

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 19 • 2012 • Nr. 4

Tema:

GLOBAL ARBEIDSHELSE



ICS Impulse



BALANCE

Video Head Impulse Test

Otometrics er stolt over å kunne introdusere den nye og banebrytende **ICS Impulse** – et **video Head Impulse Test (vHIT)** system som objektivt og raskt tester dine svimmelhets-pasienter gjennom en presis måling av den vestibulære-okulære refleks. En ICS Impulse test er en objektiv måling som er lett å gjennomføre.

Ta kontakt for mer informasjon, eller få den demonstrert på **ØNH Høstmøte** på Grand Hotel i Oslo 25. - 27. oktober 2012.

www.otometrics.com www.icsimpulse.com
www.headimpulse.com



GN ReSound Norge AS
Postboks 132 Sentrum
0102 Oslo
E-post: info@gnresound.no
Tlf: 22477530

 **otometrics**
MADSEN · AURICAL · ICS

SPILL BALLEN

over til Cox
du også

MAGASIN
RÅDGIVNING
DESIGN
WEB

Cox er en av Norges sterkeste aktører innen redaksjonell kommunikasjon og design. Vi har kontorer i Bergen, Oslo, København og Stockholm.

www.cox.no

COX 



For annonsering i Ramazzini kontakt:
Geir Karstensen tlf. 930 20 461 - E-mail: geir.karstensen@cox.no

Innhold:

Leder	s. 3
Ramadan og arbeidslivet	s. 4
Legeforeningen og internasjonalt arbeid	s. 6
Karl Evang-prisen til Ebba Wergeland	s. 7
Palestina: Blir kvinnelige frisører syke pga. de politiske forholdene og de religiøse reglene i området?	s. 8
En god dag på jobben	s. 9
«Conflictman» Hvordan forebygge konflikter i små og mellomstore bedrifter i Europa?	s. 10
Støy i norske barnehager – hvor stort er problemet i barnehagene?	s. 12
Kaffeseremoni med utfordringer	s. 15
Styrets spalte	s. 16
Styrene 2011 - 2013	s. 19
Forfatterveiledning Ramazzini 2012	s. 19
Foreningsnytt	s. 18
Kurs for petroleumleger	s. 19

**Forsidebilde:**

Bildet er fra en kaffefabrikk nord i Tanzania. Arbeidstakerens oppgave er å sprette sekker med kaffebønner og tømme disse ned i den trakten han har satt seg oppi. Kaffen sendes rundt i fabrikken og blir sortert etter vekt og størrelse i forskjellige maskiner. Spretting av kaffesekker med påfølgende tømning og risting gir masse støv. Det er derfor forunderlig at arbeidstakeren har valgt å sette seg så midt oppi støvet som han kan, og at han har støvmasken på pannen og ikke over nesa. Foto: Gloria Sakwari.

Global arbeidshelse på nytt

Dette er andre gang Ramazzini har temanummer om global arbeidshelse. Møtet mellom Nord og Sør er spennende og krevende for den norske arbeidsmedisineren. Derfor er dette et viktig tema. Temanummeret synliggjør også at foreningen vår vektlegger global helse mer enn før.

Globaliseringen av arbeidslivet gjør at arbeidsmedisineren møter det fremmede både hjemme og ute. Her hjemme er det mye fokus på problemer forbundet med kulturelle forskjeller. Bønnerom og hijab på arbeidsplassen er eksempler på dette. Vi setter krav til at innvandrere skal tilpasse seg de normene vi har i Norge, også på arbeidsplassen. Jeg tror en viktig forutsetning for at dette skal gå bra er en felles forståelse av hvorfor vi vil ha disse normene i Norge.

Men hva betyr kulturforståelse når vi reiser ut? Etter å ha arbeidet periodisk i Midt-Østen gjennom 35 år har jeg fått god anledning til å tenke gjennom hva som er de største utfordringene. Vi regner ofte med at vi lever i den beste og mest hensiktsmessige av alle verdener, og at våre normer er bedre enn normene i Sør. Mañanaholdninger har vi liten forståelse for. Men dette er ikke nødvendigvis et uttrykk for at de "andre" er upålitelige, men heller at de lever i en virkelighet hvor andre løsninger er rasjonelle og hensiktsmessige. Manglende kulturforståelse, vi kan godt kalle det kulturimperialisme, er kanskje den største utfordringen vi står overfor der ute.

Petter Kristensen, gjesteredaktør

Kings Bay? Global helse?

Det er 50 år siden gruveulykken i Kings Bay. Dette er nettopp blitt behørig markert på Spitsbergen og andre steder i vårt land. Ulykken var svært spesiell. 21 gruvearbeidere mistet livet i graven "Esther I" i Ny Ålesund. I kjølvannet av denne ulykken ble det politiske Norge endret. Spørsmålet var i hvilken grad regjeringen hadde tenkt sikkerhet for de som arbeidet i det norske gruvesamfunnet. Det ble stilt kritiske spørsmål ved statens evne til å drive industri- og næringsvirksomhet. Sikkerheten var forsømt. Regjeringen måtte gå av! En regjering av de fire borgerlige partier under ledelse av Høyres parlamentariske fører, John Lyng, ble utnevnt. Denne regjeringen eksisterte ikke lenge, men hendelsen svekket tilliten til Arbeiderparti-regjeringen og styrket troen på et borgerlig alternativ. Jeg forsøkte å forklare denne hendelsen til noen utenlandske kolleger. De så undrende på meg og begynte å snakke om alle gruveulykkene som skjer i Kina for tiden, og snakket om at noe burde gjøres der. Da tenkte jeg i mitt stille sinn at kanskje vi faktisk lærte noe i Norge den gangen. Vi har et land med et utrolig godt arbeidsmiljø sammenlignet med mange andre land, det er ikke til å komme forbi. Interesse og kunnskap om helse og arbeidsmiljø bør absolutt spres rundt til andre land og kulturer, spør du meg!

Bente E. Moen, redaktør

REDAKSJONSKOMITÉ 2012**Bente Elisabeth Moen**

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31, 5018 Bergen
Tel: 55 58 61 12
Faks: 55 58 61 05
E-post: bente.moen@isf.uib.no

Petter Kristensen

Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 51 00
Faks.: 23 19 52 00
E-post: Petter.Kristensen@stami.no

Kristin Buhaug

Haukeland sykehus
Yrkesmedisinsk avdeling
5021 Bergen
Tel: 55 97 38 75
Faks: 55 97 51 37
E-post: kristin.buhaug@helse-bergen.no

Anne Kristine Jordal

Mongstad BHT
5954 Mongstad
Tel: 56 34 42 08
E-post: akjor@statoil.com

FORENINGSDADRESSE

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: Eli Marie Berg-Hansen
E-post: eli.berg.hansen@legeforeningen.no
Tel 23 10 91 23 – privat 63 99 11 14 (fredag)

Ramadan og arbeidslivet

Marit Skogstad, Statens Arbeidsmiljøinstitutt, Oslo

Innledning

De fleste voksne praktiserende muslimer unngår å spise, drikke, røke og ha sex i løpet av tiden det er lys i den "lunare" måned, muslimenes hellige måned. Åndelig sett innebærer Ramadan å avholde seg fra dårlige tanker, handlinger og ytringer (1).

Den islamske kalender følger månefasen og starten på året forrykkes dermed 11 dager hvert år, og på den måten kommer Ramadan på ulike tider over en syklus på 33 år. Fasteperioden kan vare så lenge som 18 timer der to måltider inngår, en rett før daggry (*sahour*) og den andre etter solnedgang (*iftar*). For folk som lever i Polare områder er det anbefalt at man tar fasten slik den er forskrevet for Mecca og Medina eller fra nærmeste tempererte sone (2). Ramadan er obligatorisk for muslimer, men flere kan utsette den slik som syke, gravide, ammende kvinner, reisende eller kronisk syke og gamle (1,2).

Ramadan og døgnrytmen

Normale mønstre i væske og matinntak brytes når søvnrytmen forandres slik tilfellet blir med Ramadan. Mat og væskeinntak er forbudt i løpet av tiden med dagslys, og man skal spise på tider man vanligvis sover (3). Endringen av døgnrytmen forklarer blant annet de fysiologiske funnene som gjøres under Ramadan (4). Ved siden av at matinntak unngås i løpet av dagtiden, er også væskeinntaket forskjøvet. Dermed inntreffer en gradvis dehydrering frem til væskebalansen kan gjenopptas på natten.

Helserelaterte endringer under Ramadan. Problemer med å følge anvisning gitt av helsepersonell

Det ser ut til at personer som bruker faste medisiner følger dette dårligere opp i fasteperioden. På den måten er det vist en økning av diabetikere som må sykehusinnlegges i løpet av Ramadan, pasienter på blodtrykksmedisiner kan endre på medikasjonen, og pasienter med økt risiko for mavesår ser ut til lettere å få utvikle et slikt sår under Ramadan (3).

Energi og væskebalansen

Energiinntaket påvirkes av kvaliteten og mengden av mat som er tilgjengelig. Mange går ned i vekt i løpet av Ramadan. Litt avhengig av populasjonen som blir undersøkt, ser det ut til at selve mengden og kvaliteten av maten foran-

dres under Ramadan (4). Således er det i noen kulturer påvist at fett, karbohydrat og proteininntaket forandrer seg i fasteperioden. Det endrede matinntaket under Ramadan kan ofte gi økt inntak av dyreproteiner på bekostning av grønnsaker og calciuminntaket men også jern og magnesiumnivåene synker (4). Dette gjør at maten som inntas på nattetid under fasten kan være av dårligere kvalitet (3). Mer bekymringsfullt er det at blodsukkeret, særlig om ettermiddagen, går ned under Ramadan (4).

Den største bekymringen med Ramadan er at vedlikeholdet av væskebalansen forstyrres slik at de som faster blir dehydrerte på dagtid (3). Særlig i varmt vær kan væsketapet være formidabelt, og ved fysisk ytelse kan et væsketap komme opp i 2 liter/time. Slik dehydrering kan, hvis den er alvorlig nok, gi nedsatt fysisk ytelse, påvirke nyrene i negativ retning og påvirke endokrine funksjoner i løpet av dagtid (3). Nedsatt 24-timers urin er vanlig og dermed vil man få en økning av urea og urinsyre (4).

Fysisk aktive personer kan få en så alvorlig dehydrering at nedsatt yteevne og mental/kognitiv fungering kan bli resultatet (5). Hos mellomdistanse løpere, med 13 timers faste om dagen, ble det påvist økte mengder sirkulerende adrenalin, noradrenalin og IL-6 mens melatonin konsentrasjonen gikk ned (5). Disse forfatterne konkluderer med at idrettsfolk som vedlikeholder energi og matinntaket sitt, treningsmengden og søvnen likevel ikke står i fare for å tape i ytelse under Ramadan.

Påvirkning av mavetarmfunksjonen

Når diettvaner endres kan det oppstå problemer som de man ser hos nattarbeidere. Overvekt og maveplager kan være resultatet, og det å spise om natten kan gi økt syredannelse (3).

Hjerte- kar effekter

Det er beskrevet positive effekter av Ramadan. Det ser ut til at de som faster får en gunstigere lipoproteinprofil og at denne profilen vedvarer i inntil 20 dager etter opphør av fasten. Det er også beskrevet en forbedring av koagulasjonsstatus med redusert D-dimer og en positiv endring av apolipoprotein-stoffskiftet, alt i alt fordelaktig for å forebygge hjertekarsykdom (3).

Fysisk og psykisk yteevne

Det er sannsynlig at muskulær og sen-

tralnervøs yteevne kan påvirkes om dagen når man avstår fra matinntak.

