

# RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 22 • 2015 • Nr. 4



Tema:

**HELSEFREMMEDE ARBEID**



# RAMAZZINI

ISSN 0805-5238

Norsk tidsskrift  
for arbeids-  
og miljømedisin  
Årgang 22 • 2015  
NR. 4

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:

Helsefremmende arbeidsplasser. <i>Av Petter Kristensen</i>	s. 4
Helsefremming i nedgangstider. <i>Av Håkon Lasse Leira</i>	s. 4
Arbeid som medisin, forebygging og helsefremming i arbeidslivet. <i>Av Martin Øyen Jensen</i>	s. 5
Skal arbeidsplassen gi oss bedre helse? <i>Av Odd Bjørnstad</i>	s. 7
Arbeidsmedisinerens rolle i det helsefremmende arbeidet. <i>Av Karianne Aasen, Martin Øien Jenssen, og Marit Nøst Hegseth</i>	s. 10
Personlig tilpasning av verneutstyr. <i>Av Merethe Larsen, Eva Kramvik, og Marit Nøst Hegseth</i>	s. 12
Wellbeing av work. <i>Av Odd Bjørnstad</i>	s. 14
Forfatterveiledning 2015.	s. 15
Helsefremmende arbeidsplasser på Orkla. <i>Av Kristian Vetlesen</i>	s. 16
Ora et labora - klosterets "arbeidsmiljølov". <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 18
Forskningsprisen 2016.	s. 19
Forskningsprisen 2015. <i>Av Kristin Hovland</i>	s. 20
Ny leder i NAME, Laila M Torp. <i>Av Knut Skyberg</i>	s. 22
Styrets spalte. <i>Av Tonje Strømholm og Knut Skyberg</i>	s. 23

## Forsidebilde:

Samba utført av Sara Rós Jakobsdóttir og Sigurður Már Atlason, Island.  
Foto: Wikimedia Commons.



### REDAKSJONSKOMITÉ 2014 - 2015

**Håkon Lasse Leira**  
Lade Bedriftshelsetjeneste a.s,  
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

**Anne Kristine Jordal**  
Bedriftshelsetjenesten  
FRAMO AS  
Postboks 98 Slåthaug, 5851 Bergen  
Tel: 92 06 54 20  
Florvågvegen 39, 5239 Florvåg  
E-post: akj@framo.no

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

### FORENINGSADRESSE

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

Foreningssekretær:  
Bjørn Oscar Hoftvedt  
E-post: bjoern.hoftvedt@  
legeforeningen.no  
Tel 23 10 91 04  
Sekretær: Ragni Skille Berger  
E-post: ragni.skille.berger@  
legeforeningen.no  
Tel.: 23 10 90 00

# .....og det bli like fint å jobbe som å danse

Petter Kristensen, gjesteredaktør

Kanskje er jeg ikke den eneste som får assosiasjoner til Ellinors vise når jeg hører uttrykket «Helsefremmende arbeidsplasser»? Det skal bli like fint å jobbe som å danse. Men dans kan jo være så mangt. Tenker jeg på siste dans før festen tar slutt – en litt slapp og sløv aktivitet men ganske

ålreit likevel? Eller er det mer krevende, en spenstig og konsentrert samba slik vi ser dansepartnerne på forsidebildet mestrer? Dette nummeret av Ramazzini gir oss mange innspill på hva helsefremmende arbeidsplasser er, og hva som ligger i dette begrepet. Jeg satt i alle fall igjen med et inn-

trykk av at «helsefremme» ikke kommer rekende på ei fjøl, men setter kvalitetskrav til de fleste elementene som kan passe i hatten «arbeidsmiljø». God fornøyelse med nytt nummer av medlemsbladet!

---

## Helsefremming i nedgangstider

Håkon Lasse Leira, redaktør

Med stigende arbeidsløshet og et eksplosivt sprang i tilstrømmingen av flyktninger som vil ønske å få seg hvilken som helst jobb, så velger vi å ha helsefremmende arbeidsplasser som tema for Ramazzini. Det kan minne om Marie Antoinette som skal ha anbefalt å gi massene kake da de skrek etter brød!

Alt taler for at arbeidstakernes stilling i Norge vil forringes. En smakebit er beregningen som viser at arbeidsinnvandringen fra Øst-Europa allerede har ført til 18% lavere lønnsvekst i bygg- og anleggsbransjen sammenlignet med hva den ville ha vært uten denne innvandringen. Pro-

blemene med sosial dumping i denne bransjen har vi hørt om lenge. Det nye er at en side av dumpingene nå kan beregnes i kroner og øre.

I denne situasjonen vil arbeidsgivernes stilling bli tilsvarende styrket. Vil de av dem som har arbeidet for helsefremmende arbeidsplasser fortsette med det og vil noen av dem som ikke har, begynne med det? Det gjenstår å se.

En bekymring er at vi vil få en overklasse i arbeidslivet av fast ansatte med glimrende arbeidsmiljø og en underklasse av deltidansatte og personer som

arbeider som enkeltmannsforetak som må ta til takke med hva som helst og som ikke vil ha tilgang på bedriftshelsetjeneste. Vi ser konturene av en slik todeling allerede.

At det kan bli sånn kan arbeidsmedisinere neppe få gjort mye med. Men det at mange i arbeidslivet vil få det ille er ikke noe argument for at vi skal være med å lempe på de faglige kravene i de bedriftene hvor vårt arbeid har betydning. Vår oppgave vil i alle fall være å fortsette arbeidet for et arbeidsmiljø som styrker arbeidstakeres helse.

# Arbeid som medisin, forebygging og helsefremming i arbeidslivet

Martin Øien Jenssen, Psykologspesialist, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN

I Europa kan Storbritannia ses som et foregangsland når det gjelder helsefremming i arbeidslivet. Det betyr ikke at de har kommet i «mål» og ikke lenger har utfordringer, men de kan sies å ha kommet langt i forsøket på å ta nye perspektiver på feltet arbeid og helse. Et utgangspunkt er rapporten «Working for a healthier tomorrow» [1]. Rapporten er en oversikt over helsen til Storbritannias populasjon i arbeidsfør alder og skisserer en strategi for landets folkehelsearbeid. Skillelinjene mellom arbeidshelse og folkehelse er kraftig nedtonet og behovet for tverrfaglighet og utstrakt samarbeid mellom fagdisipliner og samfunnsaktører blir kraftig understreket.

Rapporten er bygget opp omkring to hovedteser som ifølge forfatteren må være helt sentrale i arbeid med folkehelse generelt, og innenfor feltet arbeid og helse spesielt. Et paradoks er imidlertid at disse to tesene ikke er allment akseptert, hverken av individet, befolkningen, arbeidsgivere, arbeidstakere eller av helsevesenet. Den første tesen er kanskje den viktigste; «arbeid er bra for deg». Rapporten påpeker at vi har en tendens til å tenke at arbeid i utgangspunktet er skadelig og noe man helst ikke skal drive med. Arbeid ses som et offer vi gjør for å tjene penger til å leve det virkelige livet på fritiden. I følge forfatteren er dette en feilslutning. Hun mener vi bør jobbe for forståelsen av at arbeid i utgangspunktet er bra for oss. Hun understreker imidlertid at for at arbeid skal være bra, for at arbeidet skal kunne fungere som medisin og tilføre helse, så må det være et godt arbeid. Tesen endres dermed til «godt arbeid er bra for deg». Dette er en motsetning til klassisk økonomisk teori som tenderer å se på arbeid som et nødvendig onde og arbeidsledighet som en form for frivillighet [2]. I henhold til denne teorien vil individer velge å være arbeidsledig fordi de foretrekker å motta arbeidsledighetstrygd og ha mye fritid. De vil imidlertid akseptere å arbeide dersom den økonomiske kompensasjonen overstiger

en grenseverdi som er mer verdt enn fritiden. Det er altså lønn som er den kritiske faktoren for å motivere mennesker til å arbeide.

Dersom man aksepterer tesen «godt arbeid er bra for deg», innebærer det at man også aksepterer at andre ting enn lønn kan motivere til arbeid og bidra positivt til individets helse. Tesen reiser også et nytt stort spørsmål som vi foreløpig ikke vet alle svarene på, nemlig: hva er godt arbeid?. Den andre hovedtesen i rapporten er at man ikke trenger å være 100% frisk for å arbeide. Vi har en tendens til å tenke at det er fornuftig å holde seg borte fra jobben hvis man ikke føler seg 100% frisk en dag. Igjen støter vi borti forestillingen om at arbeid i utgangspunktet er noe skadelig. Noen ganger kan det selvsagt være det, men hvor har vi det fra at det alltid er det? Forfatteren mener vi må jobbe for å snu dette. Hvis det er slik at arbeid i utgangspunktet er bra for oss bør det vel heller være slik at det er bra for oss å gå på jobb selv om vi ikke føler oss 100% friske.

Et viktig bakteppe for rapporten er en bekymring for helsen til den britiske populasjonen i arbeidsfør alder. I Storbritannias går 100 milliarder pund tapt hvert år på grunn av sykefravær. Beløpet tilsvarer BNP i Portugal og utgjør 175 millioner arbeidsdager. Hvis utviklingen fortsetter som nå, vil 90% av alle menn og 80% av alle kvinner i landet være klassifisert som overvektig i 2050, samtidig som det er estimert at andelen av befolkningen som er over 65 år vil doubles i det samme tidsrommet. I Norge vil 21% av befolkningen være over 67 år i 2050, mot bare 8% i 1950 [3]. Det er altså overveldende sannsynlig at behovet for tilrettelegging og tilpasninger i arbeidslivet vil øke betraktelig i årene som kommer og kunnskap om hva som holder folk i jobb blir stadig viktigere. Arbeidsplassen ses på som den viktigste arenaen for folkehelsearbeid og det blir helt sentralt at arbeidsplassen derfor må være helsefremmende.

I Norge i finner vi begrepet helsefremmende igjen arbeidsmiljølo-

vens formålsparagraf og det er et av de første ordene av vesentlig betydning i loven. Lovens paragraf 1.1, bokstav a) lyder:

Lovens formål er:

*a) å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet [4].*

Når lovgiver plasserer begrepet så sentralt i loven og med så stor tyngde, må man tolke det som et kraftig signal til arbeidsgiver og arbeidstaker. Det holder ikke å eliminere risiko, det forventes at arbeidstaker skal få tilført helse og bli friskere gjennom å være på jobben.

Forskjellen mellom begrepene helsefremme og forebygge ligger til en viss grad i ordene. Med begrepet «forebygge» assosierer vi å «bygge opp foran», «motarbeide», eller å «fjerne» eksponeringer. Den overordnede målsetningen blir altså å hindre noe fra å skje, gjennom å minimere eksponering for det som gir sykdom eller skade. Begrepet «helsefremme» gir assosiasjoner til å «skytte fram», «bygge opp», eller å «tilføre» helse. Vi ønsker altså å tilføre noe som antas å være gunstig, fremfor å eliminere noe som er skadelig.

Begrepet helsefremme er i stor grad blitt et pynteord innenfor praktisk virke i arbeidslivet. Vi finner begrepet i strategidokumenter og planer, men hva betyr det i praksis? Ofte ender det opp med å bli en fruktur og/eller en time treningsfri i uka. Noen får i tillegg rabatter på treningsstudio. Er dette nok? Er det dette som er en helsefremmende arbeidssituasjon?

Begrepet må sees i relasjon til hvilken definisjon man bruker på helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) har siden 1948 definert helse som «... en tilstand av fullkomment fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyter» [5]. Dette er også den definisjonen

som brukes av det offentlige Norge. I lys av denne definisjonen vil en helsefremmende arbeidsplass være der det legges til rette for arbeidstakerens velbefinnende (legemlig, sjelelig og sosialt). I tillegg til en opplevelse av trygghet mot skader og sykdom, skal man oppleve positive emosjoner som for eksempel jobbtrivsel, engasjement, mening, motivasjon, lykke og sosial støtte. Bruken av et utvidet helsebegrep gir oss muligheten til å ta nye begrepet inn i feltet arbeids-helse.

