslivet. Det er heller motsatt. Stort fokus på å få redusert sykefraværet og strenge kontroller med tilhørende sanksjoner i oppfølgingsregimet, fører til at mange arbeidsgivere blir mer restriktive i forhold til hvem de ansetter.»

2. Så lenge det ikke er bedriftsøkonomisk lønnsomt, blir det heller ikke mulig å nå målene for god inkludering.

Alle kan akseptere en påstand om at inkludering og bedriftsintern atfføring er samfunnsøkonomisk lønnsomt, men det er ikke uten grunn vi ser at stadig flere arbeidstakere havner utenfor arbeidslivet. Virksomhetsledere i et markedsstyrt samfunn får ros for å effektivisere og kutte kostnader, ikke for å skryte av hvor mange ansatte med nedsatt produktivitet de beholder på full lønn.

3. Identifiser det arbeidsrelaterte sykefraværet og gjør noe med det!

I stedet for å fotfølge og plage syke folk hvor langt de fleste har sykdommer som ikke er arbeidsrelaterte og hvor leder ikke har noen som helst mulighet til å påvirke sykdommens helbredelse gjennom tilrettelegging på arbeidsplassen, skulle vi konsentrert det meste av vår (=arbeidsgivere, verntjeneste og BHT) innsats om å identifisere og gjøre noe med årsakene til sykdom oppstått som følge av arbeidsmiljøeksponeringer.

SINTEF-rapporten: «... det er stort forbedringspotensial for å lage et mer effektivt system der de riktige tilfellene prioriteres.»

4. Innprent for alle arbeidsgivere og sykmeldere at det er forskjell på arbeidsrelaterte helseproblemer og helserelaterte arbeidsproblemer.

Den sykefraværsoppfølgingstiden vi ikke bruker på å fjerne årsaker til sykdom på arbeidsplassen, bør vi bruke til å finne egnet tilrettelegging for de ansatte som har helseproblemer som gjør det vanskelig å utføre jobben de er ansatt i (3). Helseproblemene behøver ikke være arbeidsrelaterte for å omfattes av arbeidsgivers plikt til tilrettelegging etter arbeidsmiljøloven (4), men de som følges opp må ha en restarbeidsevne de ønsker å utnytte.

SINTEF-rapporten: «Sortering av sykmeldingstilfellene inn i NAV er heller ikke hensiktsmessig,»

5. Bruk BHT når det er en ordentlig BHT med riktig kompetanse innen arbeidsevne- og funksjonsvurdering

Som en følge av et punkt i SINTEF-rapporten falt det obligatoriske kravet om bruk av BHT ved alle dialogmøter bort. Resultatet er en økning av saker hvor ingenting skjer i påvente av at det skal skje mirakler. Hvilke forventninger partene bak IA-avtalen har til effekten av at en fritidsmedisiner får tilsendt en oppfølgingsplan fra arbeidsgiver ved fire ukers fravær eller blir innkalt til dialogmøte 1, kunne jeg sagt mye om. Men når det anses som viktigere å involvere en fastlege, som i de fleste tilfeller aldri har satt sin fot på den sykmeldtes arbeidsplass eller har oversikt over hvilke arbeidsoppgaver som er tilgjengelig på arbeidsplassen, enn en arbeidsmedisiner og annet BHT-personell med kompetanse innen yrkeshygiene, ergonomi og psykososiale forhold i en ordentlig BHT ved oppfølgingen av et sykefravær, da kan en like godt tro på mirakler. Og tro på mirakler burde vært forbeholdt de som vanker i menigheter, ikke noe vi baserer oss på i et seriøst arbeidsliv.



Ørn lokfører Thamshavnsbanen.

SINTEF-rapporten: «Dialogmøter der både arbeidsgiver, arbeidstaker, lege og BHT deltar, synes for eksempel ikke som hensiktsmessig ressursbruk. Første møte bør heller avholdes mellom kun arbeidsgiver og arbeidstaker, og dersom det ikke kommer noe ut av dette møtet bør de kalle inn den eller de som kan bidra (BHT, NAV eller legen).»