Det er vist nedsatt muskulær styrke og utholdenhet ved faste. Undersøkelser tyder videre på at fysisk yteevne særlig er nedsatt om ettermiddagen og om kvelden men at evnen om morgenen er uforandret i forhold til ikke fasteperioden. Totalt sett har nedsatt aktivitet om dagen og økt tendens til et kveldsliv en mulighet til å ha negativ effekt på yteevne på dagtid, særlig for dem som har kroppsarbeid på dagtid. Forandringene tror man har sammenheng med endring av normal døgnrytme der folk blir mer aktive om kvelden og natten og i tillegg får søvndeprivasjon. Men man tenker seg at også restriksjoner av tobakk, koffein og energiinntak også kan bidra til dette (2). Oksygenopptaket ser også ut til å reduseres særlig første del av Ramadan (5). Mottiltak, som kan sikre fysisk yteevne, kan være å sikre væskeinntaket særlig rett før daggry sammen med en atferd som gjør at daglig væsketap minsker (5). I tillegg vil det å ta hvileperioder ("nap") og å ha nøye innarbeidede spisetider, være gunstig og et forebyggende tiltak (5).

Det er vist økt irritabilitet under faste og kognitiv funksjon ser ut til å reduseres hos enkelte. Reaksjonstid, konsentrasjon, hukommelse og arbeidskapasitet er også vist å gå ned under Ramadan (4). Svært mange klager over hodepine under Ramadan. Spenningshodepine ser ut til å forklare de fleste tilfellene (2). Således hadde 41 % av sykehusansatte, som fastet på et sykehus i Saudia Arabia, hodepine mot bare 8 % av dem som ikke fastet (2). Forklaringen på hodepinen, som alt overveiende var av spenningskarakter, var søvndeprivasjon, lavt blodsukker, opphør av kaffeinntak og dehydrering (2). I en nyere review av Torelli et al. (6) peker forfatterne på at spenningshodepinen i forbindelse med faste først og fremst forklares med hypoglykemi og fravær av koffein. I følge disse forfatterne kan selv små endringer av blodglukosenivået utløse hodepine noe man også ser ved triggering av migrene. Glukose spiller en viktig rolle i hjernens stoffskifte men også hypoglykemi kan indusere vasodilasjon, begge mekanismer kan forklare hodepine i forbindelse med faste. Fravær av koffein (trimethylxanthin) kan også gi hodepine. Stoffet er kjent å gi smertelindring, gjennom blant annet å blokkere effekten av adenosin og gjennom å

aktivere noradrenalin, og brukes medikamentelt i behandling av hodepine. Studier har vist at plutselig å avstå fra koffein kan gi hodepine, gjerne 18-t etter siste koffeininntak.

Søvnen

Forstyrret søvnrytmen kan oppstå under Ramadan (3). Varigheten av søvnen reduseres fra 6 timer eller mindre pr døgn hos 68% av arbeidstakerne under Ramadan mot en andel på 37 % før, og er antatt å være et større problem for arbeidstakere enn tørst og sult (4). Slik endring av søvnrytme kan gjøre sitt til at mange får økt søvnbehov i løpet av dagtid. EEG målinger har vist at årvåkenheten nedsettes midt på dagen. Denne trøttheten på dagtid er også assosiert med fall i kroppstemperatur.

Andre studier har vist at total søvntid og REM-søvnen går ned under Ramadan, men at non-REM søvn økte i løpet av fasten, noe som kan ha sammenheng med endret tidspunkt for væske og matinntak (3).

Ramadan og arbeidslivet

En studie av 32 mannlige industriarbeidere fra kjemisk, metall og annen industri i Tyskland, som ble fulgt under Ramadan sommeren 1983 og der arbeiderne måtte avstå fra mat og væskeinntak, viste vekttap, tegn på dehydrering, elektrolyttforstyrrelser, tachycardi, trøtthet, slapphet, hodepine og kvalme i løpet av Ramadanperioden. Selv om gruppen ikke utførte de mest belastede oppgavene, måtte likevel enkelte avbryte arbeidet og utsette fasteperioden pga helseproblemer som akutt urinsyregikt pga forhøyede verdier av urinsyre eller alvorlige sirkulatoriske problemer (7).

I forståelse med ledelsen ved virksomheter som hadde muslimer ansatt ble ulike forebyggende strategier iverksatt. Ansatte som ønsket å faste under Ramadan ble oppmuntret til å ta ut ferie i den aktuelle perioden. Ellers ble omplassering av aktuelle arbeidstakere vekk fra varmt og tungt arbeid eller omplassering til arbeid på natten med gode pauser for inntak av mat og væske foreslått som mulige tiltak (7).

Ulykker

Det er holdepunkter for at antall trafikkulykker, men også andre ulykker, øker under Ramadan (2, 3). Om dette igjen henger sammen med endringer i insulin, blodsukkernivået, lavt energiinntak eller stemningsendringer eller en kombinasjon av disse er vanskelig å si, men irritabilitet er også funnet å øke under Ramadan med en topp på slutten av måneden (3).

Studier fra Saudia Arabia og De forente arabiske emirater viser at den høyeste forekomsten av trafikkforulykkede på

sykehus er under Ramadan (4,8). Roky et al (4) mener man må endre på arbeidsbetingelsene under Ramadan i yrker som krever spesiell årvåkenhet.

Ved et større sykehus i London fant man under Ramadan en økning av andelen av muslimer som oppsøkte sykehuset etter ulykker sammenliknet med perioden etter (9).

En studie fra Jordan, der man telte opp antall pasienter utsatt for trafikkulykker behandlet ved sykehus, viste derimot at antall pasienter og alvorlighetsgraden av skadene sank, snarere enn økte, i løpet av Ramadan. Forfatterne forklarer denne reduksjonen med redusert arbeidstid og at folk er opptatt av åndelige sysler under Ramadan (10).

Diskusjon/ Konklusjon

Ramadan, med fravær av væske og energiinntak på dagtid, gir en rekke påvirkninger på kroppen som kan være uheldig ved utførelse av arbeid. I forbindelse med Ramadan er det dokumentert påvirkning av kognitiv funksjon, nedsatt søvn, økt grad av irritabilitet og hodepine, plager som kan være lite forenelig med det å stå i arbeid. Det er klart dokumentert at trafikkulykker er økt i denne perioden og at yteevnen til arbeidstakere som faster går ned. Helseilsynet har kommet med anbefalinger om væskeinntak, kosthold og søvn og om hvordan unngå helseplager til muslimer som ønsker å gjennomføre Ramadan:

<http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Raad-og-anbefalinger-under-ramadan/Rad-og-anbefalinger.aspx>

<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/ramdan-rad-til-landets-leger.aspx>

I arbeidslivet kan man iverksette tiltak som minker skadevirkningene:

- Væskeinntak/energiinntak sikres om morgenen som igjen gir energi langt utover dagen.
- Redusert arbeidstid som sikrer tid til hvilepauser i løpet av dagen
- Avspasering /ferieavvikling i løpet av aktuelle periode
- Avstå fra overtidsarbeid eventuelt omplassering til mindre belastede oppgaver eller arbeid under nattskift/tidlig om morgenen
- Fritak fra faste under Ramadan for personer i sikkerhetsarbeid som krever stor grad av årvåkenhet, i forståelse med den enkelte arbeidstaker og religiøse ledere
- Utsette Ramadan, i forståelse med religiøse ledere, til periode med ferie/avspasering
- Foreslå et samarbeid med aktuelle arbeidstakere og for å komme frem til gode løsninger.

Referanser

1. Koranen. Universitetsforlaget AS. Gjøvik 2002 (ISBN 82-525-4100-3).
2. Leipner JB, Molla AM; Molla AM. Effects on health of fluid restriction during fasting in Ramadan. Eur J Clin Nutrition 2003;57 (Suppl 2):530-8.
3. Reilly T, Waterhouse J. Altered sleep-wake cycles and food intake: The Ramadan model. Physiology and Behavior 2007;90:219-28.
4. Roky R, Houti I, Moussamih S, Qotbi S, Aadil N. Physiological and chronobiological changes during Ramadan intermittent fasting. Ann Nutr Metab 2004;48:296-303.
5. Chaouachi A, Leipner JB, Souissi N, Coutts AJ, Chamari K. Effects of Ramadan intermittent fasting on sports performance and training. A review. Int J Sports Physiol and Performance 2009;4:413-34.
6. Torelli P, Evangelista A, Bini A et al. Fasting headache: A review of the literature and new hypotheses. Headache 2009;49:744-52.
7. Schmahl FW, Metzler B. The health risks of occupational stress in Islamic industrial workers during the Ramadan fasting period. Pol J Occup Med Environ Health 1991;4(3):219-28.
8. Bener A, Absood GH. Road traffic injuries in Al-Ain City, United Arab Emirates. J Roy Soc Health 1992;112(6):273-6.
9. Langford EJ, Ishaque MA, Fothergill J, Touquet R. The effect of the fast of Ramadan on accident and emergency attendances. Journal of the Royal Society of Medicine 1994;87:517-8.
10. Khammash MR, Al-Shouha TF. Do road traffic accidents increase during the fasting month of Ramadan. Neurosciences 2006;11:21-3.

Legeforeningen og internasjonalt arbeid

Kjetil Størdal (ketil.stoerdal@c2i.net), Hilde Engjom, Bjørn Oskar Hoftvedt
Den norske legeforening

Internasjonalt samarbeid har i mange tiår vært en del av Legeforeningens faglige og fagpolitiske arbeid. Global helse fikk en synlig plass i foreningen da "Utvalg for helsefremmende arbeid i lavinntektsland" ble opprettet i 2007. Legeforeningen og utvalget ønsker et bredt samarbeid og kontaktnettverk i foreningen. Bedre samarbeid med engasjerte leger og fagmedisinske foreninger kan sette globale helse spørsmål på dagsorden og gi verdifulle innspill til ordsiftet om nasjonalt og internasjonalt arbeid.



Kjetil Størdal.

Under annen verdenskrig gjennomførte leger både i Tyskland og Japan forskningsprosjekter på mennesker som brøt med etiske prinsipper for utøvelse av faget. Dette var en viktig grunn til at World Medical Association (WMA) ble grunnlagt i 1947. Utarbeiding av legeetiske anbefalinger og deklarasjoner har vært en hovedoppgave for WMA helt fra starten. Helsinkideklarasjonen om medisinsk forskning er et resultat av dette arbeidet. Seinere har blant annet Tokyo-deklarasjonen satt standard for legers forpliktelse til å ikke delta i noen form for tortur. Fængselshelsetjeneste omhandles også av Tokyo-deklarasjonen. Legeforeningen har sammen med WMA og Den internasjonale komiteen av Røde Kors (ICRC) utviklet et nettkurs om etiske utfordringer for leger som arbeider i fengsel. Kurset er oversatt til flere språk og er obligatorisk for alt helsepersonell knyttet til ICRC som besøker fengsler rundt om i verden. Norge har hatt ledervervet i den etiske komiteen i WMA siden 2010.

Hovedsaken i denne perioden har vært revidering av Helsinkideklarasjonen og særlig de paragrafene som omhandler bruk av placebo. Målet er å hindre at fattige i lavinntektsland – mot betaling - blir gjenstand for placebokontrollerte forsøk som ikke ville blitt godkjent i rike land. Under den arabiske våren har spesielt Bahrain fengslet leger og annet helsepersonell fordi de har gitt medisinsk behandling til opposisjonelle. Både WMA og Legeforeningen har oppfordret myndighetene i Bahrain til å gi de arresterte en rettferdig rettergang. WMA har sammen med andre organisasjoner

arbeidet for at FN skal opprette et eget FN-organ for å beskytte helsepersonell i konflikter. Nylig ble det også vedtatt et revidert dokument om organdonasjon der en blant annet går i mot at dødsdømte fanger skal kunne donere organer.

Arbeidet med fagforeningsspørsmål i tradisjonell forstand har sitt internasjonale nettverk gjennom CPME (Comité Permanente des Médecins Européen). De nordiske legeforeningene samarbeider internt i CPME og har ofte sammenfallende synspunkter. Felles retningslinjer for regulering av arbeidstid og godkjenningsspraksis er eksempel på kjerneoppgaver for CPME. En annen europeisk sammenslutning, UEMS, arbeider med regelverk for spesialistgodkjenning og harmonisering av kravene over landegrensene.