I Lillestrømerklæringen [6], under- tegnet av partene i det norske arbeidslivet, fremheves det at helsefremmende arbeidsplasser skapes når arbeidsplasser åpner opp for og imøtekommer den enkeltes behov, ressurser og potensial, og kan utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser. Et grunnleggende element for helsefremmende arbeidsplasser er det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet som reduserer risiko for sykdom og ulykker. Her er altså det forebyggende perspektivet tatt inn som en del av det helsefremmende arbeidet. Vi snakker altså ikke om enten eller, men om både og. Tanken om at arbeidet vårt kan ha betydning for helsen vår er ikke ny. For de fleste er arbeid en nøkkelfaktor i vurderingen av egenverdi, identitet og rolle i samfunnet, en kilde til sosial deltakelse og mening. Vi vet en del om betydningen av å ha et arbeid. Mennesker som er i arbeid er lykkeligere enn de som ikke har arbeid, sosial støtte fra kolleger og ledelse har betydning for individets totale livskvalitet og livskvaliteten påvirkes langvarig av erfaringer med arbeidsledighet [7]. Rath og Harter fant at vår generelle livstilfredshet går raskere tilbake til utgangspunktet etter sorg over å ha mistet en livspartner enn etter en periode med arbeidsledighet [8]. Forskere har også funnet en positiv relasjon mellom jobbtillfredshet og opplevd helse [9]. I følge Dame Carol Black er arbeidsledighet assosiert med redusert mental helse, økt sjanse for angst- og depresjonsdiagnoser og økt bruk av medikamenter. Tilbakeføring til arbeidet er assosiert med forbedret mental helse og generelt velvære [1]. Også for bedrifter kan det være lønnsomt å satse på ansattes helse ut ifra et utvidet helsebegrep. Bedrifter med HR-fokus på positiv mental helse, arbeid-hjem-balanse og organisatorisk velvære har en tendens til å ha positive utslag på produktivitet, kreativitet, engasjement, helse og rekruttering [10]. De bedrifter som

klarer å skape et høyt jobbenngasjement hos sine ansatte har økt produktivitet, mindre turnover, færre (og mindre alvorlige) arbeidsulykker og færre fraværsdager enn bedrifter med lavt jobbenngasjement [10]. En meta-analyse fra 2010 viser til konkrete tall for hvor mye det er å spare. De summerte opp resultater fra 36 originalstudier med ulike intervensjoner og hevder at hver dollar brukt på intervensjoner knyttet til helse og velvære for de ansatte var innsparingen ga \$3,27 tilbake i form av reduserte helsekostnader og \$2,73 på reduserte fraværskostnader [11]. Underforstått i fokuset på det helsefremmende i arbeidslivet er tanken om at man potensielt kan ta ut gevinster på alle nivåer. For individet ligger gevinsten i økt velvære og bedre helse og trivsel, for organisasjonen i friskere ansatte og dermed mindre sykefravær, lavere turnover, og økt produksjon. For samfunnet er det kritisk viktig å opprettholde en frisk arbeidsfør befolkning. Arbeidsplassen kan ses på som en ideell arena for å drive helsefremmende arbeid. De fleste av oss tilbringer omlag en tredel av livet vårt på jobben, i en organisert strukturert hverdag med hierarkier og insentiver. Således blir det en del av organisasjonens samfunnsansvar å fremme helsen til sine arbeidstakere og til samfunnet forøvrig. Eventuelle tiltak må imidlertid skreddersys til organisasjonen. Det finnes ikke universelle tiltak, eller noen fast oppskrift. Tiltak må forankres gjennom hele organisasjonene og aktivt støttes av toppladelsen [1].

## Referanser

1. Black, D. C. (2008). Working for a healthier tomorrow - Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population, 1-115.
2. Krause, A. (2014). Happiness and Work. Bonn: The Institute for the Study of Labor. [Tilgjengelig online 29.10.2015: <http://bit.ly/1P8xCpj>]
3. Statistisk sentralbyrå. (2014). Dette er Norge 2014. Hva tallene forteller (pp. 1-48).
4. Arbeidsmiljøloven. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) - Lovdata (pp. 1-48). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven>
5. WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health

- Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. [Tilgjengelig online 29.10.2015: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>]
6. Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2002). Lillestrømerklæringen om helsefremmende arbeidsplasser. [Tilgjengelig online 29.10.2015: [http://www.stamiweber.no/hefa/lillestrom\\_erklar.html](http://www.stamiweber.no/hefa/lillestrom_erklar.html)]
  7. Robinson, K., Kennedy, N., & Harmon, D. (2012). Happiness: A Review of Evidence Relevant to Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 19(2), 150-164. <http://doi.org/10.1080/14427591.2011.634780>
  8. Rath, T., & Harter, J. (2010, March 11). The economics of wellbeing. Retrieved March 11, 2015, from <http://www.vitalityworks.co.nz/researchfiles/20.pdf>
  9. Fischer, J. A. V., & Sousa-Poza, A. (2009). Does job satisfaction improve the health of workers? New evidence using panel data and objective measures of health. *Health Economics*, 18(1), 71-89. <http://doi.org/10.1002/hec.1341>
  10. Attridge, M. (2009). Measuring and Managing Employee Work Engagement: A Review of the Research and Business Literature. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 24(4), 383-398. <http://doi.org/10.1080/1555240903188398>
  11. Baicker, K., Cutler, D., & Song, Z. (2010). Workplace Wellness Programs Can Generate Savings. *Health Affairs*, 29(2), 304-311.

# Skal arbeidsplassene gi oss bedre helse?

Odd Bjørnstad, seniorrådgiver, Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten,  
Statens arbeidsmiljøinstitutt odd.bjornstad@stami.no

## Innledning

Arbeid er sentralt i menneskers liv. Det skaper verdier i samfunnet og innebærer muligheter for personlig utvikling, læring og sosiale relasjoner - samt inntekter til å leve av.

Helse påvirkes av arbeid. Per Fugelli snakker om arbeidsplassen som et sted som kan bygge helse - men også rive ned helse - et "bygge- eller rivehus".

Arbeidsmiljøloven stiller krav til hvordan arbeidsplassene skal utformes og arbeidet organiseres. I sin formålsparagraf slås det fast at arbeidsgiver skal sikre helsefremmende og meningsfulle arbeidssituasjoner - og gi full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger.

Arbeidsplasser er noe vi skaper. Så hvordan skal vi gjøre dette for at de skal bygge helse og ikke gi skader og sykdom?

## Skal vi oppleve lykke på jobben?

Å ha slike forventninger føles fremmed. Nedarvede forestillinger og tradisjoner sier at arbeid skal innebære strev og slit. Dette kan dessverre være en virkelighet i virksomheter med et uheldig arbeidsmiljø. Men den gode arbeidsplassen har et helt annet potensial. Der kan vi oppleve at vår fysiske og mentale helse vokser. Noen snakker om en lykkeopplevelse - en eudaimonisk

lykkeopplevelse som handler om engasjement, om å utvikle sitt potensial, være i prosess [1]. For å bygge slike arbeidsplasser og skape eudaimonisk jobblykke, må vi få til en helhetlig innsats som også aktivt fremmer de positive arbeidsmiljøfaktorene.

## Kan vi forebygge god helse?

Forebygge og fremme er sentrale begreper når vi snakker om helse på jobben.

Forebyggende innsats tar sikte på å avdekke risikofaktorer for sykdom og iverksette tiltak som fjerner eller minsker disse. Helsefremmende arbeid setter fokus på hvordan ansattes helse kan styrkes og utvikles. Det handler om innsatsområder som går fra ren kurativ behandling og forebygging over til den helsefremmende innsatsen [figur 1].

Premissene for en helsefremmende innsats ble formulert i Ottawa-charteret på den første internasjonale health promotion-konferansen. Det ble satt opp fem innsatsområder og en av disse var å skape et støttende miljø. Det er en strategi som setter fokus på "settingen", strukturen eller miljøet er bestemmende for menneskers helse.

For å fremme trygghet, stimulans, tilfredshet og trivsel stilles det krav til arbeidets fysiske og psykiske/organisatoriske form.

Vi må designe arbeidsplassene slik at de som jobber der styrker og forbedrer sin helse.

Dette er kjernen i "setting" tankegangen. Arbeidsgiver skal utforme og etablere arbeidsplasser med helsefremmende rammer. Arbeidsmiljøloven sier i sin målsetting at arbeidet skal være helsefremmende. Det er ikke individet - den ansatte - som skal endre sin adferd. Men en viktig forutsetning for å kunne skape slike rammer, er en aktiv medvirkning fra den ansatte.

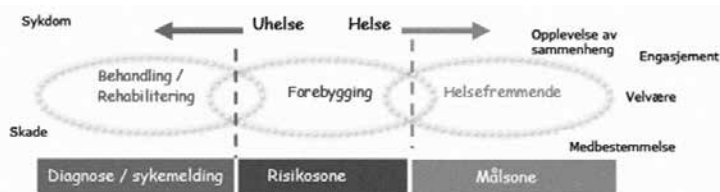
Fokus på risikoforhold og sykdoms- og ulykkesforebyggende innsats har vært lokomotivet i den tradisjonelle arbeidsmiljøinnsatsen de siste 50 år. Dette preger arbeidsmiljøfeltet og de faglige aktørene.

Arbeidstilsyn, vernetjeneste, til dels bedriftshelsetjeneste samt forsknings- og utdanningsinstitusjoner har utviklet fagkunnskap, modeller og strategier som handler om hva som er farlig og helseskadelig - og hva vi skal gjøre for å unngå eller forebygge disse. Denne innsatsen er viktig og nødvendig for å gi oss full trygghet mot skadevirkninger.

Men helse innebærer mer enn fravær av sykdom. WHO påpekte dette i sin helsedefinisjon allerede i 1949 og har fått støtte for dette i økende grad de siste årene. Fugelli og Ingstad gjennomførte en kvalitativ undersøkelse av folks helsebegrep i perioden 1997-2000 og de viktigste meningsbærende elementene var at helse handlet om trivsel, funksjon, natur, humor, mestring og energi- og ikke bare var fravær av sykdom.

I en holistisk modell forstås helse

Figur 1



som noe mer enn fravær av sykdom. Modellen peker på at det finnes andre kriterier for helse enn sykdom, for eksempel velvære, lykke, evne til å realisere sine mål. Fravær av sykdom er ikke tilstrekkelig for å kunne ha helse.

Vi ønsker å bevege oss mot en organisasjon hvor arbeidets fysiske og psykiske utforming vil gi god helse. Da må vi ha kunnskap om hva som fremmer dette for å kunne utvikle helsefremmende arbeidsplasser.

### **Utvikle helsefremmende arbeidsplasser**

Forståelsen av helsefremmende arbeidsplasser ble utarbeidet på en nasjonal konferanse på Lillestrøm i 2002. Deltakere fra næringsliv, universitet og høyskoler, bedriftshelsetjenester og arbeidslivstjenestene/NAV formulerte den såkalte Lillestrøm-erklæringen.

Erklæringen fremhever at helsefremmende arbeidsplasser skapes når virksomheten blir en vekstplass for de ansatte som tar vare på og utvikler mennesker. Den påpeker også viktigheten av å drive et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som reduserer risiko for sykdom og ulykker.

I tråd med dette kom den nye reviderte arbeidsmiljøloven i 2005 med krav om at arbeidssituasjonen skal være helsefremmende. Det handler om å forme systemene og prosessene i virksomhetene slik at vi får rammebetingelser som sikrer og utvikles ansattes helse - og ikke isolerte individrettede livsstils tiltak. I dag er det en erkjennelse om at et moderne arbeidsliv handler om noe mer enn fravær av sykdom og det er en øket interesse for å utvikle den helsefremmende innsatsen i arbeidsmiljøarbeidet. Det er utviklet ulike metoder og verktøy som virksomhetene kan bruke i sin helsefremmende innsats. Eksempler på dette er løsningsfokuseret tilnærming, langtidfrisk og "appreciative inquiry" (se nedenfor).

Løsningsfokuseret tilnærming

(LØFT-metoden) ble introdusert av psykologen Gro Johnsrud Langslet [2]. Den vektlegger at det er viktig å fokusere på hva en ønsker seg og ikke bruke krefter på det en vil unngå. Dette innebærer andre prosesser og strategier. Hun påpeker at det blir mer av det vi snakker om og derfor er det viktig å endre fokus og tema over til det vi vil ha mer av.

Begrepet langtidfrisk ble introdusert av den svenske bedriftsleder Johnny Johnsson. Han hevdet at det var viktigere å se på hvorfor ansatte var friske og tilstede på jobben istedenfor å kun søke etter årsakene til at de ble langtidssyke [3]. Gjennom å studere de langtidfriske så han at et rådgivende og fremmende lederskap, felles verdigrunnlag og tydelige mål og et aktivt medarbeiderskap var faktorer som hadde betydning for denne gruppen.

Appreciative inquiry (AI) ble lansert i 1990 som et verktøy for å få utvikle organisasjoner ut fra sine styrker og framtidsmuligheter. Gjennom en medvirkningsbasert prosess fokuseres det på virksomhetens positive elementer og med dette utgangspunktet utarbeides en visjon eller drøm om hvordan det skal være i en framtidig ønsket organisasjon. Så begynner innsatsen for å designe og realisere denne drømmen.

### **Forskning og teorier**

Det helsefremmende perspektivet er introdusert av ulike forskere.