Spør du meg, burde det være obligatorisk i virksomhetens interne rutiner for sykefraværsoppfølging å bruke BHTs kompetanse som en «sparring partner» både for den sykmeldte og arbeidsgiver før det skal skrives en meningsfylt oppfølgingsplan innen fire ukers fravær. Og hvorfor ikke virksomhetenes bruk av BHT til dette arbeidet kan dekkes fullt ut av refusjoner fra NAV, mens all bruk av fastlegenes tid i møter og attestskriving («Må ha lettere arbeid...») blir betalt av det offentlige, bør mange flere enn meg spørre NAV om. Et avsluttende sitat fra forskeren bak SINTEF-rapporten jeg har sitert fra, Solveig Osborg Ose, tas med for å understreke at artikkelforfatteren ikke er den eneste som tilrår endringer:

«Arbeidsgivere som legger til rette for at sykmeldte skal komme tilbake til jobb, eller som vektlegger forebyggende sykefraværarbeid, gjør ikke dette fordi strenge regler tvinger dem til å gjennomføre møter og rapportere til NAV, ifølge Ose:

– De gjør det fordi de er gode og flinke arbeidsgivere. For gode arbeidsgivere har ikke oppfølgingsreglene noen annen virkning enn at de skaper mye mer arbeid. For dårlige arbeidsgivere har systemet heller ikke særlig effekt. Ingen tvinges til å tilrettelegge eller arbeide forebyggende. Arbeidsgiverne tvinges kun til å avholde møter og rapportere til NAV, påpeker seniorforskeren – og legger til:

– Arbeidsgivernes holdning og innstilling, ikke oppfølgings-systemer, vil være avgjørende for å få til et inkluderende arbeidsliv. Derfor bør reglene for oppfølging av sykmeldte endres, i likhet med hele fokuset på sykefravær.»

Referanser:

1. SSB: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/endringer-i-sykefravaerstatistikken>
2. SINTEF 2013: Solveig Osborg Ose m.fl.: Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime? Rapportnr A24297, ISBN 978-82-14-05592-4 <http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-oppfolging-av-sykmeldte---fungerer-dagens-regime-april13.pdf>
3. STAMI Arbeid og helse Nr 01/2015 s.18-19: Arbeidsrelaterte helseproblemer og sykefravær. <https://stami.no/arbeidsrelaterte-helseproblemer-og-sykefravaer/>
4. Arbeidsmiljølovens § 4-6: Særlig om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>

Midt-norsk forum for arbeidsmedisinere er 20 år

Håkon Lasse Leira



Forum deltakere fra venstre: Britt G. Falcon, Kurt Kvenild, Bjørn Hilt, Johan P. Glas, Knut Furuseth, Tonje Strømholm, Birger Koren, Oddfrid Aas, Marianne Krizak Halle, Bjarte Sæter, Signe Lohmann-Lafrenz, Siri Slåstad, Torbjørn Skorve, Hilde Myren, Sindre R. Svedahl, Marte Espenes, Håkon Lasse Leira, Helle Marie Wæraas Bartos.

Jubileet ble feiret med middag og seminar den andre uka i november i fjor.

Den direkte årsaken til at forumet ble startet var at deltakere i de første veiledningsgruppene under Bjørn Hilt's ledelse ønsket å holde kontakten.

Det første møtet var sommeren 1995 og seinere har det vært to møter i året, så godt som. Møtene har som oftest vært arrangert på området til St Olavs Hospital og i snitt har vi vært ca 20 personer til stede.

Arbeidsmedisinsk avdeling har fungert som sekretariat for forumet og uten helhjertet innsats

fra noen av de ansatte der, først og fremst Oddfrid Aas, er det ikke sikkert det hadde gått like knirkefritt som det har. Oddfrid velger nå å gi seg og fikk en meget velfortjent rosebukett overrakt av avdelingsleder Bjørn Hilt og helhjertet applaus av møtelyden med på kjøpet.