De fleste norske fagmedisinske foreningene har faglige nettverk i Europa og på verdensbasis. Enkelte av disse organisasjonene; som anestesiføderasjonen, barnelegeforeningen og gynekologforeningen har hatt et svært tydelig engasjement for bedre helsetjenester i lavinntektsland.

Utvalget for menneskerettigheter, klima og global helse

Det tidligere "Utvalg for helsefremmende arbeid i lavinntektsland" som senere skiftet navn til "Utvalg for internasjonalt helse" er fra 2012 slått sammen med utvalgene som arbeider med klimaspørsmål og menneskerettigheter. Formelt har utvalget en rådgivende rolle overfor sentralstyret i saker innenfor

dette feltet, og får i enkelte tilfeller bestilling på å utrede konkrete saker. Vanligere er det at utvalget tar eget initiativ til å utforme Legeforeningens politikk, gjerne i form av policydokumenter som deretter behandles i sentralstyret. Slike dokumenter finnes på Legeforeningens nettsider under fanen "Legeforeningen mener". Migrasjon av helsearbeidere, samarbeid om utdanning og spesialisering for leger, kvinnehelse og global barnehelse er eksempler på dokumenter som foreligger.

Innen menneskerettigheter har Legeforeningen i samarbeid med utenriksdepartementet arbeidet med saker fra Tyrkia og Kina, og gitt støtte til søsterorganisasjoner der. I Kina har for eksempel psykiatere kommet i konfliktsituasjoner der psykiatriske diagnoser benyttes for å kontrollere opposisjonelle. Det har til nå ikke vært noe formelt samarbeid med legeforeninger i lav- og mellominntektsland, samarbeid med den Malawiske legeforeningen for å styrke deres sekretariat er en sak under utredning.

Hva kan de fagmedisinske foreningene gjøre?

Faglig samarbeid og støtte til bygging av faglige nettverk og foreningsarbeid er en av målsettingene for utvalget. Her har imidlertid de enkelte fagmedisinske foreningene ofte de beste mulighetene til å knytte kontakter. Et eksempel er at Norsk Barnelegeforening har invitert til et samarbeid med en tilsvarende nystartet forening i Botswana. Norsk gynekologisk forening, allmennlegenes primærmedisinske uke og Norsk Barnelegeforening har til felles at globale helse spørsmål får egen plass i de faglige møtene. Tema med internasjonale vinklinger bør løftes fram i faglige fora også i nasjonale møter, både for å se vår egen hjemlige situasjon i en helhet og fordi vi som fagfolk er en del av et globalt fellesskap.

Mange utdanningsinstitusjoner har et internasjonalt kontaktnett. Flere norske helseforetak samarbeider med institusjoner i lav og mellominntektsland om kliniske helsetjenester og utveksling av helsepersonell. Innen arbeidsmedisinen er det også mange eksempler på internasjonalt samarbeid på institu-

sjonsnivå. Med globalisering av arbeidslivet ser allerede i dag norske bedrifter med internasjonale forgreninger behovet for å ha en bevissthet omkring arbeidsmiljø og -medisin utenfor landegrensene.

Bistand er preget av mange aktører med gode intensjoner og delvis sammenfallende målsetninger og arbeidsfelt. Legeforeningen har ingen ambisjon om å drive selvstendig bistandsarbeid, slik det finnes flere eksempler på fra andre lands foreninger. Gjennom Norsk Helsenettverk for utvikling og Norsk Forum for global helseforskning har Legeforeningen arbeidet for å synliggjøre behovet for utdanning, forskning og faglige nettverk. I dette arbeidet er tett kontakt med engasjerte kolleger og organisasjonsledd en forutsetning for at Legeforeningens råd skal være relevante og av god kvalitet.

FAKTABOKS:

Mandatet for legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og globale helsespørsmål

”Utvalget skal etter sitt mandat arbeide med forholdet mellom medisinsk virksomhet og menneskerettigheter, helsemessige konsekvenser av global oppvarming og globale helsespørsmål. Herunder skal utvalget:

- engasjere seg i spørsmål som gjelder global helse og helsemessige konsekvenser av klimaendringer
- arbeide for å forebygge menneskerettighetsbrudd begått mot leger, av leger eller i medisinsk virksomhet
- stimulere medlemmene til å engasjere seg i forholdet mellom medisinsk virksomhet og menneskerettigheter, klimaendringer og global helse; og
- bidra til å utvikle legeforeninger i lavinntektsland.”

Karl Evang-prisen til Ebba Wergeland

Etter forslag frå NAMF fekk Ebba Wergeland Karl Evang-prisen for 2012.

Prisen på kr 50 000 er det Helsetilsynet som deler ut og i utlysinga stod det:

”Karl Evang-prisen for 2012 skal gå til ein person eller organisasjon som har gjort en særleg innsats for å fremje -folkehelsa og sosiale forhold som er viktige for denne -rettstryggleik og tryggleik i barnevernet, helse- og/ eller sosialtenesta -opplysningsarbeid og medverknad i samfunnsdebatten om viktige barnevern-, helse- eller sosialpolitiske spørsmål”

I grunngevinga frå NAMF vart det pekt på at Ebba Wergeland har gjort ein framifrå innsats på alle desse felt.

Ebba Wergeland var ferdig utdanna lege i 1970. Dette året streika gruvarbeidarane i Kiruna, noko som førde med seg ein debatt, også i her til lands, om kva slag arbeidsmiljø folk skulle ha. Debatten ende med Arbeidsmiljølova av 1977. Ebba Wergeland var med i debatten mellom anna gjennom boka ”Kamp mot helsefarlig arbeid” som kom i 1975. I alle år etter det har Ebba Wergeland halde fram med å spreie kunnskap gjennom artiklar og foredrag. Ho har aldri lagt skjul på sin politiske ståstad og har konsekvent tatt utgangspunkt i vilkåra til vanlige arbeidstakarar og forsvart dei mot maktpersonar av ymse slag, både til høgre og venstre. Hennar revolusjonære grunnsyn har falle mange tungt for brystet og sidan ingen har kunne ta henne på fagleg grunnlag, ho har lese meir og tenkt og formidla betre enn dei fleste, har det vorte brukt ulike teknikkar for å stogge henne. Ho er blitt oversett, forbigått, avfeie som irrelevant og ho har ikkje hatt like open tilgang til riksdekkjande media som mange andre med mindre å fare med. Mye av det ho har skrive og mange av intervju ho har gjeve har difor vore å lese i mindre utbreidde blad og tidsskrift. Dette til tross har hu nådd ut til mange. Ebba er ein ettertrakta forelesar, og har som fagperson fått mykje og seie, spesielt innafor fagfeltet sitt, arbeidsmedisin og i store deler av fagrørsla.



Ebba Wergeland.

Nokre av artiklane hennar vart samla i ei bok som kom til 60-års dagen i 2006. Der finnest artiklar om 6-timers dagen, om sjukefråver, velferdsstaten og om sosiale rettar. Der kan ein og lese om ”Wergelands pølse” som er ein metafor som syner at klemmer du ein stad så tyt det ut ein annan stad. Så om det vert stramma inn på sjukefråversrettane vil vi få ein auke i utgifter til arbeidslause, til folk på arbeidsavklaringspengar og til sosial stønad i staden. Ebba har og skrive om kor viktig det er å blande fag og politikk.

Ebba Wergeland har skreive om lovar og rettar for tilsette, her i mellom om dei historiske parallellane mellom Arbeidslivslovutvalget si innstilling av 2004 og den debatten som leda fram til den første arbeidervernlova i 1892. Dette var kraftig ammunisjon i den til no siste kampen om revisjon av arbeidsmiljølova og bidro til at lovendinga frå 2006 ikkje blei det tilbakesteget mange hadde frykta.

I forslaget frå NAMF var Ebba Wergeland sin innsats for faget arbeidsmedisin støtta av fråsegner frå Direktøren for Arbeidstilsynet og frå LO i Trondheim. Hennar internasjonale solidaritetsarbeid og arbeid for kvinners rettar, i arbeidslivet og elles, var støtta av fråsegner frå Palestinakomiteen og Kvinnefronten. Leiarane for dei arbeidsmedisinske institusjonane var og med og støtta opp om Ebba Wergeland sitt kandidatatur, Ramazzini slutter seg til gratulantane!



PhD-kandidat Maysa Nemer utenfor en av mange salonger i Hebron (Foto: Mayes Kasem)

Palestina:

Bli kvinnelige frisører syke pga. de politiske forholdene og de religiøse reglene i området?

Marit Skogstad, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Oslo

Etter Oslo-avtalen i 1994 har Universitetet i Oslo vært med å bygge opp akademisk kompetanse i de okkuperte palestinske områdene. Flere master og PhD kandidater er utdannet ved universitetet i Oslo i samarbeid med universitetene i Ramallah og Hebron. Professor Peter Kristensen kom tidlig med i dette arbeidet og har etter hvert vært sentral i utdanningen av flere arbeidsmedisinske kandidater i Hebron (1).

Ansatte forskere ved Statens arbeidsmiljøinstitutt har i dag veilederansvar for til sammen fire palestinske PhD-kandidater hvorav en kvinne. Maysa Nemer forsvarte i 2009 sin Masteravhandling om hud og luftveisplager hos kvinnelige frisører i Hebron (2). Hun ønsket å fortsette å studere denne gruppen i en PhD-avhandling og var så heldig å få tilgang til midler. Samtidig ble det opprettet et samarbeid med Rikshospitalet ved Liv Ingunn Bjoner Sikkeland, Johny Konge-

rud og Mayes Kasem. I masteroppgaven ble det avdekket betydelige hudplager hos frisørene. Lungefunksjonen viste et obstruktivt preg og andelen frisører med luftveissymptomer og astma var økt i forhold til hva som kunne forventes (2).

Hebron ligger en førti minutters bil-tur sør for Jerusalem. Avstanden føles imidlertid mye større fordi kontrasten mellom det flerkulturelle, multireligiøse, men også dels sekulære Jerusalem med supermarkeder, kaféliv og kvinner kledd som i en hver europeisk storby, til Hebron der alle kvinner bærer hijab og ofte side kapper, er enorm.

Det er også andre åpenbare forskjeller mellom de to byene. For mens både menn og kvinner er synlig til stede i arbeidslivet i Jerusalem, er det bare menn som er det i Hebron.

Andelen kvinner som er sysselsatt i Palestina er 14,7 %, men noen kvinner

jobber utenfor hjemmet i Hebron: frisørene. Enkelte driver sine egne salonger mens andre er ansatt i salonger eid av menn. Salongene er ofte gjemt bort eller i beste fall skjult bak store glorete plakater av lykkelige bruder klistret over vinduene. Skal man inn i salongen, må man ringe på en dørklokke. Det er ikke innsyn inn i salongen men heller ikke utsyn fra salongene. Årsaken til manglende innsyn er at menn, i henhold til tolkning av sure 33, vers 59 i Koranen (3), ikke skal se kvinner uten at de er tildekket. Det kan også ha med holdninger å gjøre. Maysa besøkte en salong og ble møtt av "en vegg av kjemikalier". Da hun kommenterte den totale mangelen på utlufting, sa den mannlige eieren av salongen at: "Dere er bare kvinner - ingen skal se dere".

Dette samfunnet har ikke velferdsordringer slik vi er vant til, og det er trolig få av frisørene som har økonomisk

mulighet til å slutte i yrket hvis de blir syke av arbeidet. Dette var også et inntrykk PhD kandidaten fikk da hun samlet inn data i første runde. Flere av frisørene som klaget over hoste eller hadde synlig eksem, valgte å fortsette i faget. I tillegg til et dårlig arbeidsmarked for kvinner spesielt og en skyhøy arbeidsløshet generelt i Palestina på 24,5 % går lovgivningen også i kvinners disfavør. Kvinner har helt andre arverettigheter enn menn, sure 4 (3). Er en kvinne gift, og hun blir enke, er det svigerfamilien som arver, ikke hun. Barna "tilhører" svigerfamilien. Skulle hun ønske å skille seg, er dette så å si umulig. Det er ingen lov som beskytter kvinners rettigheter. Disse forholdene gjør det sannsynlig at frisørene klamrer seg til jobben. Maysa avdekket at kun 33,5 % av frisørene var gift (2). Kanskje de har valgt å arbeide fremfor å ha et familie liv? Kan hende de ønsker å bestemme over egen inntjening? Men frisørene kan også ha forsørgeransvar. Vi traff en frisør som forsørges seg selv, sin mann, hans første kone og deres 10 barn.