Den israelsk-amerikanske sosiologen Aaron Antonovsky var opptatt av hva som bidro til at mennesker bevarte og utviklet sin helse til tross for motstand og belastninger. Han hevdet at nøkkelen var å ha en opplevelse av sammenheng (sense of coherence) som handlet om i hvilken grad livet var begripelig, håndterbart og meningsfullt.

Hans omtalte sin teori som salutogenese - og opererte med salutogene faktorer i motsetning til den tradisjonelle forebyggende tradisjonen som søkte etter de patogene faktorer.

Den internasjonalt anerkjente

psykologen Martin Seligman stod for et paradigmeskifte i psykologien. Hans forskning rettet søkelyset mot våre positive følelser og styrker og var en motvekt til den tradisjonelle psykologiens negative og begrensende fokus på svakheter og patologi [4]. Han hadde vært opptatt av depresjon i 30 år men registrerte at antall deprimerede mennesker i Vesten økte dramatisk på tross av en massiv internasjonal forskning og en mengde behandlingstilbud. Da skiftet han fokus og ville isteden se på hva som skulle til for at mennesker skulle oppleve lykke og trivsel.

Innen arbeidsmiljøfeltet kom det etter hvert også ny forskning som søkte etter positive faktorer på jobben og hvordan vi kunne utvikle helsefremmende organisasjoner.

Fokus på stress og utbrenthet har vært dominerende innenfor det psykososiale arbeidsmiljøfeltet men dette er i endring. Flere hevder det vil være mer formålstjenelig både for enkeltindivider og bedrifter å se på positive arbeidsrelaterte tilstander som jobbenngasjement.

Psykologene Wilmar Schaufeli og Arnold Bakker var også opptatt av de psykososiale risikofaktorene men skiftet fokus til å se på hva som engasjerte ansatte. De kom opp med en definisjon av jobbenngasjement som oppstod når ansatte opplevde vitalitet, entusiasme og mulighet til fordypelse. For å undersøke og kartlegge jobbenngasjement i organisasjoner ble jobbkrav-ressursmodellen utviklet [5]. Den viser at jobbensursene demper effekten av kravene på jobben og bidrar aktivt til et øket jobbenngasjement.

Forskning har vist at høy grad av engasjement i en organisasjon gir gode effekter som økt produksjon, økt innsats, økt arbeids glede - og mindre sykefravær [6]. Fokus på positive faktorer og helsefremmende tilnærming har påvirket mange forskningsfelt innenfor psykologi, ledelse og organisasjon. Et eksempel er forskning og utvikling av relasjonsledelse som mange virk-



somheter har tatt i bruk i sin innsats for å utvikle en helsefremmende organisasjon. Konseptet "Healthy and resilient organisations" (HERO) er utviklet i Spania. Det er et fokus både på organisasjonens effektivitet, overlevelse og fremtidige utvikling og ansattes helse og trivsel. Den vil også kunne møte motgang og uheldige omstendigheter på en offensiv og proaktiv måte [7].

I Sverige ble det gjennomført et stort forskningsprosjekt som så på hva som karakteriserte virksomheter med lavt sykefravær. De kalte disse for "nycklar till friska företag" som kunne brukes for å utvikle friske eller sunne organisasjoner. Disse var lederskap, medvirkning, kommunikasjon og holdning til helse og sykefravær.

Professor Eva Vingård har, på oppdrag av den svenske regjeringen gjort en kunnskapsgjennomgang av arbeidsforhold, psykisk helse og fravær og kom opp med følgende 10 friskfaktorer: lederskap, tydelige mål, medvirkning, autonomi, positivt sosialt klima, utdanning / videreutvikling, kommunikasjon, belønningssystemer, balanse mellom jobb/privatliv og ansettelse trygghet.

### Kan vi måle?

Når vi arbeider med positive helsefremmende faktorer i en virksomhet, trenger vi å kunne måle, både for å vurdere nå-situasjonen og for å evaluere gjennomførte tiltak. Måleverktøyet har i hovedsak vært spørreskjema. Tradisjonelle spøringer har etterspurt risikofaktorer og hva som er galt i arbeidsmiljøet. I en kartlegging av helsefremmende faktorer trenger vi et annet fokus - og andre spørsmål. Ulike forskningsmiljø har utviklet slike spøringer.

### Attraktive arbeidsplasser

For å måle helsefremmende faktorer har forskere ved høyskolen i Kristianstad, Sverige konstruert en salutogen helseindikatorskala, SHIS (Salutogenic Health Indicator Scale). For å måle faktorer i arbeidet som har betyd-

ning for helsen, har de utviklet WEMS (Work Experience Measurement Scale) [8].

Disse verktøyene har blitt brukt i på organisasjoner / virksomheter i Norge og Sverige.

### N-POP

En nordisk forskergruppe har utviklet spørreskjemaet Nordic Questionnaire on Positive Organisational Psychology (N-POP) tilpasset positive helsefremmende faktorer og brukt dette på virksomheter i Norden [9]. Prosjektet ble finansiert av Nordisk Råd.

### SHEFA

Et kartleggingsverktøy for helsefremmende arbeidsplasser (SHEFA) ble utviklet for Statoil / Hydro og er brukt i norske virksomheter.

### Avslutning

Det er en økende erkjennelse av hvor viktig arbeidet er for vår helse og utvikling. De arbeidsløse opplever mer sykdom og blir du sykemeldt vet vi at det er viktig å tilrettelegge slik at du kan komme tilbake til jobben. Den skal være et sted som bygger helse.

Norsk arbeidsliv må i større grad ta et arbeidshelse perspektiv i sine strategier og utviklingsmål. Hvordan kan vi utforme de organisatoriske og tekniske systemene slik at folk får bedre helse? Skal vi utvikle en ledelse og en bedriftskultur som gir oss kraftfulle, engasjerte og innovative ansatte?

Nye generasjoner er på vei inn i arbeidslivet med helt andre krav til vilkår og rammer på jobben. De vil søke mot virksomhetene som gir de vekst og utvikling og styrker den fysiske og mentale arbeidshelsen.

De vil ha helsefremmende arbeidsplasser.

### Referanser

[1] Selnes M, et al. Hedonisme og eudaimonia: To separate dimensjoner av livskvalitet? Tidsskrift for Norsk Psykolog-

forening 2004; 41: 179-187.

- [2] Langslet, GJ. Løsningsfokusert tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning. Gyldendal Akademisk 1999.
- [3] Johnsson J, et al. Långtidsfrisk. Ekerlids Förlag 2003.
- [4] Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. American Psychologist 2000; 55(1): 5-14.
- [5] Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources model: state of the art. The Journal of Managerial Psychology 2007; 22(3): 309-28.
- [6] Saksvik PØ, Christensen M. Arbeidshelsepsykologi på norsk. Fagbokforlaget 2015; 122-128.
- [7] Salanova M, et al. We need a Hero! Toward a validation of the healthy and resilient organization (HERO) model. Group & Organization Management 2012; 37(6): 785-822.
- [8] Ejlerstson G, et al. Measuring health indicators and work experiences in a salutogenic way: a Swedish developmental work. European Journal of Public Health 2009; 19 (1).
- [9] Christensen M, et al. Building engagement and healthy organizations: the third report from the Nordic project. Nordic Council of Ministers 2012.

# Arbeidsmedisinerens rolle i det helsefremmende arbeidet

Karianne Aasen, bedriftslege\*, Martin Øien Jenssen, Psykologspesialist\*\* og Marit Nøst Hegseth, PhD yrkeshygieniker\*\*

\*Bedriftshelsetjenesten Innlandet, tidligere LIS på AMA

\*\*Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN

På Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA) ved Universitets-sykehuset Nord-Norge er helsefremme et tema som opptar oss. Ordet helsefremme har over lengre tid stadig oftere dukket opp i politiske dokumenter, lovverk, utlysningstekster for prosjekt- og forskningsmidler så vel som i reklametekster fra bedriftshelsetjenester, som oftest uten at det oppgis noen nærmere definisjon av begrepet. «Helsefremmende og forebyggende» brukes gjerne i kombinasjon, men når det kommer til konkrete tiltak, er det gjerne forebyggende tiltak som kommer tydeligst frem. En kan derfor spørre seg om helsefremmende arbeid bare er et nymotens ord for å arbeide forebyggende, eller om begrepet også innehar kvaliteter utover det forebyggende.

AMA har jobbet mye med å definere hva vi mener at dette begrepet omfatter og hvordan helsefremmende arbeid kan praktiseres. Som et ledd i dette arbeidet gikk den gang LIS Karianne Aasen i 2014 i gang med et fagutviklingsprosjekt for å se nærmere på legens, eller nærmere bestemt arbeidsmedisinerens, rolle i det helsefremmende arbeidet i arbeidslivet. Målet var også å få en bedre forståelse av hva som ligger i begrepet og på hvilken måte det skiller seg fra forebyggende arbeid. I mai 2014 deltok hun på Hefakonferansen på Lillestrøm som omhandlet helsefremmende arbeidsplasser og fikk der inntrykk av at mesteparten av forskning som omhandlet helsefremme var gjort av psykologer eller sosio-

loger, altså personer med annen fagbakgrunn enn leger. Spørsmålet hun satt igjen med etter konferansen, var derfor om også legen hadde en plass i det helsefremmende arbeidet, eller om dette var forbeholdt andre yrkesgrupper? Et annet spørsmål som dukket opp, var om det kunne være en fordel å ha legebakgrunn i det helsefremmende arbeidet? For å få svar på disse spørsmålene ble det gjennomført semistrukturerte intervjuer av ca 60 minutters varighet med 4 spesielt selekterte leger som enten var arbeidsmedisinere eller erfarne bedriftsleger. De ble valgt ut fra kjennskap til at de arbeidet aktivt innenfor det helsefremmende området og hadde engasjement for fagfeltet.

I intervjuene ble legene først bedt om å forklare hva de forstod med begrepet helsefremmende arbeid eller det å arbeide helsefremmende. Prosjektdeltakerne hadde ulike oppfatninger av innholdet i begrepet, men tok likevel opp noen emner som var felles. Det helsefremmende arbeidet har som mål å fremme alt som bidrar positivt til helsen, og det omhandler faktorer som gjør at helse styrkes slik at en tåler både fysiske, psykiske og psykososiale utfordringer bedre. Dette er til forskjell fra forebyggende arbeid, som handler om å fjerne det som er skadelig for helsen. Faktorene som ble nevnt som viktige i det helsefremmende arbeidet, handlet hovedsakelig om det psykososiale arbeidsmiljøet, både organisering og tilrettelegging av arbeidet, mellommenneskelige relasjoner og lederskap. Legene

mente at helsefremmende arbeidsplasser også skal legge til rette for at folk kan gjøre de riktige valgene på individnivå. Det ble vektlagt at helsefremmende arbeid fortrinnsvis skal ha sin basis i forskningen på området. Spesielt ble Antonovskys salutogene modell trukket frem [1]. Modellen beskriver helse som et kontinuum mellom frisk og syk, der man til enhver tid befinner seg et sted på denne aksen. Ifølge modellen vil helsefremmende faktorer fremme bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet, og slik bevegelse kan ikke skje kun ved å beskytte mot risikofaktorer. Modellen vektlegger opplevelse av sammenheng (sense of coherence), hvor begreper som håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet er sentrale. Begrepet myndiggjøring blir ofte brukt i litteraturen når helsefremmende arbeid omtales. Ottawacharteret [2] definerer helsefremmende arbeid som *den prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll på og forbedre sin helse*. Legene som ble intervjuet i dette prosjektet, brukte ikke begrepet direkte, men var opptatt av at det å arbeide helsefremmende i stor grad handler om at ressursene i stor grad sitter hos pasienten. Legens rolle er å bygge opp under disse ressursene, slik at pasienten kan ta best mulige valg knyttet til egen helse. Til forskjell fra det forebyggende perspektivet hvor enkeltindividets medfødte ressurser skal *ivaretas*, forstås det med helsefremmende arbeid at disse ressursene skal *videreutvikles*. Prosjektdeltakerne var enige om at helsefremmende arbeid kan rette seg mot

både individer og grupper, men at grupperettede tiltak oftest vil være det mest sentrale.

Videre ble legene spurt om hvilken betydning et helsefremmende perspektiv på arbeidsplassen kan ha. Et gjennomgående svar var: Et bedre liv! En arbeidstaker i et helsefremmende arbeidsmiljø vil kunne dra nytte av sine økte ressurser også utenfor arbeidet. Det vil kunne påvirke hvor godt den enkelte mestrer sitt liv og dermed hva en for eksempel tar med seg til fastlegen, og hvilke holdninger til arbeid man viderefører til sine barn. En arbeidsplass hvor det helsefremmende perspektivet er ivaretatt vil kunne gi positive ringvirkninger utover den individuelle arbeidstakeren, noe som kan ha positive samfunnsmessige konsekvenser. I intervjuene kom det frem at økt trivsel, bedret motivasjon, styrket fellesskap og økt bevissthet om egen helse var effekter som kunne forventes av vellykket helsefremmende arbeid. Det ble også trukket frem at selv om økonomi ikke bør være et avgjørende argument for helsefremmende arbeid, kan fornøyde arbeidstakere bli mer produktive og prestere bedre. I tillegg kan det ha en innvirkning på sykefraværstatistikken, noe som kan brukes som innsalgsargumenter overfor bedriftens ledelse.