På jubileumsmøtet diskuterte vi arbeidsmedisinens framtid, etter innledninger av Sindre Rabben Svedahl og Siri Slåstad. Framtida vil ventelig vise at forumet er godt å ha, også i tida som kommer.



Oddfrid Aas.

Seminar på Losby:

Arbeidsmedisin i ny spesialitetsstruktur

Anniken Sandvik

I februar ble det årlige seminaret for fylkestillsvalgte i NAMF avholdt på Losby. Som alltid ble det et hyggelig arrangement med stort engasjement både faglig og sosialt. Vi er inne i en både spennende og utfordrende periode for arbeidsmedisinen. Nye føringer for legers spesialitetsstruktur er i ferd med å legges, samtidig som SINTEF skal gjøre en evaluering av bedriftshelsetjenesten. Dette er prosesser som potensielt kan få stor betydning for vår hverdag som arbeidsmedisinere.

På seminaret valgte man i år å legge hovedvekten på å diskutere arbeidsmedisinen i den nye spesialitetsstrukturen. Som kjent er Helsedirektoratet godt i gang med sitt arbeid der det forberedes endringer i struktur og utdanning for legespecialister (1). Den videre gangen i prosessen nå er at målbeskrivelse og prosedyreskjemaer for hver spesialitet skal gjennomgås. Implementering av ny spesialitetsstruktur ventes å skje utover året i 2017. Et stort arbeid er tidligere gjort i foreningen med å forberede ny målbeskrivelse for arbeidsmedisin, denne ble riktignok ikke implementert før revisjonen av spesialitetsstrukturen ble igangsatt. Det fremkom ulike meninger på seminaret om hva som bør være sentrale kompetansekrav for vår spesialitet. Legeforeningen sentralt vil i nær fremtid ha behov for innspill fra oss i sitt arbeid opp mot Helsedirektoratet og Helse- og Omsorgsdepartementet. Da er det viktig at vi står samlet som fagmiljø og er tydelige på hva som definerer arbeidsmedisin som spesialitet. Vi har allerede en solid basis for faget vårt og stor bredde i kunnskapsutvikling



gjennom både kurs og veiledning.

Øvrige temaer for seminaret var lagt tett opp til styrets definerte satsningsområder for perioden 2015-2017. Disse hovedsatsningsområdene er, som tidligere omtalt i Ramazzini:

1. Styrke BHT og bedriftslegens rolle i BHT
2. Utvikle arbeidsmedisin i et globalt perspektiv
3. Fremme spesialiteten arbeidsmedisin

Tor Erik Danielsen og Marit Skogstad holdt svært inspirerende foredrag om sine prosjekter i henholdsvis India og Palestina. Innblikket i arbeidsmedisinske forhold globalt gav viktige og tankevekkende perspektiver for faget.

Det ble også diskutert strategier for å få oppmerksomhet rundt arbeidsmedisin i media, og hvordan man kunne bruke brosjyren "Arbeidsmedisineren – en ressurs for din bedrift" (2). Videre ble det diskutert hvordan vi kan legge til rette for felles faglige arenaer

i det arbeidsmedisinske miljøet. Et forslag som ble positivt motatt var muligheten for at de fylkestillsvalgte kunne samle sine medlemmer til kveldssamlinger der både fag og arbeidsforhold kunne diskuteres. Man stilte seg også positive til økt samarbeid mellom leger i bedriftshelsetjenesten og ved de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene. Dagens situasjon i BHT med sterk konkurranse og høye krav til økonomisk inntjening er utfordrende for legens faglige integritet. På dette punktet oppfordret styret medlemmene til aktivt å bruke retningslinjene som er utarbeidet om bedriftslegens rolle. Disse dokumentene finnes lett tilgjengelig på NAMFs hjemmesider (3).