Da Maysa Nemer arbeidet med mastergraden, registrerte hun produktene i salongene. Hun fant at svært mange av produktene var merket på et språk som frisørene ikke forstod (2). Hebron er en del av den Israel- okkuperte Vestbredden, og svært mange produkter kommer fra eller via Israel uten at palestinske myndigheter kontrollere produktene. Dette vet vi kan føre til svært farlige situasjoner for arbeidere som håndterer potensielt helsefarlige produkter, og i dette tilfelle resultere i at frisørene ikke tar de nødvendige forholdsregler og beskytter seg.

Kan frisørprosjektet bidra til en bedre helsetilstand blant frisørene? Kandidaten selv har tatt kontakt med frisørene og deres organisasjoner. Hun har holdt informasjonsmøter og ønsker at prosjektet skal gi frisørene større innsikt i eksponeringsforholdene og til det å forebygge hud og luftveisplager blant disse kvinnene. Det er også ønskelig at prosjektet kan bidra til helsepolitiske løsninger slik som pålegg om ventilasjon og forståelig merking av produktene i salongene. Men i Hebron, der de religiøse reglene er så strenge, er det trolig en lang og smertefull vei å gå for forholdene til frisørene kan bli bedre, og man kan spørre seg om hvorfor kvinner i dette området i det hele tatt bruker tid og penger hos frisøren når de likevel må bruke hijab?

Min kollega Mayes Kasem og jeg har tatt flere turer til Hebron for å bistå i opplæring og innsamling av data til oppfølgingsstudiene i prosjektet. Innsamling av oppspytt, målinger av utåndet NO og eksponeringskarakterisering er en del av arbeidet. Vi har hele tiden blitt slått



Kollega Mayes Kasem får stelt håret, men frisøren får kun frisk luft gjennom et hull i veggen. (Foto: Marit Skogstad)

av den respekten, vennligheten og gjestfriheten vi møter blant våre nye venner. Men uten hijab blir kvinner som kommer til Hebron for å studere presset til å bruke hijab, og vi som ikke bruker det har flere ganger opplevd stirrende blikk, ufine tilrop og tuting fra biler i Hebrons gater. Da er det godt å vite at det bare er en times biltur til Middelhavets strender der vi kan gå kledd slik vi selv ønsker og kaste oss uti bølgene uten å frykte fyrop eller kommentarer som "det passer seg ikke for kvinner."

Takk til Maysa Nemer og Mayes Kasem for faktaopplysninger og fotografering.

Referanser

1. Kristensen P. Var Sisyfos palestiner? Forskningssamarbeid med Universitet i Hebron, okkupert palestinsk område. Ramazzini 4, 2010:6.
2. Nemer M. Lung function, respiratory symptoms, skin problems and chemical exposures – a cross-sectional occupational health study among female hairdressers in Hebron city, Palestine, University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of General Practice and Community Medicine, Section for International Health, June 2009.
3. Koranen. Einar Berg (ed). De norske bokklubbene, 2000.

En god dag på jobben

Lillian Leknes, Miljø og yrkesmedisin,
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål

Vi er avdelingen med konsultasjoner på 120 minutter, journalnotater på 10 sider og kontorer på et hemmelig loft fra 1903. Vi er spesialiteten studietiden glemte å fortelle oss om, men som rommer alle de organsystemene som finnes og som framtiden er helt avhengig av. Vi er arbeidsmedisinen. Vi er de som graver i historiebøkene i jakten på ekte arbeidshistorie, vi er de som ser med lupe inn i fremtiden etter helsefremmende tiltak. Og vi gjør som alle andre – starter dagen med et morgenmøte. I mangelen på vakt refereres antall friske barn, antall syke barn, gårsdagens treningsøkt, shoppingkupp eller siste miljømedisinske nyhet. Som en forventet yrkesskade får vi etter en tid automatisk øynene opp for egne aktualiteter i media – elektromagnetiske stråling, nanopartikler og parabener, støv og kvikksølv. I luften henger cirkelkaffen, i mailboksen ligger rester etter gårsdagens engasjement og i telefonen ivrer sekretæren «God morgen, første pasient er her» – som et hint om at morgenmøtet er over. En god dag males i farger fra smil som deles, en god dag har pasdoc som lystre, veldig gjerne en renholder som nynner innom, og en felles lunsj. Så henger cirkelkaffen på nytt i luften som kraftfulle energiperler til sjokolade-sultne lis'er, og «stilletid» innføres slik at hjernecellen effektivt kan gå tilbake til produksjonen. Kun avbrutt av viktige felles skulderull eller av og til fellesmøter med sykehusets utvalgte spesialister – de vi takknemlig lever i symbiose med. På et hemmelig loft fra 1903. Vi er en spesialitet utenom det vanlige. Vi er et fag uten to streker under svaret. Det krever mye av oss. Derfor er det ekstra fint at dørene hos mine kollegaer alltid står åpne. For sammen er vi det teamet som er den solide læreboka som studietiden glemte å presentere oss for. Spør du meg burde vi stått midt i kapittelet om hjertet.

“Conflictman”

Hvordan forebygge konflikter i små og mellomstore bedrifter i Europa?

Kirsti Jacobsen, Statens arbeidsmiljøinstitutt; Annik Apall Austad, Arbeidstilsynet; Steinar Widding, Arbeidsforskningsinstituttet AS; Asbjørn Grimsmo, Arbeidsforskningsinstituttet AS
E-post: kirsti.jacobsen@stami.no, annik.apall.austad@arbeidstilsynet.no, steinar.widding@afi-wri.no, asbjorn.grimsmo@afi-wri.no

”Når systemene er på plass, er det ingen som tenker på dem, men alle merker det når de er borte”

Noen karakteristika ved småbedrifter

Småbedriftene bruker jevnt over mindre tid og ressurser på helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid enn større bedrifter gjør. De er også sjeldnere innmeldt i en bedriftshelsetjenesteordning. Yrskeskadefrekvensen er større på små enn på store bedrifter innen noen bransjer (for eksempel byggebransjen). Undersøkelser har vist at det er en sammenheng mellom manglende tilknytning til en bedriftshelsetjeneste, dårlig oppfølging av eget arbeidsmiljø og økt risiko for helseproblemer (1).

Sammenlignet med bedrifter som har 50 ansatte eller mer, preges småbedriftene ofte av lav grad av formalisering. Det finnes sjelden skrevne prosedyrer og planer for helse, miljø og sikkerhet (HMS). Arbeidsplanlegging gjøres ut fra korte tidshorisonter og gjerne i uformelle fora (2,3). Generelt er organiseringsgraden, både av ansatte og eiere, vesentlig lavere i små enn i større bedrifter. Dette kan gjøre at de vanlige kanalene for arbeidsmiljøinformasjon ikke fungerer like godt i småbedriftene og dermed bidra til et lavt kunnskapsnivå om HMS. Studier viser at småbedriftseiere ofte synes å være mindre positive til fagorganisering av ansatte enn man er i store bedrifter. De foretrekker heller å løse problemer på uformelle og direkte måter (3).

Historikk

Tidligere statsminister Kjell Magne Bondevik lanserte i sin nyttårstale i 2004 en kampanje mot mobbing i arbeidslivet. Året etter ble prosjektet Jobbing uten mobbing (JUM) etablert (2005-2007). Prosjektet ble initiert av partene i arbeidslivet, NAV og Arbeidstilsynet. Prosjektet ble ledet av Arbeidstilsynet. I tillegg ble ulike fagmiljøer i Norge knyttet til prosjektet, deriblant Universitetet i Bergen, Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).

Tiltakstrappa

I prosjektet JUM var fokuset å utvikle metoder og verktøy for å forebygge alvorlige konflikter på arbeidsplassen. En tiltakstrapp i arbeid mot mobbing ble utviklet. Tiltakstrappa har en helhetlig tilnærming i det systematiske helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet når det gjelder konflikter og mobbing på arbeidsplassen. Tiltakstrappa bygger på metaforen trafikklys, hvor grønt lys representerer

det forebyggende nivået, gult lys representerer pass på; her er det en risiko for at en konflikt er i ferd med å eskalere og rødt lys betyr her brenner det. Et grønt arbeidsmiljø aksepterer at konflikter er en del av hverdagen, men at man har kunnskap og rutiner som gjør at en kan finne løsninger slik at konflikten ikke eskalere. Eksempel på arbeid på grønt er utarbeiding av prosedyrer og policy. Et gult arbeidsmiljø kjennetegnes ved økte spenninger. Eksempler på metoder ved gult er kollegastøtteordninger og megling. Et rødt arbeidsmiljø innebærer at virksomheten eller ansatte i virksomheten har problemer som ikke lar seg løse med gule metoder. Eksempel på en rød metode er faktaundersøkelse. En faktaundersøkelse er en kartlegging av de faktiske forholdene i konflikten, som skal sikre en formell og saklig oppfølging. Konklusjonen av faktaundersøkelsen gir grunnlag for arbeidsgivers valg av eventuelle sanksjoner eller andre tiltak.

Hvorfor på grønt?

Tiltakstrappa er ment som et hjelpemiddel for å skape:

- Problembevissthet, d.v.s. erkjennelse av at alvorlige konflikter og mobbing kan skje på enhver arbeidsplass der det er to eller flere personer.
- Ansvarsbevissthet, d.v.s. bevissthet om ansvar og roller.
- Ferdigheter, d.v.s. kjennskap til gode handlemåter for å forhindre eller håndtere alvorlige konflikter.
- Holdninger, d.v.s. motivasjon og inspirasjon til å ta initiativ i alvorlige konflikter (4).

Vi må ikke slurve med grunnmuren, og grunnmuren må bygges i fredstid. Tenkingen bygger derfor på en filosofi om at det ikke er forsvarlig å utvikle eller benytte metoder på gult og rødt hvis ikke det foreligger policy og prosedyrer på grønt, som sier noe om hvordan man skal handle. Håndteringen skal være forutsigbar og kjent både for ledere og ansatte. Derfor må vi ha prosedyrer på grønt.

Hva skjedde etter at JUM ble avsluttet?

Etter prosjektets slutt ønsket STAMI i samarbeid med Arbeidstilsynet å prøve ut en av metodene i prosjektet; megling som metode i arbeidslivet. Megling som konflikthåndteringsmetode har lange

tradisjoner på andre arenaer, blant annet i konfliktrådene i Norge, men ikke i arbeidslivet. Det ble startet et prosjekt hvor 44 representanter fra bedriftshelsetjenesten fikk opplæring i metoden. Dette var en tre-trinnsmodell hvor de skulle:

1. Lære metoden
2. Praktisere metoden
3. Lære bort metoden til utvalgte representanter i bedriften (5)

I denne prosessen ble Annik Apall Austad fra Arbeidstilsynet og Kirsti Jacobsen fra STAMI invitert til en konferanse i Valencia i forbindelse med et EU-prosjekt som omhandlet europeisk lovgivning om psykisk vold på arbeidsplassen. Her skulle vi fortelle om våre erfaringer. Steinar Widding fra AFI var med i ledelsen for denne konferansen.

Et av hovedfunnene i dette prosjektet viste at landene i Sør- og Øst-Europa hadde kommet kortest når det gjaldt å utvikle lovverk og programmer mot mobbing på arbeidsplassen. I tillegg var det kunnskap om at 93 % av alle bedrifter i EU- og EØS området (inkludert Sveits) har færre enn 10 ansatte. På bakgrunn av denne kunnskapen, ønsket vi å videreutvikle tenkingen i JUM og tilpasse modellen til små- og mellomstore bedrifter.