På spørsmål om helsefremmende arbeid har en plass i arbeidsmedisinen, og i tilfelle hvilken rolle det bør ha, svarte intervjuobjektene at helsefremmende arbeid bør gjennomføres alt som gjøres. Arbeidet bør ideelt tuftes på evidensbasert kunnskap og forskning, og det er essensielt å jobbe tverrfaglig. Legene mente at helsefremmende arbeid spiller en viktig rolle i å gjøre arbeidsplassen så optimal som mulig i livet til folk. Arbeidsplassen kan også være en god arena for folkehelsearbeid. Viktigheten av å holde folk i jobb for å bevare god helse ble også presisert og trukket frem som en begrunnelse for hvorfor helsefremmende arbeid bør være en viktig del av utøvel-

sen av arbeidsmedisin.

Prosjektdeltakerne ble også bedt om å utdype sine tanker om arbeidsmedisinerens/legens rolle i det helsefremmende arbeidet. Det var enighet om at legen kan ha en sentral posisjon i dette arbeidet. Legen har en vitenskapelig utdanning i bunn som kan bidra til tyngde i kunnskapsoverføring til for eksempel ledere. Lederutvikling og veiledning av ledere ble trukket frem som en sentral del av det helsefremmende arbeidet. Lederne er premissleverandører på arbeidsplassen, og de spiller dermed en avgjørende rolle i det helsefremmende arbeidet. Velfungerende ledere er derfor viktig for å skape gode og helsefremmende arbeidsplasser. Leger er dessuten den yrkesgruppen som bør ha best kjennskap til kroppen og dermed et godt utgangspunkt for å forstå kompleksiteten i helsen og samvirkningen mellom psyke og soma. Dette kan for eksempel komme til god nytte i veiledning av personer som opplever uhelse, der god mestring av situasjonen vil være viktig. Legen bør også være en pådriver for et inkluderende arbeidsliv, der syke og eldre kan holdes i jobb uten at fokuset på sykefravær blir for stort.

Legene ble spurt om hva de tenker om fokuset på livsstilsfaktorer i det helsefremmende arbeidet. De svarte at dette ikke er, eller bør være, hovedfokus. Intervjuobjektene plasserte livsstilstiltak som antirøykearbeid, mosjons- og kostveiledning mer på «forebyggingssiden» enn på «helsefremmesiden», men at dette er en del av en helhet som kan gjøre at en tåler stress og fysiske utfordringer bedre. Det ble derfor argumentert for at slike tiltak kunne virke både forebyggende og helsefremmende. Livsstilstiltakene bør bære preg av at det legges til rette for at arbeidstakerne kan velge sunne løsninger. Det var enighet om at tiltakene bør være grupperettede og ha fokus på å nå riktige målgrupper.

## Konklusjon

Det er utfordrende å finne en kortfattet og god definisjon av begrepet helsefremme, og å legge et konkret praktisk innhold til begrepet. Likevel hadde legene som ble intervjuet en slags enighet om hva det innebærer å arbeide helsefremmende. Styrking av helsen og videreutvikling av medfødte ressurser er sentrale stikkord for å forklare hva helsefremmende arbeid omfatter, og det dreier seg om mer enn bare å forebygge uhelse. Legene hadde en klar formening om at helsefremmende arbeid bør være en selvfølgelig del av arbeidsmedisinen, og at leger kan ha en betydningsfull rolle i dette arbeidet. Evidensbasert kunnskap på området bør etterstrebnes.

## Referanser

- 1 Antonovsky, A. (1979). Health, Stress, and Coping. Jossey-Bass Inc Pub.
- 2 WHO. (1986). Ottawa Charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion.

# Personlig tilpassing av verneutstyr

Merethe Larsen, overingeniør; Merethe.larsen@unn.no,  
Eva Kramvik, yrkeshygieniker og Marit Nøst Hegseth PhD, yrkeshygieniker,  
Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN ;

## Vår utfordring

En utfordring knyttet til den helsefremmende tankegangen er hvordan teori kan omsettes til praksis. På hvilken måte kan en jobbe med arbeidsmedisinske og yrkeshygieniske problemstillinger slik at en også jobber helsefremmende og ikke bare forebyggende? Norsk yrkeshygienisk forening definerer yrkeshygiene slik på sin nettside: *"Identifikasjon og kartlegging av kjemiske, fysiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer, samt vurdering av risiko for helseskade og forslag til forebyggende tiltak"*. I dette ligger det at daglig virke som yrkeshygieniker i stor grad dreier seg om klassisk forebygging. Gitt dette, kan vi også inkludere den helsefremmende tenkingen i det yrkeshygieniske arbeidet? På Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved universitetssykehuset Nord-Norge har vi gjort oss noen tanker om hvordan den helsefremmende dimensjonen kan inkluderes i vårt praktiske arbeid.

WHO skriver i Ottawa-charteret fra 1986 at "Helsefremme er den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse" [1], og Ole Jacob Thomassen har sagt i et intervju i arbeidervern for noen år tilbake at *"Et helsefremmende arbeidsmiljø er et hvor ansatte har kunnskap om egen organisasjon og mulighet for å medvirke i utviklingen av den. En slik arbeidsplass har myndiggjorte medarbeidere med kunnskap og innflytelse om eget arbeidsmiljø"* [2]. Innenfor disse definisjonene av helsefremme kan vi finne vårt handlingsrom som yrkeshygienikere. For er det ikke mulig for en yrkes-

hygieniker å være med å sette folk i stand til å ta vare på helsen si? Og er det ikke mulig å gi arbeidstakerne kunnskap og innflytelse om egen arbeidsplass? Er ikke dette egentlig noe vi gjør daglig likevel? Disse tankene gjorde oss motiverte til å omsette gode ideer til praksis, og vi startet i den enden vi så åpenbare muligheter for både kunnskapsoverføring og innflytelse, nemlig gjennom vårt arbeid med personlig tilpassing av verneutstyr.

## Masketetthetsmåling

Vi har i en tid nå hatt et spesielt fokus på åndedrettsvern. Tiltak for å redusere støvmengde er selvsagt alltid første prioritet ved uheldig eksponering, men bruk av personlig verneutstyr vil måtte anbefales dersom støvreduserende tiltak ikke er tilstrekkelig. Ved bruk av åndedrettsvern har det tradisjonelt blitt tatt for gitt at en er beskyttet så lenge en har masken på. Støvmasken er en barriere, men hvilken beskyttelse den gir er avhengig av hvor godt den tetter i kontaktflate mellom ansikt og maske. Faktorer av betydning ved valg av sikkert personlig åndedrettsvern, er ansiktsform og størrelse, vektendring, arr, skjeggvekst og bevegelse [3].

For å undersøke hvorvidt den masken som benyttes gir best mulig beskyttelse, kan det gjøres en masketetthetsmåling. Masketetthetsmålingen tester ikke kvaliteten på masken, men hvor godt den valgte maske og størrelse passer til arbeidstakerens ansikt. Norsk olje- og gassindustri benytter i dag en allerede eta-

blert metode, beskrevet i en egen retningslinje for bransjen [4]. Vi har gjennomført flere større og mindre prosjekter hvor vi har ønsket å vurdere om masketetthetsmåling er en velegnet metode i praktisk bruk for virksomheter og bedriftshelsetjenesten. Vi har testet masker brukt blant annet i bygg- og anleggsvirksomhet og bergverksdrift [5].

Ved masketetthetsmåling benyttes en kvantitativ metode hvor masken utrustes med en prøve-sonde som via en adapter blir plassert inne i masken, dvs. i brukerens pustesone. For å gjennomføre dette brukes instrumentet TSI PortaCount Pro Respirator Fit Tester 8038 i kombinasjon med TSI Particle Generator. Partikkelgeneratoren produserer saltpartikler i testrommets atmosfære. Instrumentet beregner ut fra antall målte saltpartikler i rommet og inne i masken, en tetthetsfaktor som viser hvor godt masken passer. Resultatet av målt tetthetsfaktor angis som "Bestått" eller "Ikke bestått". Testpersonen gjennomfører sju fastsatte øvelser, som simulerer en arbeidssituasjon og testen varer i 10 min. Arbeidstakeren kan følge med på resultatene i instrumentets display ettersom puste- og bevegelsesøvelsene blir utført. Dersom masken lekker i kontaktflaten mellom ansikt/maske under en eller flere øvelser, vises det fort når antall partikler inne i masken øker og testen avbrytes automatisk. Dette er en lettfattelig og virkningsfull metodikk.

Test FAILED			
Exercise Name	Fit Factor	Exercise Name	Fit Factor
NORMAL BREATHING	302	NORMAL BREATHING	
SEER BREATHING	307		
HEAD SIDE TO SIDE	300		
HEAD UP AND DOWN			
TALK OUT LOUD			
NO GING OVER			
Fit Factor		Concentration Values	
Overall Fit Factor		Aircent	701
Peak Value	100	Mask	776

Display fra TSI PortaCount Pro Fit Tester 8038 for "Ikke bestått" i test. Foto: Eva Kramvik

### Masketethetsmåling som helsefremmende intervensjon

I løpet av dette arbeidet har vi blitt oppmerksomme på at brukerkomfort og arbeidsbelastning er avgjørende faktorer for om arbeidstaker bruker verneutstyret. Ofte har arbeidstakerne fått utlevert verneutstyr uten at de selv har hatt mulighet til å innvirke på valget, og ser selv svakheter med utstyret uten at de har alternativt utstyr tilgjengelig. Vi ser også at mange arbeidstakere selv har en oppfatning av hvor god eller dårlig beskyttelse masken de bruker gir, og at motivasjonen for å faktisk bruke verneutstyret henger tett sammen med denne oppfatningen. I vårt arbeid har vi lagt vekt på informasjon, brukermedvirkning og involvering av både ledelsen og innkjøpsansvarlige i tillegg til arbeidstakerne i bedriftene. Slik har vi kunnet sikre at bevisstgjøringen om at individuelt tilpasset verneutstyr er viktig er forankret gjennom hele bedriften.

Når vi er ute på et masketethetstestoppdrag passer vi på å snakke med hver enkelt testperson om hvorfor det er viktig at de er beskyttet i sitt arbeid og hva den helsemessige konsekvensen av å ikke bruke verneutstyr kan være. I selve testsituasjonen har vi tatt noen pedagogiske grep for å gjøre testpersonene bevisste på hvilke faktorer de selv kan kontrollere og ta tak i for å sikre at verneutstyret deres faktisk virker. Når en arbeidstaker i masketethetstesten oppdager at det er store lekkasjer av partikler inn i masken, og selv får fore-

slå gode løsninger vil det være med på å sikre korrekt bruk av støvmasken. Egne erfaringer er et godt grunnlag for å fremme holdningsendringer, derfor har vi utført første masketethetsmåling på arbeidstakeren slik vedkommende normalt møter på jobb, med eller uten skjegg. Arbeidstakere med skjegg vil i de aller fleste tilfeller ikke passere testen da kontaktflaten mellom ansikt og maske skal være fri for hår og skjegg under masketethetsmåling. Barbering og deretter ny masketethetsmåling med samme maske vil da i de fleste tilfeller vise brukeren hvor lite skjegg som skal til for det oppstår lekkasje av partikler inn i masken. Å se og erfare dette selv samt å aktivt være med og rette opp i det som må korrigeres er viktig for å oppnå holdningsendring.



Arbeidstaker med skjegg. Foto: Eva Kramvik.