Referanser:

1. Fremtidens legespecialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og innhold. Rapport IS – 2079-3, Helsedirektoratet november 2014.
2. Danielsen TE. "Arbeidsmedisineren – en ressurs for din bedrift". Ramazzini nr 3, 2015.
3. <http://legeforeningen.no/yf/Norsk-arbeidsmedisinsk-forening/Stoff-om-bedriftslegereollen/>

Forebygging av arbeidsrelatert hudsykdom:

En felles utfordring for Argentina og Norge

Jose Hernán Alfonso. Lege i spesialisering i arbeidsmedisin. Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi. Statens arbeidsmiljøinstitutt. E.mail: jose.alfonso@stami.no

Arbeidshelse er en viktig del av global helse og i følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er halvparten av verdens befolkning økonomisk aktiv gjennom arbeid (1). Mindre enn 15 prosent av den globale arbeidsstyrken har tilgang til effektive tjenester innen arbeidshelse (1). Derfor er det gledelig at Norsk Arbeidsmedisinsk Forening satser på å styrke globalt samarbeid gjennom arbeidsmedisin.

WHO mener at arbeidsrelaterte hudsykdommer representerer en utfordring for arbeidstakeres helse og har understreket viktigheten av internasjonalt samarbeid for forebygging av slike tilstander (2). Cooperation in Science and Technology (COST) har et program med fokus på internasjonalt samarbeid med tanke på å utvikle standarder for forebygging av arbeidsrelaterte hudsykdommer (STANDERM)(3). Etter bistand fra forfatteren har Forskningsgruppen for kontaktdermatitt fra Sociedad Argentina de Dermatologia (Argentinsk Dermatologisk Forening) blitt akseptert som en del av STANDERM (4).

Argentina er et land med cirka 40 millioner innbyggere, rikt på ressurser, men korrupsjon ødelegger mye. Mange arbeidstakere jobber i et uformelt marked hvor helseplager og/eller sykdom fører til tap av jobb. I tillegg er det mange arbeidsinnvandrere fra naboland som for eksempel Paraguay, Bolivia, Perú, og Colombia som også jobber i det uformelle arbeidsmarkedet.

På tross at det finnes utfordringer



EADV - EUROPREVENTION CAMPAIGN: HEALTHY SKIN@WORK

Forebyggende kampanje mot arbeidsrelaterte hudsykdommer (oversettelse og rettigheter fra the European Association of Dermatology and Venereology). Teksten betyr: "Huden din: De viktigste 2 m² i livet ditt."

innen norsk arbeidsmedisin, er vi som jobber med arbeidsmedisin i Norge heldige. I Argentina finnes spesialiteten arbeidsmedisin som ett års kurs som videreutdanning med lite fokus på forebygging av helseskadelige eksponeringer i arbeidslivet. Derimot fokuserer arbeidsmedisinen der på medisinske helsekontroller før ansettelse, sykefraværsoppfølging, samt registrering, behandling og kompensasjon for sykdom og skader. Arbeidsmedisinske tjenester er hovedsakelig private, og har ikke noen fri og uavhengig rolle. Samtidig er det en mangel på pålitelige systemer for å registrere og adressere helseproblemer relatert til arbeid. Et godt lovverk som ivaretar arbeidstakerens rettigheter finnes, men implementeres sjelden.

Et eksempel på dette er arbeidsrelaterte hudsykdommer som rammer mange ansatte innenfor renhold, frisørfag, bygg, skinnindustri, matindustri, gårdsarbeid og andre yrker. I tillegg finnes mange utendørsarbeidere eksponert for UV-stråling fra sol.

Forebygging er dessverre ikke høyt prioritert av arbeidsgiver. Arbeidstakere i risikoyrker får ikke tilgang til nødvendig opplæring for å forebygge arbeidsrelaterte plager, ei heller verneutstyr. Forebygging av arbeidsrelatert hudsykdom skjer sjelden, og ansatte får eksempelvis ikke hanser eller fuktighetskrem av arbeidsgiver, men må kjøpe for egen regning. Arbeidsgivere ser dette som en ekstra kostnad, og er ikke villige til å investere i dette før ansatte utvikler hudproblemer. I tillegg venter ansatte ganske lang tid før de tar kontakt med lege fordi de er redde for å miste jobben sin. Ofte jobber de med uttalte hudplager i hendene.