Etter en lang søknadsprosess gjennom Senter for internasjonalisering av utdanning (SIU) i Norge og opplæringsprogrammet Leonardo i EU, fikk vi prosjektmidler. En av forutsetningene var at vi skulle inkludere land fra Sør- og Øst-Europa. Litauen, Ungarn, Spania, England og Norge ble inkludert i prosjektet. Fagmiljøer, som ble kontaktinstanser i de respektive landene har vært:

Ungarn: Konzenzus Foundation, Budapest

Litauen: Higienos Institutas, Vilnius

Spania: Universidad de Zaragoza, Zaragoza

England: University of Westminster, London

Norge: AFI, Arbeidstilsynet, STAMI.

Prosjektledelsen ble utført av AFI. I tillegg ble det etablert en referansegruppe med representanter fra arbeidsgiverorganisasjonen Virke (tidligere HSH), arbeidstakerorganisasjonen LO, Sekretariatet for bedriftshelsetjenesten (STAMI) og Arbeidstilsynet.

Lessons learned

Føre var enn etter snar

Etter en rekke diskusjoner, ble det enighet om at arbeidet skulle konsentreres om arbeidet på grønt lys; d.v.s. at vi skulle fokusere på å utarbeide prosedyrer for konflikthåndtering. Alle landene skulle forplikte seg til å etablere samarbeid med to til fire pilotbedrifter i eget land. Alle skulle etablere prosjektgrupper i sine pilotbedrifter med representanter fra ledelse og ansatte og inspirere til bred medvirkning.

Vi hadde en oppstartkonferanse i Oslo 2010 og oppfølgingsmøter i Budapest og Vilnius i løpet av 2011. Det skal være en avslutningskonferanse i Zaragoza i november 2012. Når dette skrives er ikke alle erfaringer oppsummert, men mange erfaringer er gjort underveis.

Forventninger og motivasjon. Kommer motivasjonen innenfra eller utenfra?

Personers forventninger er sentrale i motivasjonen for å bidra i blant annet arbeidsmiljøutvikling. Mestringsforventninger er viktige i forhold til hva slags aktiviteter man vil begi seg inn på og hvor mye energi man investerer i gjennomføringen. Har man liten tro på at man greier det, kan innsatsen bli relativt lunken. Jo bedre tro på resultatet, desto mer energi settes inn (6). I Norge tilbød vi blant annet opplæring til kontaktpersonene i våre piloter for at de skulle ligge et hestehode foran. I innsalget til tre av pilotene opplevde vi at toppledelsen var veldig motiverte, men innsalget til mellomlederne var mer lunken; "skal vi få enda mer å gjøre nå da"! I de norske pilotene var det ca 25 ansatte på hver arbeidsplass. Alle fikk tilbud om å være med på en halv dags opplæring hvor vi presenterte tenkningen i tiltakstrappa og om konflikter og konflikthåndteringsmetoder. I denne prosessen økte motivasjonen hos mellomlederne.

Hvordan selge modellen til virksomhetene?

Vi ville to-dele forankringsdelen ved a) å synliggjøre plikt delen i arbeidet, d.v.s. å synliggjøre rammeverket hvor det også er plikter for virksomhetene, b) å formidle hvorfor det kan være smart å forebygge. Dette måtte tilpasses de enkelte lands lovverk og kulturer. Bruk av terminologi var viktig for å skape motivasjon for å delta. Vi ble enige om ikke å bruke mobbing som utgangspunkt, da dette kan oppfattes som stigmatiserende.

Erfaringer fra tidligere EU-prosjekter har vært at det er tungt å jobbe gjennom bransjeorganisasjoner etter top-down-prinsippet. Vi var derfor enige om at vi skulle rekruttere virksomheter som var motiverte og som ikke hadde uttalte mobbeproblemer – ikke starte med verstingene. Vi skulle selge inn at konflikter koster mye, at konflikter gir dårlig rykte og reduserer produktiviteten. Å arbeide med å forebygge konflikter kan også bidra til at ledelsen og de ansatte får klarere roller og blir mer myndiggjort (empowerment) i forhold til å håndtere vanskelige situasjoner. Likeledes kan arbeidet gi fyrtårn-status og omdømmebygging. Arbeidet må

gjøres i fredstid.

Likevel har vi erfart at det ikke er lett å selge kriseprosedyrer i fredstid – virksomhetene har en slags prosedyrealergi. Erfaringene er at der hvor det har vært en alvorlig konflikt, er det større motivasjon til å utarbeide prosedyrer. Vi møter m.a.o. de samme hindringene i små og mellomstore bedrifter som i de store, som var deltakere i JUM. Å arbeide på grønt er på mange måter usynlig arbeid. Det betyr at vi også er avhengig av ildsjeler i tillegg til aksept fra det formelle systemet som ledelse og representanter fra de ansatte for eksempel verneombud. Vi trenger noen som brenner for saken.

«LFK» –Lett-Fota med Kvalitet

Bruk av metaforen med trafikklys har vært enkel å bruke og har vært forståelig i alle landene. Når det gjelder utarbeidelse av prosedyrer, må de være enkle og korte (LFK). I enkelte av landene har det vært vanskelig å få de ansatte til å snakke åpent om problemer med ledelsen; det har kun vært mulig ved anonyme kartlegginger. Gjennomsliktighet kan derfor være et problem i små og mellomstore bedrifter.

Å arbeide innen dette feltet er kontekstbundet (7). Det innebærer at en modell som Tiltakstrappa ikke uten videre lar seg direkte oversette eller iverksette uten at den tilpasses de kulturelle kodeksene og lovverket i de enkelte land. Institusjoner som for eksempel verneombud, som vi tar for gitt i Norge, er nesten fraværende i enkelte av de andre landene. Det samme gjelder retten til medvirkning, som vi mener er en forutsetning for å få til eierforhold og lojalitet til løsningene som fattes. Å definere hva som er en konflikt og hva som er hensiktsmessige konflikthåndteringsmetoder, er heller ikke universelt, som det kanskje kan være på mer håndfaste problemer i andre deler av arbeidslivet, gitt at eksponeringen er den samme.

Å oversette et arbeid og en tenkemåte til andre kulturer og kontekster kan også medføre en del frustrasjoner. Vi opplevde på åpningskonferansen i Oslo at det var store forventninger til at vi som vertsna-sjon skulle komme med en oppskrift eller fasit, som kunne følges til punkt og prikke. Da noen av deltakernasjonene innså at de måtte gå veien selv, men at vi kunne gå den med dem, sank motivasjonen en smule. Selv om vi, som verter, mente at vi hadde understreket viktigheten av lokal tilpassning, tok det tid før dette budskapet sank inn. Think global – act local er et godt prinsipp i utviklingsarbeid, men det tar tid. Og det er kanskje den viktigste erfaringen vi har gjort til nå, og det er Ting Tar Tid – men det er jo ikke noe nytt!

Spredning

Planen videre er at disse erfaringene skal spres til andre små og mellomstore virksomheter og til mulige bransjeorganisasjoner i deltakerlandene. Andre studier viser imidlertid at det å spre intervensjoner på policynivå er krevende (8). Spørsmål om spredning dreier seg både om hva som skal spres, hvem det skal spres til og hvem som skal organisere spredningen.

Flere prosjekter peker på at det er vanskelig å spre verktøy. Det kan også være krevende å spre gode resultater fordi det kan være vanskelig for andre å overta eierskapet av ideer, verktøy og metoder. Det er blant annet en ganske utbredt oppfatning om at det kan være en god strategi å spre de gode eksemplene (best practice). Dette kan være tvilsomt jfr. at slikt arbeid er kontekstbundet (7).

I nesten alle prosjekter er det spørsmål om hvordan man kommer fra prosjekt til hverdag. Skal en arbeidsplass anvende metoder som er utviklet av andre på andres arbeidsplasser, må de like fullt gå veien selv.

Skal en forsøke å spre erfaringene fra slike prosjekter, blir de heller ikke bedre enn den betydningen disse problemstillingene prioriteres generelt i virksomheten (9). Det er likevel viktig å finne en balanse på hvor mye tid og ressurser man kan bruke. I små bedrifter vil det også være en utfordring at det verken er tillitsvalgte eller verneombud.

Vi er i ferd med å utarbeide en brosjyre og et metodehefte Survival kit for small enterprises på alle deltakerlandenes språk. Dette materialet skal presenteres på avslutningskonferansen i Zaragoza 5.-6. november. Det skal også utgis en rapport i samarbeid mellom Arbeidstilsynet og STAMI. Den vil være ferdig vinteren i 2013.

Referanser

1. Bornberger-Dankvardt S, Olsson C-G, Westerholm P. Arbetsmiljø- og helsearbeide i småforetak – forsøk till helhetsbild. Arbetsliv i omvandling 2003:1, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
2. Johansen, R (red). Person og bedrift. Høgskolen i Vestfold. Skriftserien 2002, nr.8.
3. Forth J, Bewley H, Bryson, A. Small and Medium.sized Enterprises. Inside the Workplace: Findings from the 2004 Workplace Employment Relations Survey (WERS 2004), Routledge.
4. Sørensen BAA, Grimsmo A. Tiltakstrappa. Når vi vil forebygge, aktivt motvirke og stoppe mobbing, Arbeidstilsynet, 2006.. <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=97120>
5. Jacobsen K, Austad A. Mekling. En systematisk metode for å løse konflikter. Er bedriftshelsetjenesten rett aktør til å implementere modellen i arbeidslivet? Serie: STAMI-rapport, 2010;11:Nr.2.
6. Bandura A. Self-effekt: Utøvelse av kontroll. New York, 1997. http://midsund.net/Hjemmeside/pedagogikk/oppslagsverk/banduras_mestringsforventninger.htm
7. Patton, MQ. Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality. Lessons learned, American Journal of Evaluation 2001.;22: 329-336.
8. Goldenhar LM, Schulte PA. Intervention research in occupational health and safety. Journal of Management 1994;36:763-775.
9. Statens Center for Kompetence- og Kvalitetsudvikling. Forandring og forankring: Evaluering af projekter om psykisk arbejdsmiljø med støtte fra Udviklings- og Omstillingsfonden. NFA, Kubix, 2009.

Støy i norske barnehager

Støy – hvor stort er problemet i barnehagene?

Jorunn Simarud Stabell, assisterende fylkeslege i Nordland. E-mail: fmnojs@fylkesmannen.no

Bakgrunn

Den 1.mars 2010 startet Private barnehagers Landsforbund Bedriftshelsetjeneste opp. Vi er en bedriftshelsetjeneste som kun har private barnehager som kunder, pr. august 2012 er 904 barnehager tilknyttet PBL BHT. Vi definerte raskt støy som et satsingsområde for vår BHT ut fra et generelt inntrykk av at støynivået var for høyt i barnehagene. Vi fant få studier som kunne belyse hvor høyt støynivået virkelig er, det mest aktuelle vi fant som sa noe om norske forhold, var en oversikt fra Sandnes Kommune fra perioden 2006-2008, der man påviste et gjennomsnittlig støynivå på 78 dB, med en Lex1 på 82 dB., og resultater fra et prosjekt i Modum Kommune, som etter å ha målt støy i syv kommunale barnehager, 23 avdelinger, fant en gjennomsnittlig Leq A verdi på 79 dB. Dette var etter vårt skjønn oppsiktsvekkende høye målinger, siden barnehagene er plassert i gruppe II med en tiltaksgrense på 70 dB. Ikke desto mindre stemte målingene med det inntrykket vi selv hadde fått, at støynivået i barnehagene er veldig høyt. I forbindelse med at vi bisto barnehagene våre med kartlegginger og risikovurderinger, framkom det fort at også de ansatte i barnehagene framhevet støy og stress som risikofaktorer i forhold til egen helse.

Våren 2011 begynte PBL-BHT å gjennomføre støymålinger i barnehagene. I det følgende vil jeg presentere metodene vi brukte, og hvilke resultater vi fikk. Jeg skal gi en samlet oversikt, og også vise målinger fra to forskjellige barnehager for å belyse enkelte forhold.