Det er gjennom denne prosessen, hvor personlig opplæring, medvirkning, innflytelse, bevisstgjøring og myndiggjøring er sentrale stikkord, at vi mener at den helsefremmede dimensjonen i vårt arbeid ligger. Steffen Torp skriver at den store forskjellen på helsefremmende arbeid og klassisk HMS-arbeid er definisjonen av helse, hvor den helsefremmende tradisjonen vektlegger helse som et positivt og holistisk begrep i motsetning til HMS, hvor det fokuseres på sykdom og helseplager [6]. Bruk av verneutstyr er isolert sett et tiltak knyttet direkte til sykdomsforebygging og kan kanskje vanskelig defineres som et helsefremmende tiltak i seg selv. Vi mener likevel at det finnes ulike tilnæringer til implementeringen av et slikt tiltak, og at den måten vi har valgt å gjøre dette på, hvor informasjon, samtale og brukermedvirkning

er sentralt, ivaretar deler av det helsefremmende perspektivet. Nutbeam skrev i 1986 at helsefremmende og forebyggende arbeid er to atskilte, men komplementære virksomheter, som overlapper hverandre i forskjellige situasjoner og under varierende forhold [1]. Vi mener at vi opererer i denne overlappen i vårt arbeid med personlig tilpassing av åndedrettsvern. Vi oppfatter at en slik konkret bevisstgjøring knyttet til maskebruk overføres til en mer generell tankegang hos arbeidstakeren på en slik måte at han eller hun selv reflekterer over og blir i stand til å ta grep om og ansvar for egen helse, også utover de konkrete situasjoner som handler om bruk av åndedrettsvern på jobb. Vi erfarer at engasjementet både knyttet til bruk av verneutstyr, men også arbeidsmiljøfaktorer generelt øker i mange av bedriftene hvor masketethetsmålinger har vært utført, og at gevinstene i dette tiltaket favner bredere enn kun økt grad av beskyttelse for luftveiene.

### Referanser

1. WHO. (1986). The Ottawa Charter for health promotion. [Tilgjengelig online: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>]
2. Thomassen, O.J. (2006) Hvordan skape et helsefremmende arbeidsmiljø? Kronikk Arbeidervern nr. 2.
3. Health and Safety Executive, OC 282/28, 6:30/04/2012.
4. Norsk Olje og Gass; 133 – OLF anbefalte retningslinjer for tetthetstesting av åndedrettsvern. 2011.
5. Rapport "Verneutstyr – riktig bruk for bedre helse", Larsen M., Kramvik, E., Olsen, R.F., Andorsen, G.S. 2014. <http://rvo-fond.no/upload/2014/02/07/rapport-personlig-verneutstyr.pdf>
6. Steffen Torp (2013): Hva er helsefremmende arbeidsplasser og hvordan skapes det? Socialmedicinsk tidsskrift s768-779 6/2013

# Wellbeing i norsk arbeidsliv?

Odd Bjørnstad, seniorrådgiver,

Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten, Statens arbeidsmiljøinstitutt odd.bjornstad@stami.no

Vi møter wellbeing ute i verden på konferanser, seminar, workshops og i artiklene våre og føler oss litt uvel. For hva skal vi fortelle om når vi kommer hjem og vil snakke vårt eget språk? Skal vi overgi oss – og bruke engelske termer. Eller skal vi sette oss ned og, ikke å snakke om det? Og kanskje bli litt klokere og kanskje utvikle arbeidsmiljøfaget et hakk oppover?

## Uro i geleddene.

Arbeidsmiljø har vært et landskap med kartlegging, risikovurdering og forebygging. Dette har preget aktørene, miljøene, kunnskapsutviklingen og gjeldene lover og forskrifter. Men så kommer det nye elementer inn og skaper uro i geleddene.

Helsefremmende arbeidsplasser ble introdusert og gitt et innhold på den første nasjonale konferansen i 2002 og kom med som en målsetting i den nye arbeidsmiljøloven i 2005. I dag er det et konsept som mange virksomheter og kommuner er opptatt av i sin arbeidsmiljøinnsats. Bedriftshelsetjenestene og Arbeidslivssentrene i NAV har helsefremmende arbeidsplasser som et rådgivningsråd og Idebanken IA har utarbeidet faktahefter og metodebeskrivelser om konseptet.

Begrepet "Wellbeing at work" kom til syne i 2008. Da finansierte Eurofound-prosjektet "Wellbeing at work: innovation and good practice". Det finske arbeidsmiljøinstituttet hadde prosjektansvaret med deltakelse fra Belgia, Tyskland, Irland, Italia og Romania. Målsettingen var å "encourage comprehensive action promoting the better health, safety and well-being at the workforce simultaneously

with the organization's productivity and success".

Det ble holdt en sluttkonferanse i 2010 for prosjektet i Helsinki med 200 deltakere fra over 30 land [1]. Den neste wellbeing-konferansen ble arrangert av det engelske instituttet Health & Safety Laboratory (HSL) i 2012 og den 3de i 2014. Arrangør var denne gang det danske arbeidsmiljøinstituttet NFA [2]. Den neste skal være i Amsterdam i 2016.

De europeiske arbeidsmiljøinstituttene har etablert forskningsnettverket PEROSH for prosjektsamarbeid og fag- og kunnskapsdeling. Der er det etablert en gruppe som skal arbeide med og utvikle kunnskap om «wellbeing at work». De har utviklet en metaformmodell i form av et tre med røtter, stamme, grener og blader som skal vise hvordan ulike faktorer kan henge sammen i dette begrepet [3].

## Wellbeing i økende grad.

Vi ser at begrepet «wellbeing at work / work wellbeing» opptrer i økende grad i det internasjonale arbeidsmiljølandskap både innenfor forskningsmiljø og praksisfeltet. Et søk på Google Scholar gir over 3.2 millioner treff. Ser vi på «work prevention» får vi 2.7 millioner treff. Dette er et signal om at det er kommet til et nytt tenkesett i vårt arbeidsmiljølandskap.

Nå står vi der på grenseposten og er i villrede. Skal vi ta dette nye begrepet inn i landet og hva skal det skal i så fall hete? Å finne fram til norske ord for begreper og konsepter vi leser om internasjonalt er alltid vanskelig og utfordrende. Skal vi våge oss med wellbeing på norsk – eller holde begrepet utenfor grensegerdet?

## Wellbeing på norsk

WHO har kommet med et europeisk rammeverk hvor wellbeing er satt opp som en målsetting for befolkningen. Dermed har aktørene og miljøene innenfor folkehelse også fått utfordringen med å omtale dette på norsk. Helseledelse har nylig publisert rapporten «Wellbeing på norsk» [4] og stiller spørsmålet i innledningen: Hva menes egentlig med begrepet wellbeing? Rapporten drøfter ulike sider av begrepet over 100 sider, men det resignerer i utgangspunktet og en velger å bruke det engelske ordet. Innledningsvis gjøres det likevel en liten refleksjon:

"Siden wellbeing er et begrep som kan vise til temmelig forskjellige ting, oppstår spørsmålet om hvordan skal vi snakke om wellbeing i en norsk sammenheng. Kan vi rett og slett oversette dette uttrykket nokså direkte til velvære, slik det gjøres i den norske oversettelsen av WHO's helsedefinisjon (jfr. St.meld. nr. 16 (2002-2003) s.6) eller finnes det andre og eventuelt mer egnede uttrykk? Oversettelsesproblemet kan høres trivielt ut, men spørket er ikke nøytralt. Ulike ord gir ulike helsepolitiske signaler." Helseledelse skriver i sin rapport om et kontinuum fra såkalt subjektive til objektive teorier. Det subjektive perspektivet omfatter blant annet en hedonisk tilnærming som handler om tilstedeværelse av behag og fravær av ubehag. Den eudaimoniske tenkingen finner vi innenfor de objektive teorier og den har en annen tilnærming. Den dreier seg om en virkeliggjøring av menneskets potensialer. Filosofen Aristoteles omtalte eudaimoni som aktiv realisering av menneskets evner til å fungere

godt. Mening, mestring og gode relasjoner var grunnleggende for dette. Dette tankesettet kjenner vi igjen som viktige elementer for å skape et godt psykososialt arbeidsmiljø og utvikle helsefremmende arbeidsplasser. En eudaimonisk wellbeing er derfor ikke en fremmed fugl i vår ide-verden.

### En nasjonal innsats

Jeg tror ikke det er mulig å komme fram til en europeisk sannhet og entydig forståelse av wellbeing – og tror heller ikke det ville være hensiktsmessig. Land har ulik historie, kultur og systemer som gjør det vanskelig å samle inn sammenlignbar praksis. Hvis noen passerte den norske grenseposten for å kartlegge hvordan vi drev wellbeing, ville våre svar være usikre, svevende og tilfældige.

Derfor handler det om en nasjonal innsats for å gi et innhold og en forståelse av begrepet wellbeing. Jeg tror ikke vi kan velge om vi skal ta denne jobben. Når vi er ute i verden for å få erfaringer og kunnskap om arbeidsmiljø, vil begrepet stadig dukke opp. I internasjonale artikler og rapporter støter vi på det i økende grad. For å kunne formidle og bruke all denne kunnskapen innenlands, blir det litt hjelpeløst å måtte snakke om wellbeing.

Som Helsedirektoratet har nevnt i sin innledning, er wellbeing direkte oversatt til begrepet velvære i noen utredninger. For arbeidsmiljøfolk er dette et uvant og skremmende begrep og assosieres med massasje og urtebad og spa. Ut fra den subjektive tenkningen er vi inne i en hedonisk verden hvor målet er tilstedeværelse av behag og fravær av ubehag.

Vil det være mulig å gjenerobre dette velværebegrepet? Kunne vi ta ordet tilbake og gi det et meningsfullt innhold og en forståelse som passer inn i vår tradisjon og tenkning?

Kunne vi gi det et eudaimonisk perspektiv som handler om rammer og prosesser som gir engasjement og mestring for de ansatte? Kunne vi si at jobb-velvære innebærer å være vel på jobben fordi de psykososiale, organisatoriske og fysiske/tekniske systemene er formet på en god måte? Finske forskere og fagfolk er ledende i Europa innenfor arbeidsmiljøsektoren. Ut fra mitt ståsted, opplever jeg at de er åpne for nye perspektiver og tilnærminger. Derfor var det ikke uventet at de satte i gang det første wellbeing-prosjektet i EU og arrangerte den første wellbeing konferansen i 2010.

De har tatt spranget og snakker om "hyvinvointi" som er wellbeing på finsk. Dette brukes i arbeidsmiljørapporter og publikasjoner. Jeg deltok på et NIVA kurs våren 2015 i Tampere om wellbeing at work. Der ble vi ønsket velkommen av en som hadde ansvar for arbeidsmiljø i kommunen og hans tittel var – oversatt til engelsk – wellbeing manager.

Jeg tror ikke vi skal ha en velværeminister i Norge, men det kunne kanskje være nyttig og utviklende for arbeidsmiljøtenkningen å ta tak i wellbeing-begrepet og se på hvordan vi kan bruke det på en god måte. Da tror jeg vi ville føle eudaimonisk velvære.

### Referanser:

1. Anttonen H, Vainio H. Towards better work and well-being: an overview. *J Occup Environ Med* 2010; Dec 52(12) 1245-8.
2. The 3rd international wellbeing conference at Copenhagen 2014 url: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/projekter/wellbeing-at-work-2014-in-copenhagen>
3. Lunt J, Fishwick D, Curran A. The wellbeing tree: tool for workplace health bears fruits. *Occupational Health* 66.7 Jul 2014; s 24-25 .
4. Carlquist E. Well-being på norsk. Rapport Helsedirektoratet IS-2344 2015.

# Forfatterveiledning Ramazzini 2015

Manuskripter/tekster sendes redaktøren eller medlemmer i redaksjonskomiteén.

Målgruppen for manuskriptene er norske arbeidsmedisinere. Dersom hele eller vesentlige deler av manuskriptet er publisert tidligere ber vi om å få det opplyst.

Pga. begrenset plass i bladet, foretrekkes korte manuskripter på ca. 1000-1500 ord. Teksten skal være skrevet på A4-ark, med 2.5 cm marginer, med font Times New Roman 12, og dobbelt linjeavstand. Teksten sendes som vedlegg, i word-format, med e-post. Tabeller og figurer skal skrives på egne sider. Send gjerne med et bilde, da som fil, og i høy oppløselighet (helst jpeg eller tif-fil). Bilder trykkes i svart/hvitt, med unntak av forsidedbilder. Navnet på fotografen må oppgis. Litteraturreferanser brukt i teksten nummereres fortløpende med nummeret i [hakeparentes] [alt 8 og 9] helst til slutt i setningen, og de listes opp til slutt i en referanseliste, i den form som brukes av Tidsskrift for den norske legeforsening, eksempelvis:

2. Bahus M, Førde R. Når pasienten nekter blodoverføring. *Tidsskr nor legefors* 2014; 134: 850-1

Antall referanser bør begrenses til omtrent ti. Det forutsettes at forfatterne har innhentet de nødvendige tillatelser til bruk av opplysninger om arbeidstakere, bedrifter, laboratoriedata, illustrasjoner etc. For å sikre enkeltpersoners anonymitet skal detaljer som kan føre til identifisering av enkeltpersoner unngås.