Det er hovedsakelig hudleger som jobber med diagnostisering av slike tilstander, og det er lite eller nesten ikke noe samarbeid med arbeidsmedisinere. Hudleger som jobber med dette, gjør det på frivillig basis og sliter for å skaffe lappetester for diagnostisering av allergisk kontaktdermatitt, ikke bare på grunn av kostnaden, men

også fordi lappetester ikke omfattes av lovverket som en nødvendig diagnostisk metode.

Innen forebyggende innsats, ser vi at det er svært viktig å nå arbeidsgiversorganisasjonene og helsemyndighetene slik at arbeidstakere i risikozoner får tilgang til essensiell opplæring og verneutstyr.

Med støtte fra Sociedad Argentina de Dermatologia, STANDERM og NAMF, planlegger vi et seminar om forebygging av arbeidsrelatert hudsykdom som vil finne sted i November 2016 i Buenos Aires. Målgruppen er helsemyndigheter, hudleger og de viktigste arbeidsgiverorganisasjonene. Dr. An Goossens, tidligere president i the European Association of Contact Dermatitis and Cutaneous Allergy har allerede bekreftet sin deltakelse som hovedforeleser.

På vegne av Forskningsgruppen for kontaktdermatitt fra Sociedad Argentina de Dermatologia, ønsker jeg å takke Norsk Arbeidsmedisinsk Forening for midlene til internasjonalt samarbeid med Argentina. Jeg er også svært taknemlig ovenfor STANDERM og Servicio de Dermatologia til Hospital de Clinicas og Dr. JM Penna, Buenos Aires for hospiteringsperioden jeg hadde der.



Artikkelforfatteren med kolleger fra Sociedad Argentina de Dermatologia.

På den arbeidsmedisinske vårkonferansen i Halden 2016, vil hudlege Dr. Juan Pedro Russo fra Argentina presentere flere resultater fra dette samarbeidet. Vi håper å se deg der!

Referanser

- (1) World Health Organization. Meeting on International consultation on workers' health coverage. Seminar, Islamic Republic of Iran 28-30 April 2014 http://applications.emro.who.int/docs/IC_Meet_Rep_2014_EN_15368.pdf?ua=1 [accessed on 13 Feb 2016].
- (2) European Agency for Safety and Health at Work. Occupational skin diseases and dermal exposure in the European Union (EU-25): Policy and practice review. [WWW document]. 2008 Available from: URL https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE7007049ENC_skin_diseases [accessed on 26 May 2014].

- (3) Alfonso JH, Danielsen TE, Holm JØ. Vet vi nok om arbeidsbetingete hudsykdommer i Norge? Muligheter for økt yrkesdermatologisk forskningsaktivitet gjennom STANDERM. Ramazzini 2014, 4.
- (4) Alfonso JH, Kviiko EB, La Forgia MP, Russo JP, Infante L, Cannavo A, et al. Development and Implementation of European Standards on Prevention of Occupational Skin Diseases (StanDerm) (In Spanish). Poster and oral presentation XXI Argentinean Congress of Dermatology, Mendoza –Argentina. August 2014. Poster available: http://www.standerm.eu/fileadmin/user_upload/documents/StanDerm/News/2014_Argentina_Poster.jpg

Forskningsprisen 2016

NAMF/NFAM skal dele ut forskningspris for 2016. Du kan nominere kandidater.

Forskningsprisen skal i år utdeles for fjerde gang, på NAMF/NFAMs vårkonferanse 11.-13. mai 2016. Alle medlemmer av NAMF/NFAM kan nominere kandidater. Fristen for nominasjon er satt til 1. april 2016. Prisen kan kun tildeles medlemmer av NAMF/NFAM.