Målemetode

Målingene vi har gjort, ble utført ved bruk av støydosimeter type Larson Davis 703P. Støydosimeteret ble plassert på en ansatt, slik at den personlige støyeksposeringen ble ivaretatt i størst mulig grad, i praksis på høyde med kragebeinet, fortrinnsvis på motsatt side av den siden de synes det er naturlig å trøste barn mot.

De ansatte som skulle bære dosimeteret, fikk et informasjonsskriv om hvordan målingen skulle gjennomføres, og om hvordan de ansatte skulle forholde seg til dosimeteret for å få et mest mulig

realistisk bilde av støynivået i barnehagen. I tillegg ble de bedt om å notere i et skjema hvis det skjedde spesielle hendelser som kunne påvirke måleresultatet. Den ansatte registrerte til enhver tid hvilken aktivitet som pågikk, antall barn/voksne til stede og det var rom for å tilføye evt. kommentarer. Den ansatte bar dosimeteret også utendørs, derfor ble også værforhold notert.

Leder og ansatt ble nøye instruert i hvordan de skulle unngå å påvirke målingene ved sin egen aktivitet. PBL-BHT-personell kalibrerte, satte opp utstyr og plasserte dosimetrene på den ansatte.

Feilkilder

Ved målinger med personbårne dosimetre vil det alltid være mulige feilkilder som kan påvirke målingene. Det kan være vind, direkte kontakt med mikrofonen, eller andre ting.

Vi er klar over at målingene ute kan være noe mer upålitelige enn innendørsmålingene, blant annet fordi temperatursvingninger kan påvirke måleutstyret, som også i utgangspunktet er kalibrert for innendørsmålinger.

Resultater

Etter å ha forkastet 7 målinger av data-tekniske årsaker, sto vi igjen med 267 ulike målinger i 64 barnehager fra perioden juni 2011 til juni 2012 som vi kunne bruke til å oppsummere hvilke funn vi har gjort så langt.

79 % av barnehagene vi målte, hadde peakverdier over 130 dB.

Ser vi på alle barnehagene under ett, finner vi at gjennomsnittlig Lex,8h (LeqA) verdi for alle målingene totalt sett er så høyt som 80,7dB. Vi har ikke regnet på Lex1 verdien for barnehagene totalt, så lenge Lex,8h verdien er så høy at det kreves hørselskontroll.

Hvis man istedenfor å bruke et gjennomsnitt av alle målinger, ser på fordelingen av våre måleresultater i forhold til tiltaksverdiene, finner vi at støynivået over halvparten av tida ligger mellom 70 og 80 dB (figur 1). Nivået ligger under tiltaksverdien for å gjøre helsekontroll og at arbeidsgiver må stille hørselsvern til rådighet, i 74,1 % av målingene, eller omvendt: 25,9 % av de målte LeqA-verdiene ligger over 80 dB. Vi ser også at

de målte verdiene i 6,3 % av tilfellene er høyere enn 85 dB, altså over grenseverdien.

Går man inn bak disse tallene og ser på enkeltresultater i barnehagene, varierer de målte verdiene veldig mye mellom ulike barnehager, og det kan også variere ganske mye fra avdeling til avdeling, og fra dag til dag til og med. Her er et eksempel på en barnehage med 3 avdelinger, heretter kalt Barnehage 1.

Barnehage 1

Alle målingene ble foretatt tidlig på vinteren i 2012 i arbeidstiden på 3 ulike avdelinger over to dager. Avdeling 1 er her med to ganger, der er støynivået målt to dager etter hverandre (tabell 1).

Her hadde PBL-BHT støykurs om kvelden dag 1 for alle avdelingene i barnehagen. Man ser at støynivået gikk veldig mye opp etter støykurset. Gjennomsnittsverdien for Lex,8h

(Leq A) økte på avdeling 1 fra 76,5 dB dag 1 til 83,0 dB dag 2.

Ser vi på barnehagens egen nedtegnning av hva som skjedde disse dagene, finner vi at dag 1 på avdeling 1 var en ganske vanlig dag med unger som var ute og akte litt, og inne ble det tegnet og lekt med dukker. Over en 3 minutters periode på tur ble det registrert verdier over 85 dB, ellers lå alle målingene under 80 dB, men hele tiden over 70 dB. Høyeste peakverdi ble registrert i den ansattes matpause, og var ikke over 130 dB.

Dag 2 på avdeling 1 er det kommentert fra barnehagens side at det var "Ha med dag" i barnehagen, og fra ca klokka 9 er lydnivået allerede over 80 dB. Kommentaren fra barnehagen er da "fest", det er beskrevet "testing av musikk" og "flyt rundt på huset" som aktivitet, og i kommentarfeltet er det skrevet "danse, musikk, fest". I denne perioden med "fest" finner vi også høye peakverdier, høyeste registrerte peakverdi er på 130,1 dBC. På det meste er det samlet 40 unger og 11 voksne, i motsetning til dag 1, der gruppa var på maksimalt 21 barn og 4 voksne. Siden det ble gjort støymåling på to avdelinger samtidig, og disse to avdelingene holdt "fest" sammen denne dagen, har vi fått to parallelle målinger, med to ulike ansatte fra to forskjellige avdelinger, men som deler av dagen var

på samme sted og bedrev samme aktivitet. Ser vi på registreringene på avdeling 3, finner vi at de også har "fest" denne dagen, med 40 barn og 11 voksne samla en periode på dagen. Også på denne avdelingen ble det registrert svært høye målinger mens aktiviteten var "dans og musikk", høyeste måling 97,7 dB(A) med høyeste registrerte peakverdi på 131,6 dB.

Noen vil innvende at eksempelet med fest i Barnehage 1 er noe spesielt, og ikke representativt for en arbeidsdag i barnehagen. Det er flere grunner til at nettopp dette eksempelet er brukt likevel: For det første, er det ikke uvanlig å ha ulike typer fester eller feiringer i barnehager. For det andre ville vi vise hvor stor betydning både type aktivitet og gruppestørrelse kan ha for støynivået. Vi må forutsette at de ansatte hadde fått en større bevissthet omkring støypromblematikken dag 2 fordi det var støykurs dagen før, men siden de allerede hadde bestemt at det skulle være fest dag 2, ble støynivået veldig høyt likevel. Da kunne vi ha valgt å la være å måle dag 2 fordi dette ville bli en lite representativ dag, eller vi kunne måle dag 2 for å dokumentere hvor høyt det kan bli på de mest støyende dagene. Når vi tolker resultatene og vurderer helserisiko, tar vi selvsagt med i betraktningen at dette sannsynligvis var en av de mest støyende dagene i året.

Figur 2 viser den gjennomsnittlige LeqA-verdien for Barnehage 1 alle avdelinger, dag 1 og dag 2:

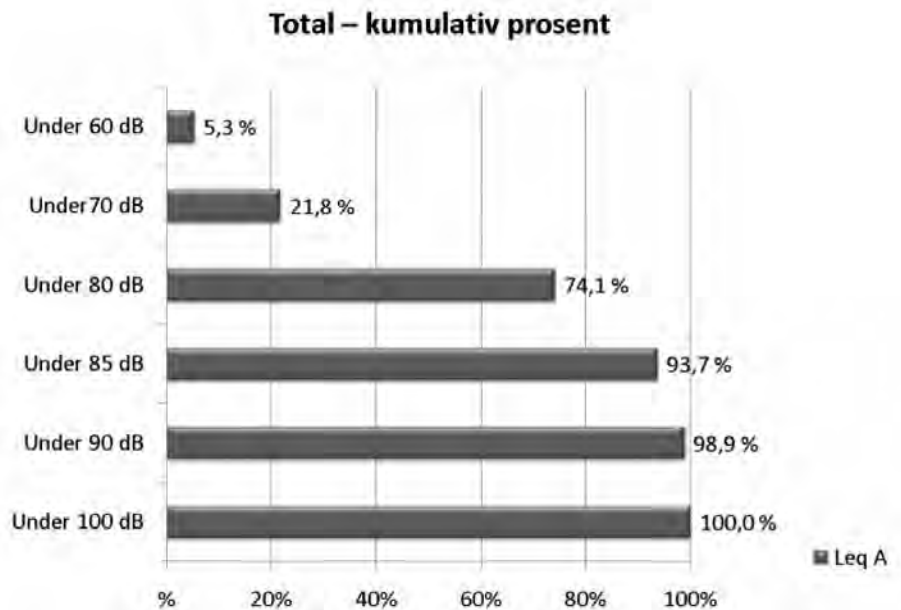
Barnehage 2

For å illustrere ytterligere, tar jeg også med målinger fra en barnehage et annet sted i landet, heretter kalt Barnehage 2. Denne barnehagen har også tre avdelinger, og det ble holdt støykurs mellom dag 1 og dag 2. På grunn av store måleforskjeller mellom dag 1 og 2, ble det besluttet å gjennomføre en kontroll med en 3.måling etter 2 uker i de avdelingene man fant høyest støy på (Tabell 2).

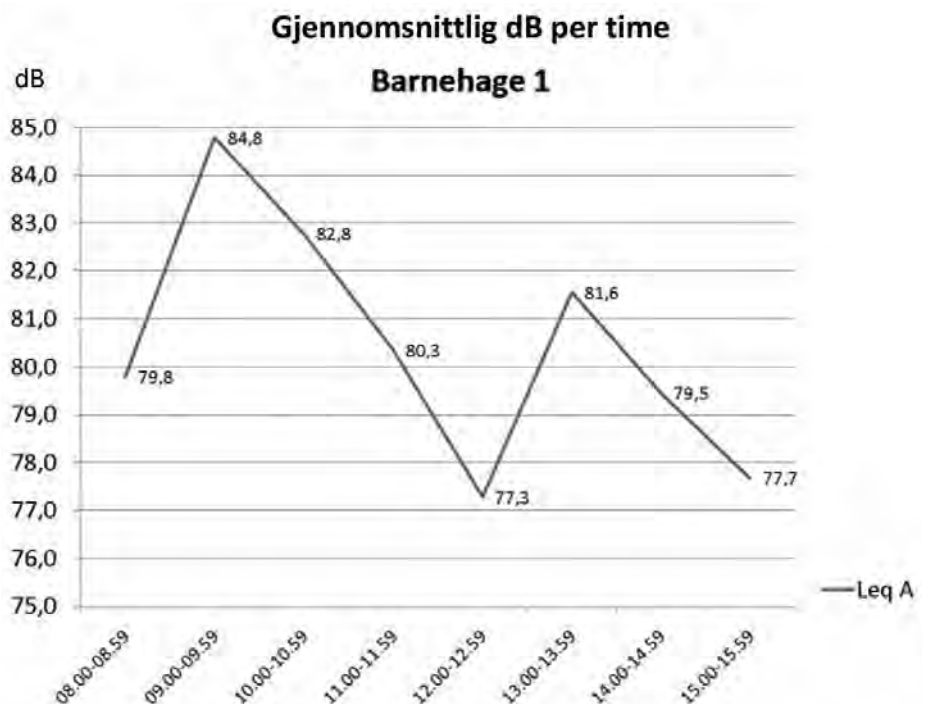
Vi ser at man fikk en helt klar positiv effekt på gjennomsnittsnivået av støyen etter støykurset. Dag 1 var gjennomsnittsverdien for Lex,8h (LeqA) 81,9 dB. Dag 2 var den samme verdien falt til 74,0 dB, og verdien holdt seg der 2 uker etterpå, da gjennomsnittsverdien for målingene dag 3 er 73,0 dB (figur 3).

Ser vi på fordelingen av de målte verdiene, finner vi at på dag 1 lå støynivået mellom 80 og 89 dB i 39,6 % av målingene. Dette er redusert dramatisk til henholdsvis 4,0 og 4,2 % dag 2 og 3. Antall målte verdier mellom 70 og 79 dB går opp dag 2 sammenlignet med dag 1, men det er jo fordi tida med støy over 80 dB avtar. Det mest gledelige man kan lese ut av denne framstillingen, er at antall målinger under 70 dB er gått dra-

Figur 1. Fordeling av forskjellig støynivå i en barnehage.