Forfatterne vil bli kontaktet etter faglig vurdering av redaksjonskomiteén, og få vite om teksten kan brukes. Dersom omarbeiding er nødvendig, gis hjelp til dette. Komiteén forbeholder seg rett til å kontakte fagpersoner utenfor komiteén hvis det er nødvendig. I slike tilfelle anonymiseres bidraget. Ta kontakt med redaksjonskomiteén hvis du er usikker på noe, og vi vil hjelpe deg så langt vi kan!

Hjertelig hilsen  
Redaksjonskomiteén

# Helsefremmende arbeid i Orkla

Kristian Vetlesen, Senior Occupational Health Adviser, Orkla ASA.

Kristian.vetlesen@orkla.no

## Orkla

Orkla er en ledende leverandør av merkevarer til dagligvarehandelen med Norden og Baltikum som hovedmarkeder, men også med aktivitet i Sentral-Europa og India. Orkla har 13 000 ansatte og 96 fabrikker. 4000 er ansatt i Norge, og hovedkontoret ligger i Oslo.

Orkla har de siste årene endret strategi fra et konglomerat til et rendyrket merkevarerelskap og samtidig forandret forretningsmodellen fra multilokal modell med stort grad av selvstendighet ute i virksomhetene til en mer enhetlig måte å styre på konsernet på. I tråd med dette er Orkla nå i ferd med å utvikle et enhetlig HMS-rammeverk og opplegg for oppfølging av virksomhetene.

## HMS-arbeid i Orkla

Hjørnesteinen i Orklas HMS-rammeverk er en standard som skal gjelde for alle virksomhetene. HMS-standarden tydeliggjør kravene som er gitt i Orklas HMS-policy om HMS-styringssystem som skal sikre effektivt HMS-lederskap, redusert risiko, redusert miljøavtrykk og kontinuerlige og varige forbedringer. HMS-styringssystemet følger standardene OHSAS 18001 (styringssystem for arbeidsmiljø; helse og sikkerhet) og ISO 14001 (miljøstyringssystem). HMS-standarden er strukturert i 5 hovedkapitler der det første omhandler styringssystemet. De fire andre kapitlene gir spesifikke krav og instruksjoner knyttet til kritiske forhold innen arbeidshelse, arbeidssikkerhet og det ytre miljø som praktisk støtte i den daglige driften.

Orkla HMS-standard:

- Kapittel 1 HMS-styringssystem
- Kapittel 2 Generelt (eksempler er: alenarbeid, orden og renhold, personlig verneutstyr)
- Kapittel 3 Arbeidshelse
- Kapittel 4 Arbeidssikkerhet og generelle farer
- Kapittel 5 Miljø

Opplæring er en viktig del av HMS-arbeidet. Det er utarbeidet opplæringsmaterieill som dekker alle temaer beskrevet i HMS-standarden.

Et revisjonsverktøy basert på de samme emnene som HMS-standarden er utviklet for å kunne følge opp virksomhetenes HMS-arbeid. Revisjoner blir utført etter en plan for i første omgang å nå samtlige fabrikker, og etter hvert vil også salg bli inkludert. Revisjonene blir utført av et Orkla-team som består av personer med ekspertise på arbeidshelse, sikkerhet og miljø. Enhetene bruke revisjonsverktøyet også til interne revisjoner.

## Helsefremmende og psykososialt arbeid

Arbeidshelse i Orklas HMS-standard består av følgende elementer:

1. Bedriftshelsetjeneste
2. Helsefremmende arbeidsplasser
3. Fysisk eksponering
4. Psykososiale risikofaktorer
5. Manuell håndtering og ergonomi
6. Sykefravær og rehabilitering
7. Rusmisbruk og avhengighet

Noen vil kanskje savne kjemikalier og farlige stoffer i arbeidshesekapitlet. Kjemikalier kan forårsake yrkessykdom, forårsake akutte ulykker og dermed innebære en sikkerhetsrisiko og innebære en miljøfare. Kjemikalier kan påvirke helse, miljø og sikkerhet og er derfor plassert i standardens generelle kapittel.

Under utviklingen av HMS-standarden har det vært overordnet å begrense antall underkapitler. Orklas psykososiale risikofaktorer omfatter en rekke forhold; trakassering, mobbing, konflikter, vold, trusler, alvorlige ulykker og død.

I prosessen med utviklingen av Orkla som et rent merkevarerelskap har det blitt gjennomført

omfattende reorganisering. I kjølvannet har det oppstått en del usikkerhet blant de ansatte og mange steder høyt sykefravær. Organisatoriske endringer blir nå betraktet som en psykososial faktor som skal risikovurderes og tilhørende tiltaksplaner skal utvikles.

## Helsefremmende arbeidsplasser

Orkla sier at å være på jobb er den viktigste helsefremmende aktiviteten. Formålet med helsefremmende arbeid er å styrke de positive faktorene i arbeidsmiljøet. Det betyr å utvikle en positiv kultur som omfatter godt lederskap, en følelse av tilhørighet og mestring. En rekke grunnleggende elementer/eksponeringer som har kjent sammenheng med helseutfall skal regelmessig vurderes og tiltaksprogrammer basert på evalueringene skal utvikles.

I dag er det følgende elementer som skal bedømmes:

- Jobbkraft
- Arbeid - familie balanse
- Rollekonflikt
- Jobbkontroll – friheten til å bestemme over egen arbeidssituasjon
- Læring og mulighet for å bruke egne ferdigheter
- Balanse mellom innsats og belønning
- Sosial støtte fra leder/kolleger

Enheten skal i tillegg oppmuntre de ansatte til å engasjere seg i tiltak for sunt kosthold, fysisk trening og røykeavvenning.

## Praktisk helsefremmende arbeid

Til tross for manglende vitenskapelig støtte for effekten av generelle helsekontroller ble de lenge gjennomført i Orkla. Samtale om arbeidsmiljøet var en viktig del av undersøkelsene, men manglende struktur umuliggjorde viderefremming av systematiske funn. Fra begynnelsen av -90 tallet ble helsekontrollene i en del av Orkla som het Orkla Brands Nordic omdefinert til avdelingsvise arbeidsmiljø



jøkartlegginger, og Karasek-Theorells spørreskjema om krav – kontroll – støtte ble tatt i bruk.

Det har vært nødvendig for BHT å forklare overfor ledelsen og HR at i motsetning til vanlige medarbeiderundersøkelser som gjennomføres vurderer BHTs kartlegginger på forhold i arbeidet som har kjente sammenhenger med medarbeideres helse. Det har blitt vist til at Karasek-Theorell modellen er enkel og pedagogisk. Den har blitt brukt i mange intervensjoner for å redusere belastende arbeid og fremme helse. Belastende arbeid, som i modellen er en situasjon med høye krav og lav egenkontroll/muligheter for læring, har vist seg å gi økt sykdomsrisiko. Forsøk på å beregne hvor store effekter som kan forventes har funnet at effekten av «belastende arbeid» er noe mindre en røyking, men i samme størrelsesorden som høyt blodtrykk eller høyt kolesterol.

Undersøkelsene har foregått ved at ansatte fylte ut skjema som ble utgangspunkt for en samtale om arbeidssituasjonen. Resultatene ble systematisert på avdelingsnivå og fremstilt i rapporter med forslag til tiltak og deretter presentert for ledelse og ansatte. Rapportene ga gode muligheter for å sammenlikne avdelinger over tid og sammenlikne resultater på tvers av organisasjonen.

Individer som ble bedømt til å ha en belastende arbeidssituasjon ble informert av bedriftshelsetjenesten. Det ble gitt tilbud om samtale med leder og bedriftshelsetjenesten for å se på muligheter for arbeidsmiljøforbedringstiltak. Det var imidlertid få som ønsket å gjennomføre slike samtaler.

Selv om mange avdelinger har meldt tilbake at de har hatt bra utbytte av arbeidsmiljøundersøkelsene og at tiltak har bedret arbeidsmiljøet, har gjennomføringskraften av foreslåtte tiltak ikke vært tilfredsstillende.

### **Nytt konsept for arbeid med helsefremmende arbeidsplasser**

Bedriftshelsetjenesten i Orkla Brands Nordic ønsket å bedre prosessen rundt helsefremmende arbeidsplasser, hvordan øke involvering, bedre gjennomføringskraften av tiltak og redusere

ressursbruk. To av Orklas bedrifts- sykepleiere har i forbindelse med Videreutdanningsprogrammet for BHT i regi av Stami og utdanning til sykepleiespesialist i bedriftshelsetjeneste skrevet oppgaver og utviklet et konsept for hvordan gjennomføre undersøkelsene.

Elementene i konseptet består av god forankring, spørreskjemaundersøkelse, en idédugnad og arbeid i styringsgruppe og AMU.

### **Forankring**

God forankring skjer ved informasjon i ledergrupper og til øvrige ledere, i AMU og til verneombud. Ansvar er både for forbedringsforslag og gjennomføring av nødvendige arbeidsmiljøtiltak må ligge i selskapet og hos medarbeiderne og ikke hos BHT. Dette er forhold som kommer tydeligere frem i det nye konseptet.

### **Spørreskjemaundersøkelse**

Spørreundersøkelsen har blitt basert på Karasek-Theorells verktøy, 6 spørsmål knyttet til krav, 8 spørsmål til egenkontroll/læring, og 5 spørsmål til støtte. Deltakerne skriver navn på skjema og det er kun BHT som blir kjent med hva de enkelte respondenter svarer. Det gir BHT mulighet for å fange opp ansatte som har belastende arbeid. Hvordan bedriftshelsetjenesten behandler svarene og at resultatene presenteres slik at konfidensialiteten ivaretas, er sentrale tema under forankringsprosessen. Oppslutningen om undersøkelsene har alltid vært svært stor, tilnærmet 100%.

### **Idédugnad - kartleggingskonferanse**

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen blir presentert for de ansatte og blir etterfulgt av idédugnad-kartleggingskonferanse. Dette er en arbeidsmetode som har lange tradisjoner i Norge og har vært viktige i bedriftsutviklings-tiltak. Siden Orkla Brands Nordic ønsket å fange opp mer enn bare helsefremmende utfordringer i arbeidsmiljøet, valgte man å kalle kartleggingskonferansen idédugnad eller workshop på engelsk. Idédugnaden er en kvalitativ kartleggingsmetode som baseres på klistrelapper og gruppearbeid. Det gir muligheter til å utveksle

meninger og erfaringer og på den måten skape en felles plattform for finne frem til konkrete forslag til løsninger på store og små arbeidsmiljøutfordringer. Gruppeprosessen er mindre ressurskrevende enn enkeltintervjuer. En fare er at enkeltpersoner kan dominere eller påvirke samarbeidet i grupper. Hvordan gruppene settes sammen må vurderes. Noen ganger er det fruktbart at gruppedeltakerne er på samme nivå uten ledere tilstede og at det etableres egne grupper bestående av ledere. I innledningen blir det understreket at idédugnaden skal legge til rette for en positiv idémyldring som gir mulighet for nytenkning, samtidig skal problemfokus og personangrep unngås.

### **Styringsgruppe - arbeid i AMU**

Selskapet setter sammen en styringsgruppe bestående av representanter for ledelse og ansatte. Styringsgruppa gjennomgår forslagene fra idédugnadene og utarbeider en handlingsplan. For at det videre arbeidet med arbeidsmiljøutfordringene skal være håndterbart, anbefales at det prioriteres 6-8 tiltakspunkter. Deretter må styringsgruppene peke ut ansvarspersoner/-grupper og sette realistiske tidsfrister for når tiltakene skal være gjennomført.

Handlingsplanene er fast sak på agendaen på selskapets AMU helt til samtlige arbeidsmiljøtiltak er gjennomført.

### **Videre arbeid**

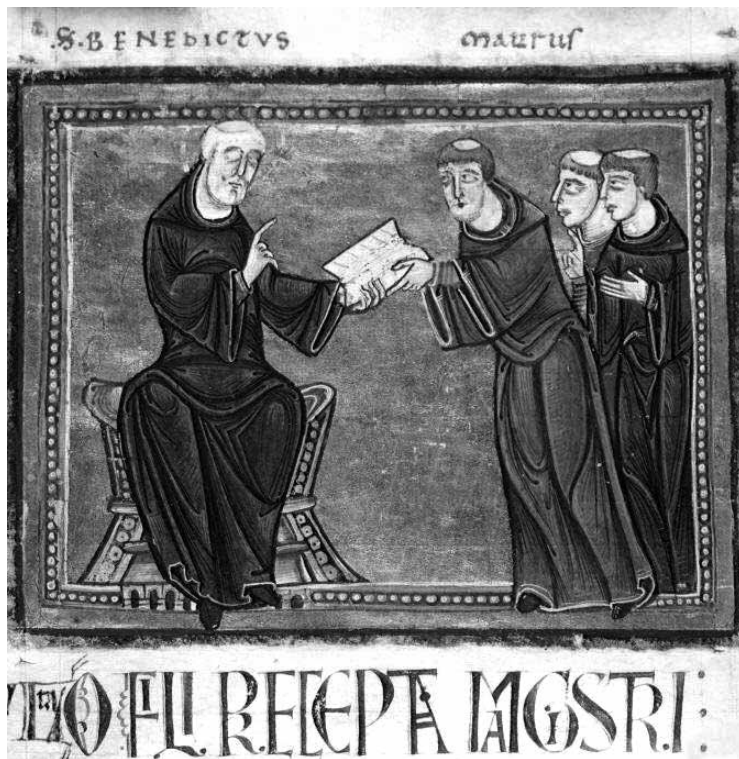
Orkla BHT gjennomgår nå underkapitlet «Helsefremmende arbeidsplasser» i Orklastandarden og vurderer å utvide antall elementer som skal kartlegges. Faktorene skal ha dokumentert sammenheng med helse og skal kunne forstås og brukes internasjonalt. Vi ønsker at resultatene skal kunne sammenliknes med arbeidsmiljø utenfor konsernet. Det er søkt om råd hos Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø- og helse (NOA) for å finne aktuelle verktøy. I Orkla BHT arbeider vi nå med å lage et nytt, ytterligere forbedret konsept for å kartlegge og bidra til å utvikle helsefremmende arbeidsplasser.