Prisen tildeles for en originalartikkel publisert i Tidsskrift for den norske legeförening eller i et internasjonalt peer-review tidsskrift. Prisen i 2016 tildeles for en artikkel publisert i løpet av 2015. Den aktuelle kandidaten skal ikke ha dis-

putert før den aktuelle artikkelen er akseptert for publisering.

Nominasjonen skal inneholde begrunnelse og den aktuelle publikasjonen skal vedlegges.

Nominasjoner sendes til Forskningsutvalget som vurderer forslagene og innstiller prisvinner. E-post: merete.bugge@stami.no

Styrene i NAMF/NFAM behandler innstillingen og utnevner prisvinneren. Prisvinneren inviteres til vårkonferansen 2016, og vil, i tillegg til heder og ære, motta et reisestipend.

Trenger vi virkelig nok en evaluering av BHT?

Knut Skyberg, Leder, NAMF

Hvilken privat tjeneste blir gjenstand for offentlig finansiert evaluering så hyppig som bedriftshelsetjenesten (BHT)? Hadde BHT mottatt offentlig støtte kunne jeg kanskje skjønne det. Her har vi en ordning som bedriftene må betale for, og som de senere år har blitt mer og mer markedsstyrt og dermed billigere. Eller er det nettopp dette som er departementets bekymring? Ønsker det en evaluering med tanke på å gå inn med finansiell støtte, dersom evalueringen avdekker uheldige forhold? Pengene satt veldig løst i kjølvannet av Sandmann-utvalgets utredning av sykefravær. Da ble Arbeidslivssentrene uten nevneverdig diskusjon utvidet med flere hundre stillinger. Stillinger som ble besatt blant annet av meget kompetent BHT-personell. Kanskje tiden er inne til å bruke disse midlene til å styrke BHT?

Markedskonkurransen mellom BHTer har presset prisene ned på et nivå som gjør at flere bruker leger minst mulig. Altfor mange godkjente BHTer greier seg med minimum legestilling, nemlig 30%. Dette er en så lav stillingsandel at tjenesten ikke kvalifiserer til tjeneste for å bli spesialist i arbeidsmedisin. Dermed går BHTer glipp av faglig kvalifiserte leger, noe som undergraver hele sektoren på sikt. Styret i NAMF har fått vite fra flere yngre medlemmer - som skal bli morgendagens spesialister - at de i stor grad blir satt til å utføre helseundersøkelser. Dette er svært uheldig. Legen er den fagperson som har den lengste og bredeste

utdannelsen i BHT og må involveres mye bredere i arbeidet. Ellers frykter vi at statusen til BHT gradvis blir undergravet.

Selvsagt skal vi bidra til at evalueringen blir mest mulig korrekt. SINTEF i Trondheim har fått oppdraget. På deres hjemmeside står det at følgende datakilder vil bli benyttet:

1. Undersøkende intervjuer med utvalgte personer i bedriftshelsetjenesten og virksomheter.
2. Spørreundersøkelse blant virksomheter.
3. Spørreundersøkelse blant bedriftshelsetjenestene.
4. Ekspertintervju med utvalgte fagpersoner i direktoratet for Arbeidstilsynet og Stami.

Det er viktig at alle BHTer forbereder seg til spørreundersøkelsen. Vi kan ikke påvirke spørsmålene, men forhåpentligvis får vi ikke bare ja/nei-spørsmål. prosjektlederen i BHT skal møte prosjektleder fra SINTEF, og dette blir også en anledning til komme med innspill. Til syvende og sist avgjøres fremtiden til norsk bedriftshelsetjeneste av at bedriftene opplever faglig gode råd fra BHT. Da står vi arbeidsmedisinere sentralt, med vår solide vitenskapelige bakgrunn og faglige tyngde.

Returadresse:
Cox Bergen
Konag Christian
Frederiksplass 3,
5006 Bergen



B - Økonomi