Figur 2. Den gjennomsnittlige LeqA-verdien for barnehage 1, alle avdelinger; dag 1 og dag 2.



matisk opp fra dag 1 til dag 2 og 3 (figur 4). Måling 3 som er gjort 2 uker etter støykurset, viser at 31,7 % av de målte verdiene ligger under 60 dB, i motsetning til målingene dag 1, der 3,4 % av målingene var under 60 dB. Disse nyanse blir borte dersom man ser bare på gjennomsnittsverdiene (figur 4).

Effekten fra dag 1 til dag 2 kan kun forklares ved at det ble satt fokus på støy som problem. Vi kan ikke se bort fra at det har vært målefeil dag 1 som vi ikke har avdekket, men vi har ingen indikasjon på det. Det gikk to uker før måling 3 ble gjort. Vi har ikke hatt mulighet til å gå tilbake og se på hva slags tiltak som er gjort i barnehagen fra dag 2 til 3,

om noen i det hele tatt, men på 2 uker kan barnehagen teoretisk sett også ha begynt å sette inn pedagogiske og organisatoriske tiltak mot støy. Det vi med sikkerhet vet, er at ingen bygningsmessige endringer er gjort, og det er ikke kjøpt inn støyreducerende tekstiler av noe slag i barnehagen fra dag 2 til 3.

Konklusjoner

Målingene viser at det produseres alt for mye støy i barnehagene. Ingen av barnehagene vi har målt i, har Lex,8h (LeqA) verdi under 70 dB. Da vet vi at ingen av barnehagene ligger under 70 dB i Lex,1h slik forskriftene krever.

Tallmaterialet vårt viser at støynivået

ligger under 80 dB i 74,1 % av tida, eller sagt omvendt: i 25,9 % av tida er støynivået i barnehagene over 80 dB. I 6,3 % av tida er det endog over grenseverdien på 85 dB.

Ser man på peakverdiene, blir gjennomsnittsverdiene mindre interessante, da hver eneste peakverdi over 130 dB bør registreres som avvik og uønskelig. Av målinger i 267 avdelinger i totalt 64 barnehager, ble det registrert peakverdier over 130 dB gjennom en arbeidsdag hos 79 %.

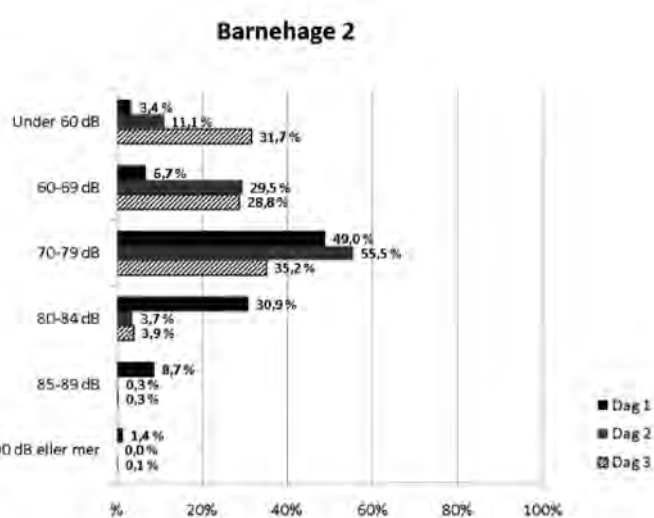
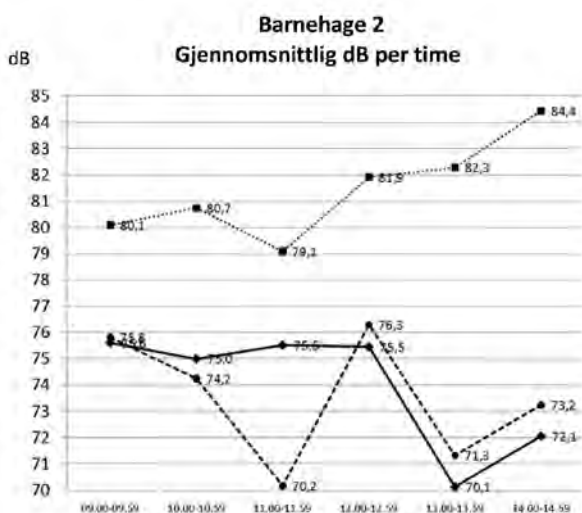
Avslutning

Jeg har ved hjelp av utvalgte eksempler forsøkt å belyse hvordan støynivået varierer mye både med valg av aktivitet og med størrelsen på barnegruppene. Like viktig, om ikke viktigere synes jeg det er å få dokumentert hvordan det tilsynelatende er mulig å påvirke støynivået i riktig retning med enkle midler. Mange barnehager frykter at tiltakene de må igangsette for å redusere støynivået vil bli dyre, og at det må omfattende bygningsmessige endringer til. Skal man nå

målet om å komme under 70 dBA og ned mot 60 dB, må nok slike tiltak også gjennomføres, men eksempel 2 gir grunn til å tro at det er mulig å få ned støynivået kun ved å fokusere på problemet.

Figur 3. Den gjennomsnittlige LeqA-verdien for barnehage 2, alle avdelinger; dag 1, 2 og 3.

Figur 4. Støyfordeling i barnehage 2, fordelt på tre ulike dager.



Tab. 1. Støymålinger i barnehage 1.

Dato	Avdeling	LeqA (Gjennomsnitt)	LpC peak (Toppverdi)
Dag 1	1	76,5	121,3
Dag 1	2	79,8	108,7
Dag 2	1	83,0	111,9
Dag 2	3	83,1	131,6

Tab.2. Støymålinger i barnehage 2.

Dato	Avdeling	LeqA (Gjennomsnitt)	LpC peak (Toppverdi)
Dag 1	A	80,8 dBA	127,2 dBC
Dag 1	B	82,2 dBA	128,0 dBC
Dag 2	C	69,5 dBA	114,6 dBC
Dag 2	B	74,0 dBA	120,5 dBC
Dag 3	A	71,0 dBA	126,5 dBC
Dag 3	B	74,7 dBA	132,2 dBC



Beza er i gang med kaffeseremoni, Addis Abeba, Etiopia.

Kaffeseremoni med utfordringer

Bente E. Moen, Arbeids- og miljømedisin, Universitetet i Bergen

Forskningsgruppe for arbeids- og miljømedisin har i mange år hatt faglig samarbeid med Etiopia, studenten Zeyede Zeleke fra Addis Abeba tok sin doktorgrad hos oss i 2011. Tema var sementstøv og luftveisplager. Dette samarbeidet har ført til mere samarbeid! Min kollega Magne Bråtveit og jeg var i Etiopia etter dette for å etablere kontakt med roseindustrien, da vi har to studenter – en norsk og en fra Etiopia – som vil utføre prosjekter her. Dette er en bokstavelig talt blomstrende industri i mange afrikanske land, og er årsaken til at vi for tiden kan kjøpe flotte, billige roser her i Norge (og andre vest-Europeiske land). Under besøket ble vi invitert hjem til Zeyede og hans kone Beza. De inviterte oss til en kaffeseremoni. Det er et interessant fenomen, der kaffe lages av husets frue mens man sitter rundt og ser på. Grønne bønner brennes og knuses og kaffen kokes etter fastsatte regler. Dette foregår med koking på kull, og i tillegg brennes røkelse og urter, og det

damper og koker og dufter. Når dette foregår innendørs, blir det mye røyk og mye duft! Det hele tar sin tid, og man får servert deilig sterk kaffe i bittesmå kopper med tre teskjeer sukker. Når man har drukket denne koppen, er det på'an igjen, og så lages kopp to. Og så kommer kopp tre, og den er «velsignet». Da har et par timer gått, og man har fått hvile seg godt, og dette er nok en form for avslapning i befolkningen.

Artige saker, syntes vi nordboere! Øynene ble store av undring da jeg nylig oppdaget en vitenskapelig artikkel (1) som beskrev luftforurensningen i hjemmene – partikler og CO – pga. denne kaffeseremonien. Det er selvfølgelig riktig at forurensning skjer! Like selvfølgelig er det at det er vanskelig å løse, da det er sterke kulturelle bånd med i bildet. Dette drøftes i artikkelen. Den anbefales derfor til de som er interessert i denne type nisje-forskning med et globalt perspektiv!

Referanse

1. Keil C, Kassa H, Brown A, Kumie A, Tefera W. Inhalation exposures to particulate matter and carbon monoxide during Ethiopian coffee ceremonies in Addis Ababa: a pilot study. *J Environ Public Health*. 2010; 213960.

Du kan påvirke Ramazzini!

Redaksjonskomitéen er nå i ferd med å planlegge Ramazzini for 2013.

Hvis det er et tema du gjerne vil vi skal ta opp, der det flott om vi får beskjed!

Ring eller send en epost til en av oss i redaksjonskomitéen, og vi lover å vurdere saken!!

Elektronisk pasient journal – EPJ

Lise Sørnbø, styremedlem NAMF

De norske fagmedisinske miljøene har mangelfulle EPJ-systemer. EPJ-systemene beskrives som "ikke ille, men heller ikke bra": ofte kompliserte, lite brukervennlige, begrensede muligheter for å finne ønsket informasjon, gjentatte registreringer og begrensede muligheter for å utveksle eller dele data med samarbeidende helsepersonell. Om det ikke er mangel ved systemet i seg selv, kan det være betydelige mangler med kommunikasjon mellom nærliggende forskjellige systemer eller uoverkommelige problemer med kommunikasjon med eksterne systemer som Helsenett.

Legeforeningens satsingsområde 2 (2011-2013) omhandler bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling. Den medisinske fagavdelingen i Legeforeningen utarbeidet en beskrivelse av ønsket funksjonalitet i EPJ og andre IKT-systemer, som ble sendt til høringsinstanser i de norske fagmedisinske miljøene. Med utgangspunkt i denne beskrivelsen ble det den 10.9.2012 avholdt en workshop med hensikt å beskrive ønsket funksjonalitet i EPJ og andre IT-systemer. Det deltok et 30-talls representanter fra forskjellige fagmiljøer, inkludert en representant fra arbeidsmedisin.

Det ble konkludert følgende viktige forutsetninger for å lykkes med utvikling av EPJ:

- Det er behov for mer forskning for å få utviklet de løsningene som brukerne egentlig trenger, og for å få et uavhengig blikk på konsekvenser av innføring av ny teknologi.
- Leger må inn i alle faser av prosessene; ide, planlegging, innkjøp og implementering.
- Alle løsninger (programvare og systemer) må testes både teknisk og funksjonelt i reelle kliniske miljøer før løsningene tas i utstrakt bruk.

Følgende hovedområder innen utviklingen av EPJ fikk fokus og ble tydelig definert:

a) – Arbeidsstruktur og – gjennomføring (arbeidsflyt)

Tilgangskontroll/pålogging. Arbeidsflaten. Registrering av data. Tilgang til portable løsninger. Sikring mot tap av informasjon. Henting (søk) og visning av opplysninger. System for bestilling av tid til konsultasjon, undersøkelse, operasjon, samt system for koordinering og allokering av ressurser. Oversikt. Pasientinformasjon/-opplæring

b) – Kommunikasjon

Sikker elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell. Elektronisk kommunikasjon med pasient - bestillinger og e-konsultasjon.

c) – Kunnskaps-, prosess- og beslutningsstøtte

Tilgang til relevant beslutningsstøtte i behandlingssituasjonen (oppslagsverk, retningslinjer, prosedyrer). Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (for eksempel FEST i eReseptløsningen, veileder for sykmelding).

d) – Sikker oppfølging av igangsatte tiltak

Arbeidsliste (oversikt over planlagte og pågående tiltak). Sikker oppfølging når annet helsepersonell overtar behandlingsansvar.