# Ora et labora – klosterets «arbeidsmiljølov»

Anniken Sandvik, lege i spesialisering, Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, OUS Ullevål.

Benedikt av Nursia (480-587, se bildet) regnes som en av grunnleggerne av det katolske klostervesenet. Han utarbeidet Benedikts regel – anbefalinger om hvordan klosterlivet skulle organiseres. Hans regel ble førende for det meste av det katolske klosterlivet i Europa gjennom mange hundre år. I Norge etablerte benediktinerordenen seg på 1000- og 1100-tallet, med klostrene Nidarholm, Selje og Munkeliv. Utover i middelalderen ble det opprettet mange øvrige klostre i Norge, blant annet cistercienserklostrene Lyse kloster og Hovedøya kloster rundt midten av 1100-tallet. Også cistercienserne levde etter Benedikts regel, men etter deres oppfatning i en mer renset form [1]. Regelen i den formen vi kjenner den i dag, ble sannsynligvis til i perioden 530-560, og bygger på en rekke eldre regler fra tidligere munkefelleskap. Den gir føringer for hvilken ånd som bør herske i klosteret og legger her stor vekt på ydmykhet og lydighet. Den betoner også at idealet for klosterlivet er fellesskapet, og ikke en privat og tilbaketrukket tilværelse [2]. Ellers gir den svært konkrete føringer for administrasjonen av klostrene og en detaljert timeplan over daglige gjøremål. Idealet er en riktig balanse mellom bønn (ora) og arbeid (labora). Timeplanen deler dagen temmelig likt mellom bønn (med lesing og meditasjon), manuelt arbeid og hvile (mat og søvn). At Benedikt betonte manuelt arbeid i klostrene relativt sterkt, hadde sannsynligvis sammenheng med at klosteret var tenkt som en selvforsynt enhet, og at det dermed var viktig for klosteret å drive jordbruk [2].

I paragraf 48 i Benedikts regel,



Bilde fra illuminert manuskript viser St. Benedikt som overleverer regelen sin til en munkorden. Frankrike, St.Gilles kloster, Nimes, 1129. Wikimedia Commons, 2006.

«Om det daglige manuelle arbeidet», står det følgende:

*Lediggang er sjelens fiende. Derfor skal brødrene til fastsatte tider arbeide med sine hender, og til andre bestemte tider være opptatt med åndelig lesning. [...] Men dersom noen er så likegyldig eller lat at han nekter å lese eller studere, eller om han er ute av stand til det, skal han pålegges et arbeid å utføre, for å unngå at han bare driver dank. Brødre som er syke eller lite sterke skal gis arbeid eller verv som er avpasset for dem, så de har noe å sysle med, uten dermed å segne under for store byrder eller fristes til å forlate klosteret [2].*

Menneskets forhold til arbeid har

endret seg gjennom tiden. Ikke minst har «arbeid» både som begrep og som praksis i størstedelen av vår historie vært vevet inn i religiøse, sosiale og politiske prosesser. Det var først med det industrialiserte samfunnet at skillet mellom lønnsarbeid og fritid ble tydelig, og «arbeid» som begrep ble klart definert. I idéhistoriske fremstillinger av menneskets forhold til arbeid blir det gjerne poengtert at grekerne i antikken hadde en «forakt for arbeid» og at de betraktet det som et onde og en forbannelse [3]. I den kristne middelalderen endret holdningen til arbeid seg; arbeidet ble nå betraktet som et oppdrag eller en straff fra Gud om slit og strev som man måtte akseptere: «I ditt

ansikts sved skal du ete ditt brød» [4]. I senere kristen tradisjon ble det møysommelige arbeidet utført som en «gudstjeneste»: Guds velsignelse lå over arbeidet [3]. Arbeidet ble også ansett som nødvendig for kroppens og sjelens velbefinnende, det hindret onde tanker og vaner. I benediktinerordenen var det denne holdningen til arbeid som gjorde seg gjeldende. Jordbruksarbeid, håndverk og pleie av syke og fattige fikk en viss åndelig verdighet. Arbeidet var her et middel til renselse og soning. I senere klostresamfunn gikk man lenger i å pålegge munkene mye tungt manuelt arbeid som en ren tuktt- og botsøvelse [3].

Et liv i klosteret kunne være både helsebringende og sykdomsfremmende. Ramazzini interesserte seg for dette og skrev et eget essay som spesifikt omhandler nonners helse [5]. Denne teksten ble føyet til da han i 1713 ga ut andre opplag av *De morbis artificum diatriba*. Her beskriver han høyere forekomst av brystkreft blant nonner. Årsaken mente han var sølibatet:

*Erfarung har vist at forstyrrelser i livmoren ofte leder til brystkreft, en kreftform som er vanligere blant nonner enn blant andre kvinner. Dette kommer ikke, slik jeg ser det, av menstruasjonsplager, men snarere av et liv i sølibat. Jeg kjenner til flere tilfeller der nonner fikk en beklagelig slutt pga fryktelige kreftsvulster i brystene [...]. I alle byer i Italia finnes det flere nonneordener, men det er sjelden at et kloster ikke viser denne fordømte hemsøkelsen kreft [6].*

Ramazzinis observasjon er fremdeles gyldig: Vi vet at kvinner som ikke føder barn, eller som føder barn sent, har økt risiko for å utvikle brystkreft på grunn av hormonelle forhold [7]. Flere aspekter ved nonners helse har vært studert også i moderne tid. De har en særpreget livsstil som klart skiller dem fra resten av befolkningen. Her er det også helsebringende faktorer, som for eksempel et langt lavere stressnivå. I en studie i nyere tid ble det blant annet vist at nonner har lav

risiko for å utvikle høyt blodtrykk og hjerte-kar-sykdom [8].

Benedikts regel la vekt på en riktig balanse mellom manuelt arbeid, åndelige sysler og hvile. Slik skapte den gode rammer for å ivareta en felles opplevelse av sammenheng og mening i klostertilværelsen. I dagens teorier om helsefremmende arbeid finner vi spor av de samme tankene. Sosialogen Aaron Antonovsky trekker i sine teorier om salutogenese frem at det å oppleve sammenheng og mening i eget liv (såkalt «sense of coherence») er en viktig helsefremmende faktor. I en tid hvor arbeidslivet stiller stadig høyere krav til effektivitet og omstilling, kan det være vanskelig å oppnå dette. Det er et viktig spørsmål hvordan vi kan skape en bedre balanse mellom dagens «ora» og «labora».

#### Referanser

1. Hommedal AT. Ora et labora – Be og arbeid – klosterliv i mellomalderbyen Bergen. Årbok for Universitetsmuseet i Bergen 2011:37-51.
2. Klosterliv i Vesten. Augustins regel – Benedikts regel. Thorleif Dahls kulturbibliotek. Oversatt og med innledning av Erik Gunnes. Oslo 1986.
3. Kildal N. Fra arbeidsbegrepets historie: Aristoteles til Marx. Notat 3, 2005. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier. Universitetsforskning Bergen.
4. 1.Mosebok 3,19.
5. Meiklejohn A, Curran AP. De Virginum Vestalium Valetudine Tuenda Dissertatio. Medical History 1964;8:371-375.
6. Ramazzini B. De morbis artificum diatriba. Om arbetares sjukdomar. Basert på utgaven Padova 1713. Arbetsmiljöförlaget 1991. Egen oversettelse av sitater fra svensk.
7. Onkolex.no. Lest 26.10.15.
8. Timio M et al. Blood pressure Trend and Cardiovascular Events in Nuns in a Secluded Order: a 30-year Follow-up Study. Blood Pressure 1997;6:81-87.

## 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 11. mars 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 disputert for den aktuelle artikkelen før den akseptert for publisering.

Nominasjonen skal inneholde begrunnelse og den aktuelle publikasjonen skal vedlegges.

**Nominasjoner sendes til Forskningsutvalget** som vurderer forslagene og innstiller prisvinneren.

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.

# Forskningsprisen 2015

Bedriftslege Kristin Hovland, Skanska. kristin.hovland@skanska.no

Takk til NAMF for forskningsprisen for artikkelen *Longitudinal decline in pulmonary diffusing capacity among nitrate fertilizer workers* [1]! Artikkelen er en del av avhandlingen *Lung function and occupational exposure among nitrate fertilizer production employees. A three year follow-up study*. Artiklene er tidligere publisert og avhandlingen er tilgjengelig på Universitet i Oslo eller ved kontakt med Hovland [1-4].

Hovedmålet for studien var å se om det er en sammenheng mellom eksponering og fall i lungefunksjon. Det var en longitudinell studie hvor datainnsamlingen foregikk i perioden 2007-2010. Hoved- og delmålene var å se på endringen i lungefunksjon hos gjødselarbeidere ved hjelp av spirometri og gassdiffusjon mot eksponering og å studere selvrapperte respiratoriske symptomer og endring i lungefunksjonen. Dagens eksponering ble kartlagt ved hjelp av en gruppebasert strategi, hvor tilfeldig valgte ansatte bar måleutstyr på tilfeldige dager spredt ut over en ett års periode. Eksponeringskartlegging er viktig for å kunne si noe om en årsakssammenheng og det er svært viktig å optimere eksponeringsestimater for å kunne oppdage en mulig risiko. For å vite hvilken strategi vi skulle bruke, ble det i forkant kartlagt hvordan de ansatte jobbet. På grunnlag av dette ble det valgt en gruppebasert strategi. I tillegg utførte vi en delstudie med bruk av video og direktevisende utstyr for støv og gasser en uke i mai 2009.

Bakgrunnen for at studien kom i gang var at bedriftshelsetjenesten, som etter oppfølging av ansatte over mange år, lurte på om produksjonsarbeiderne jevnt

over lå lavere i lungefunksjon enn forventet. På begynnelsen av 2000-tallet utførte de en tverrsnittsanalyse og fant at det var en høyere andel med obstruktiv lungefunksjon blant gjødselarbeiderne, definert ved en FEV<sub>1</sub>/FVC ratio lavere enn 0,7, enn hos en intern kontrollgruppe.

Alle ansatte ble invitert til å være med i studien og studiepopulasjonen teller 383 personer. Spirometri ble utført med Vitalograph belgspirometer og gassdiffusjon ble utført med Sensor medic's apparat. Vi ønsket å inkludere gassdiffusjon for å se om den kunne gi informasjon ut over spirometri, med tanke på reduksjon av lungefunksjon. Gassdiffusjon gir et mål på gassopptak i lungene, og vil blant annet være redusert ved emfysem. De ansatte svarte også på et spørreskjema om respiratoriske symptomer, tidligere hjerte/lungesykdom, allergi/astma og røykevaner, både ved baseline og oppfølging [5]. Vi valgte å se spesielt på symptomene piping, morgen hoste, daglig hoste med oppspytt og hoste med oppspytt mer enn 3 måneder per år. Disse symptomene er relatert til obstruktiv lungefunksjon, og mye brukt i både yrkesrelaterte studier og befolkningsstudier tidligere. I 2010 fikk de ansatte i tillegg et skjema hvor vi spurte om tidligere eksponering, eventuelle ulykker/høye eksponeringer de hadde vært utsatt for og om de hadde vært utsatt for noen spesiell eksponering de siste tre årene.

I eksponeringsartikkelen refereres det til jobbgrupper med hensyn til eksponeringsnivå. Jobbgrupper i studien samsvarer med de forskjellige fabrikkene som inngår i mineralgjødselproduksjonen. Stort sett jobber de

ansatte fast i én fabrikk. De fleste skiftene deler arbeidet slik at en enkelte dager bare sitter inne i kontrollrommet, og andre dager utfører sjekkrunder ute i fabrikk. Hvis produksjonen går som den skal, varer sjekkrundene ca. en halv- til en times tid, og runder blir gått ca 3 ganger/dag. På vanlige dager er det altså begrenset tid de ansatte er ute i produksjonsområdet, men andre dager kan de være mye ute. Eksponeringskartleggingen var gruppebasert, hvor studiepopulasjonen ble delt inn i grupper med antatt lik eksponering og tilfeldig utvalgte ansatte gikk med måleutstyr på tilfeldig valgte dager. Målingene var spredd over ett år og gjennomsnittet av alle målingene ble tilegnet hver enkelt person i jobbgruppen. Med denne strategien antar man at gruppegjennomsnittet reflekterer eksponeringsnivået til individet over tid, og feilen som oppstår ved at man måler kun på et utvalg av gruppens individer, kompenseres ved at man får økt presisjon ved å bruke alle målingene i gruppen til å estimere gjennomsnittlig eksponering for gruppen.

Eksponeringsmålingene ble utført i alle fabrikkene. Til sammen 141 ansatte bar måleutstyr og 23% av dem gjorde det to ganger. Det var filter for måling av støv, NaI-impregnerte filter for å beregne eksponering for NO<sub>2</sub>, og KOH impregnerte filter for å beregne HF, SO<sub>2</sub> (gasser) og NH<sub>3</sub> og HNO<sub>3</sub> (salpetersyre aerosol). I tillegg hadde de ansatte direktevisende utstyr for elektrokjemisk måling av gassene NO<sub>2</sub>, CO og NH<sub>3</sub>. For aerosolene valgte vi å måle torakal og inhalerbar fraksjon. Den torakale fraksjonen ble valgt da den blir ansett som den viktigste med tanke på obstruktiv lungesykdom. Analysene viste at svært mange av målingene var

under deteksjonsgrensen. Dette ga utfordringer, bl.a. i forhold til hvordan vi skulle rapportere dataene. I eksponeringsartikkelen endte vi opp med å bruke maximum likelihood estimation. De ansatte ble gruppert etter jobbgruppe, som her tilsvarer de forskjellige fabrikkene, eller i kategorien "Other" som er lavtekstonerte arbeidstakere. For eksponering fant vi en median inhalerbar konsentrasjon på 1.1 mg/m<sup>3</sup> og en median torakal konsentrasjon på 0.21 mg/m<sup>3</sup>. For gassene nitrogendioksid og ammoniakk var det lave gjennomsnittsverdier, men enkelte kortvarige høye toppe.

Vi fant et fall i FEV<sub>1</sub>, for hele gruppen samlet, på 18 mL/år (95% CI 10 til 27 mL/år) og DLCo falt med 0.068 mmol/min/kPa/år justert for kjønn, alder, høyde, vekt, røykestatus og doktordiagnostisert astma (selvrapportert). Vi fant ingen assosiasjon mellom rapporterte respiratoriske symptomer og fall i lungefunksjon. Det var ikke mulig å relatere fallet i lungefunksjon til grupper av ansatte eller type eksponering

### **Oppsummert litt av det jeg har lært:**

- BHT sitter på en gullgruve av informasjon som det er viktig å bruke både i forebyggende arbeid internt og for å spre kunnskap eksternt
- Forskning går ikke som planlagt – men det er lærerikt.
- Spørreskjema er lett å dele ut – vanskelig å tolke. Vær nøye med hva du spør om og hvordan, og valider skjemaet før bruk.
- Spirometri – vit hva som ligger i software. Kjenn retningslinjene og vit hvorfor du velger den referansepopulasjonen du har valgt.
- Synes du det høres spennende ut med forskning – gjør det! Enten med utgangspunkt i data hos BHT/avdeling og i samarbeid med en av institusjonene i Norge, eller om du tar hele løpet med en doktorgrad.

Takk til Knut Skyberg, Marit Skogstad, Berit Bakke, Nils Petter Skaugset, Øivind Skare og Yngvar Tomassen som var veiledere og/eller medforfattere.

### **Referanser**

1. Hovland KH, Thomassen Y, Skaugset NP, Skyberg K, Skogstad M, Bakke B. Characterisation of occupational exposure to air contaminants in a nitrate fertiliser production plant. *Journal of environmental monitoring* : JEM 2012; 14(8): 2092-99
2. Hovland KH, Skogstad M, Bakke B, Skare Ø, Skyberg K. Longitudinal lung function decline among workers in a nitrate fertiliser production plant. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2013; 19: 119-26
3. Hovland KH, Skogstad M, Bakke B, Skare Ø, Skyberg K. Longitudinal decline in pulmonary diffusing capacity among nitrate fertiliser workers. *Occup Med (Lond)*. 2014 Apr; 64(3): 181-7
4. Hovland, Kristin Hildegard. Lung function and occupational exposure among nitrate fertiliser production employees. A three year follow-up study. UiO 2014. Åpent tilgjengelig via DUO.
5. British Medical Research Committee. Standardized Questionnaires on Respiratory Symptoms. 1960; *Br Med J* 2: 1665.

NFAM har fått ny leder:



# Laila M Torp

Intervjuer: Knut Skyberg, leder NAMF

*Gratulerer med vervet som ny leder av vår fagmedisinske forening (NFAM)! Kan du fortelle litt om ditt yrkesliv? Hvorfor valgte du arbeidsmedisinen?*

Jeg kan vel nesten si at det var arbeidsmedisinen som valgte meg. Jeg startet yrkeskarrieren i allmennpraksis. Etter noen år i ulike vikariatet i allmennmedisin, to små barn hjemme og de utfordringer det gir i forhold til vakter, kom et vikariat i bedriftshelsetjenesten opp som en god mulighet. Jeg takket ja til dette, og har blitt der siden. Den gang Høyden Bedriftshelsetjeneste i Moss viste seg å være rett sted for meg. Så selv om jeg må innrømme det var praktiske hensyn som styrte meg inn i arbeidsmedisinen, fant jeg snart faget og arbeidet veldig interessant, og valgte å satse helt på dette.

Jeg er fortsatt i den samme bedriftshelsetjenesten (BHT), men den kan knapt kjennes igjen fra da jeg startet der for 20 år siden. Høyden BHT startet i sin tid (lenge før meg) som en Elkem-bedriftshelsetjeneste, og tradisjonelt betjente vi mange industribedrifter. Verden har endret seg mye i løpet av disse årene, også i Moss, og vi har vært nødt til å tilpasse oss nye tider. For 7 år siden ble Høyden BHT fusjonert med Ringvoll BHT, til Ringvoll og Høyden BHT som vi fortsatt heter.

Vi har vokst til en enhet tellende totalt 19 ansatte i dag. Jeg fikk muligheten til å overta som daglig leder for bedriften i 2010. Det ga nye utfordringer og jeg må vel si jeg hadde en svært bratt læringskurve den første tiden. Dagene fylles med en del administrasjon, men jeg trives fortsatt

svært godt med, og jobber mest som bedriftslege i det daglige.

Jeg ser verdien av å være til stede i bedriftene, jobbe tett på ansatte og ledelse og bidra med kunnskap og erfaring som er spesielt i vårt fag. Det å lære ulike arbeidsmiljøer å kjenne og få lov å utøve faget innenfor mange ulike felt er noe jeg trives veldig godt med.

*Hva anser du å være den viktigste oppgaven for NFAM i tiden fremover?*

Det er viktig å opprettholde god kvalitet på arbeidsmedisinen. Vi må fremme vår agenda og vise det som er vår spesialitet og hva den betyr for helse i befolkningen. Det er viktig at spesialiseringen blir god og nyttig, og jeg er opptatt av at det gis gode faglige/videreutdanningsmuligheter for leger i bedriftshelsetjenesten. Det kan være vanskelig å få til deler av utdanningsløpet i praksis, og NFAM må være pådriver for å finne gode og praktiske løsninger som gir spesialiseringmulighet uten at det ødelegger for drift i BHT, og at drift av BHT ikke legger sperrer for spesialiseringen.

*Er det vanskelig å lede en spesialitet som omfatter arbeidsmedisinere både på sykehus og i bedriftshelsetjenesten?*

Det føler jeg det er noe tidlig for meg å uttale meg om. Men om jeg likevel skal si noe tenker jeg rent umiddelbart at vi er samlet om faget, og det gjør oss til en enhet. Andre mer praktiske områder i forhold til type stilling vil uansett måtte håndteres innen de rammer man har sin stilling i, der vil det naturlig nok være store forskjeller. Jeg har ikke oppfattet at det på generell basis er noen mot-

setning mellom de to gruppene. Faget er det samme, vi må være flinke til å trekke vekslere på hverandre. Og, ikke minst er det viktig at vi er enige om og står samlet om faget, vi er ikke så mange at vi kan tenke "de" og "vi" innen vår spesialitet.

*Hva kommer det av at så mange arbeidsmedisinere tar jobb hos Fylkeslegen, i NAV og andre steder? Nei, si det. Er det så veldig mange da? Allmennpraksis leverer vel også en del dyktige leger til disse offentlige etatene. Men når arbeidsmedisinere blir foretrukket til stillingene må det være fordi vi i vårt yrkesliv har opparbeidet svært god kompetanse om NAV og Arbeidstilsynet for eksempel, deres virke grenser på flere områder til en bedriftsleges hverdag. Det er selvfølgelig bra med gode fagpersoner i disse enhetene også, men det er viktig at vi bevarer så gode arbeidsforhold innen våre arbeidsmedisinske arenaer slik at vi beholder så mange som mulig i arbeidsmedisinske institusjoner og bedriftshelsetjenester. Det kan være gode grunner for å endre arbeidsfelt i løpet av karrieren, og det må selvfølgelig hver og en bestemme selv, men dersom det er på grunn av vanskelige eller ugreie arbeidsforhold man velger bort arbeidsmedisinen har vi mer enn en utfordring. Jeg sier ikke at det er på den måten, men spørsmålet er viktig å stille med jevne mellomrom. Igjen, vi må jobbe for å ha gode arbeidsforhold og ikke minst utdannings- og utviklingsmuligheter for spesialiteten arbeidsmedisin. Faget er ikke stort, men det er veldig bra og fortjener all den fremsnakking det kan få!*

# Målsettingene for 2015-2017

Tonje Strømholm og Knut Skyberg

Styret som ble valgt i Bergen i mai har nå revidert målsettingene for den toårige styreperioden 2015-17, og vi ønsker å informere våre medlemmer om dem. På grunn av den økende markedsstyringen av bedriftshelsetjenesten (BHT) blir det stadig mer viktig å styrke det faglige innhold og bedriftslegenenes rammevilkår. Vi vil fortsatt også prioritere det internasjonale perspektivet på arbeidsmedisinen. Endelig vil vi være vaktbikkje for arbeidsmedisinen i den nye spesialitetsstrukturen som Helsedirektoratet arbeider med. På hvert styremøte gjør vi opp status for hvert av satsingstemaene og vil videreutvikle tiltak.

## 1. Styrke BHT og bedriftslegenenes rolle i BHT

- Styrke medisinskfaglig ledelse i BHT
- Bedre rammer for forskning i BHT
- Mentorordning for bedriftslegene
- Godkjent BHT skal ha arbeidsmedisiner i minst 50 prosent stilling
- Arbeide for at bedriftsleger får spesialisere seg i arbeidsmedisin og etterutdanne seg
- Få omtale i mediene knyttet til disse målsettingene

## 2. Utvikle arbeidsmedisin i et globalt perspektiv

- Fortsette støtten til internasjonale prosjekter
- Sette fokus på etikk og arbeidsmiljø i internasjonale selskaper
- Se på arbeidsmiljøkonsekvenser av innvandring til Norge

## 3. Fremme spesialiteten arbeidsmedisin

- Sikre arbeidsmedisinen i ny spesialitetsstruktur
- Følge opp undervisningen ved universitetene
- Legge til rette for faglige arenaer

Målsettingene er lagt frem for president Marit Hermansen og vi ser at vi har felles mål med sentralstyret blant annet når det gjelder å styrke medisinskfaglig ledelse og sikre at ny spesialitetsstruktur blir best mulig. NAMF har også fremholdt overfor presidenten at foreningen sentralt må se på oss arbeidsmedisinere som en ressurs når det gjelder arbeidsmiljøforhold for leger.



Fra venstre: Tore Tynes, Kjersti Skantze, Monika Lønning, Tonje Strømholm, Knut Skyberg, Jan Eikeland, Laila Torp, Arne Nysæther, Ragni Skille Berger, Tor Erik Danielsen.

Returadresse:  
Cox Bergen  
Konag Christian  
Frederiksplass 3,  
5006 Bergen



**B - Økonomi**