Ut i fra denne oversikten blir det tydelig for enhver hvor kompleks oppbyggingen av en optimal EPJ-programvare er. Vi kan ane hvor mye ressurser som må til for å tenke kvalitetssikrede løsninger for helse-Norge.

I vårt lille arbeidsmedisinske fagmiljø er en av de store utfordringene behovet for et egnet arbeidsmedisinsk EPJ. Vi er såpass spesialiserte i måten å arbeide på, noe som skiller oss fra bruk av EPJ i ordinært klinisk arbeid som allmennmedisinen. Hovedforskjellene ligger i behovet for pasient-, ansatt- og bedriftsjournal, registrering av eksponeringsdata på individ- og bedriftsnivå samt diagnoser med vurdering av arbeidsrelasjon. Generelt kan vi vel si at jo mindre det medisinske fagmiljøet er, jo større blir utfordringene med å få utviklet et optimalt og tilfredsstillende EPJ. IT-selskaper har begrenset interesse av å satse stort på oss som er så små. Små, ja, men du verden så viktige: Norske bedriftshelsetjenester bistår over 1 million arbeidstakere!

NAMF støtter Legeforeningens svært viktige arbeid med utviklingen av EPJ for oss alle sammen!

Norsk arbeidsmedisinsk forening
(Namf) og Norsk forening for
arbeidsmedisin (Nfam) -
Styrene 1.9.2011- 31.8.2013

Knut Skyberg, leder Namf

Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 51 00 - e-post: knutsk@stami.no

Tore Tynes, leder Nfam

Statens arbeidsmiljøinstitutt
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo
Tel: 23 19 51 00 - e-post: tore.tynes@stami.no

Tone Eriksen

Arbeidstilsynet Østfold og Akershus
Postboks 386, 1502 Moss
Tel: 815 42 222 Mobil: 97985146
e-post: tone.eriksen@arbeidstilsynet.no

Jarand Hindenes

Haugaland HMS-senter, avd Sand
Verven 1, 4230 Sand
Tel: 906 84851 - e-post: jarand@mac.com

Agneta Iversen

Nordea Bank Norge ASA
Postboks 1166 Sentrum, 0107 Oslo
Tel: 22 48 63 21 - e-post: agneta.iversen@nordea.com

Helle Laier Johnsen

Frisk HMS, Storgata 133
Pb 14, 2391 Moelv
Tel: 62 33 01 33
Mobil tlf. 92042621 - e-post: helle.laier@dadlnet.dk

Lise Sorbø

Hjelp 24 AS
Sinsenveien 53 A, 0585 Oslo
Tel: 02442 Mobil: 41242009
e-post: lise.sorbo@hjelp24.no

Vararepresentanter:

Gro Klara Altenau

Arsana HMS
Strandgaten 14, 5013 Bergen
Tel 55 55 05 80 - e-post: gro.altenau@arsana.no

Wenche Røysted

Seksjon for arbeidsmedisin
Sykehuset Telemark, 3710 Skien
Tel: 35 00 35 00 - e-post: wenche.roysted@sthf.no

Gunnar Skipenes

Troms Militære Sykehus
Forsvaret, Postboks 314, 9356 Bardu
Tel: 77 89 71 01 - e-post: gskipenes@mil.no

Forfatter- veiledning Ramazzini 2012

Manuskripter/tekster sendes redaktøren eller medlemmer i redaksjonskomitéen.

Målgruppen for manuskriptene er norske arbeidsmedisinere.

Pga. begrenset plass i bladet, foretrekkes korte manuskripter på ca. 1000-1500 ord. Teksten skal være skrevet på A4-ark, med 2.5 cm marger, med font Times New Roman 12, og dobbelt linjeavstand. Teksten kan sendes på papir i vanlig post, eller som e-post. Sendes tekster som e-post, skal de være i "word-format". Tabeller og figurer skal skrives på egne sider. Evt. bilde skal sendes som egen fil, og må ha høy oppløselighet (helst jpeg eller tif-fil). Bilder trykkes i svart/hvitt, med unntak av forsidebilder. Navnet på fotografen må oppgis. Litteraturreferanser brukt i teksten bør nummereres fortløpende med nummeret i parentes, og listes opp til slutt i en referanseliste, i den form som brukes av Tidsskrift for den norske lægeforening. Normalt bør antall referanser 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 redaksjonskomiteen, og få vite om teksten kan brukes. Dersom omarbeiding er nødvendig, gis hjelp til dette. Komiteen forbeholder seg rett til å kontakte fagpersoner utenfor komitéen hvis det er nødvendig. I slike tilfelle anonymiseres bidraget. Ta kontakt med redaksjonskomitéen hvis du er usikker på noe, og vi vil hjelpe deg så langt vi kan.

Hjertelig hilsen redaksjonskomitéen

Redaksjonen samler informasjon fra foreningen under overskriften "Foreningsnytt". Her vil du finne referater fra styremøtene og annen informasjon fra Norsk arbeidsmedisinsk forening. Referatene vil være noe forkortet, av plasshensyn i bladet. For fullstendige referater, henvises til foreningens nettsider (<http://www.legeforeningen.no/>).

Protokoll fra 130. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin torsdag 18. oktober 2012

Til stede: Knut Skyberg (leder Namf), Tore Tynes (leder Nfam), Jarand Hindenes, Agneta Iversen, Helle Laier Johnsen og Lise Sørbø. Fra sekretariatet møtte Bjørn Oscar Hoftvedt. Tone Eriksen og Tor Erik Danielsen hadde meldt forfall. Møtet ble holdt i Glasgow.

Sak 57/2012 Møte med kolleger i Glasgow.

Programmet for fagdagen med Salus Occupational Health og University of Glasgow ble gjennomgått.

Sak 58/2012 Program – fagkonferansen 2013.

Helle Laier Johnsen og Agneta Iversen orienterte om programmet for fagkonferansen 2013. Styret ønsket et innlegg fra presidenten om Legeforeningens arbeid med arbeidsmiljø i sykehus. Sekretæren kontakter Hege Gjessing for å avtale tema og tidspunkt.

Sak 59-60/2012 Namfs og Nfams vedtekter.

Det forelå forslag til justering av vedtektene slik at de harmoniserte med sammenliknbare foreninger i Legeforeningen. Sekretæren avstemmer vedtektene med Legeforeningens lover.

Sak 61/2012 Gjennomgang av planen for styreperioden, prioriteringer for 2. år.

Knut Skyberg og Tore Tynes refererte fra møte med generalsekretæren der takster for BHTs deltakelse i dialogmøter og tilsyn med BHT ble diskutert. Dette berører punktet om takstsystemet i styrenes arbeidsplan for 2012/13.

Takstene for BHTs deltakelse i dialogmøtene er lavere enn den taksten fastlegene mottar. Dette fører til at mange BHTer velger å sende andre yrkesgrupper i dialogmøter Namf/Nfam mener det er viktig at også arbeidsmedisinere deltar i. Agneta Iversen fikk i oppdrag til neste møte å utarbeide et opplegg for hvordan styrene kan arbeide videre med denne saken.

Namf hadde mottatt kopi av brev fra leger i spesialisering i arbeidsmedisin stilet til Helsetilsynet og Direktoratet for Arbeidstilsynet som blant annet også tok opp tilsyn med BHT. Sekretæren hadde vært i kontakt med Helsetilsynet som opplyste at Helsetilsynet har tilsynsansvar med helsepersonellet i BHT. Styret vil se nærmere på denne saken og besluttet å sette den opp som sak på neste møte.

Helle Laier Johnsen orienterte om arbeidet med arbeidsmedisinens plass i BHT og det medisinskfaglige ansvar. Saken settes opp på neste møte.

Sak 62/2012 Program vårkonferansen 2013.

Tore Tynes og Jarand Hindenes orienterte om arbeidet med programmet for vårkonferansen i Trondheim 29. – 31. mai 2013. Programmet begynner å ta form og er snart klart. Styret besluttet å ikke foreslå kandidat til Utdanningsfond 2.

Sak 64/2012 Søknader om stipend til forskningsprosjekter.

Det var innkommet tre søknader. Styret besluttet å be forskningsutvalget om å utarbeide en innstilling.

Sak 66/2012 Forskrift som dekker helseundersøkelser

Det er kommet en ny forskrift som blant annet dekker helseundersøkelser. Jarand Hindenes undersøker hva forskriften innebærer for helseundersøkelser.

Kurs for petroleumsleger

Den 1. januar 2014 utløper overgangsperioden

etter

*Forskrift nr 1780 av 20.12.2010
om helsekrav for personer i arbeid
på innretninger i
petroleumsvirksomheten
til havs*

**Leger som etter denne dato ønsker å skrive
helseattest for offshorearbeideremå ha spesiell
godkjenning som gis etter gjennomført kurs med
bestått kursprøve**

Norsk senter for maritim medisin
arrangerer følgende kurs 1. halvår 2013
godkjent av Helsedirektoratet:

23.-24. januar 2012 - Bergen

20.-21. februar 2013 - Stavanger

13.-14. mars 2013 - Oslo

20.-21. mars 2013 - Trondheim

Kurs høsten 2013 blir annonsert seinere.

Se Legeforeningens kurskatalog.

Timeglasset renner!

Ikke vent til høsten – det kan bli trangt om plassen!

Kursansvarlig:

Overlege Leif Aanderud: laan@helse-bergen.no

Norsk senter for maritim medisin: www.nsmm.no og www.ncmm.no

Returadresse:
Cox Bergen
Thormøhlensgt. 37,
5006 Bergen



B - Økonomi

VED JERNMANGEL OG JERNMANGELANEMI



Å finne et jernpreparat
som tåles bra
er ikke lenger et spørsmål
om flaks...

NIFEREX®



Niferex «Schwarz Pharma»
Jernpreparat. ATC-nr.: B03A A03

KAPSLER, harde 100 mg:

Hver enterokapsel inneh.: Ferroglysinulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe²⁺ 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff: (gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171))

Indikasjoner: Jernmangel.

Dosering: Voksne og barn over 6 år: 1 enterokapsel daglig. Ved mer utpreget jernmangelanemi kan voksne og ungdom over 15 år eller som veier minst 50 kg øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. Maks daglig dose 5 mg/kg kroppsvekt. **Enterokapslene må svelges hele uten å tygges sammen med 1/2 glass**

vann. Enterokapslene inneholder granulat som kan tømmes ut og svelges med rikelig vann. Niferex bør ikke tas samtidig med mat. Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernreservene i kroppen. Barn under 6 år bør ikke bruke preparatet uten anvisning fra lege.

Kontraindikasjoner: Øsofagusstriktur. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Haemochromatose og andre tilstander med jernoverskudd.

Forsiktighetsregler: Jernpreparater kan forårsake forgiftninger, spesielt hos barn. Spesiell forsiktighet må utvises hvis annet kosthold og/eller jernsalttilskudd brukes. Spesiell forsiktighet må også utvises ved bruk av Niferex hos pasienter med

hemolytisk anemi, hemoglobinopati, myelodysplasi og ved tilstander med forstyrrelse i opptak eller lagring av jern.

Interaksjoner: (I: B03A A jern II-verdig, orale preparater)

Graviditet/Amming: Ingen kjente risikoer.

Bivirkninger: Gastrointestinale bivirkninger som diaré, forstoppelse, plager i øvre delen av maven, halsbrann og brekninger kan forekomme. Frekvensen øker med økende dose. Til de sjeldne bivirkningene hører eksantem. Avføringen kan få en mørk farge.

Overdosering/Forgiftning: (F:37 d jerntabletter).

Egenskaper: **Klassifisering:** Toverdig jernpreparat. **Absorpsjon:** Enterokapslene inneholder granulat som er uløselige i mavesaft. Selve ente-

rokkapselen løses opp i maven. Granulatet holder seg intakte til de slipper ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen jernglysin-sulfat raskt. Hos pasienter med tomte jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95 % av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse. **Pakning:** 50 stk.

Representant i Norge: Jan F Andersen A/S
Postboks 1132 Flattum, 3503 HØNEFOSS
Tlf.: 61 31 49 49, Faks: 61 31 49 50



JAN F. ANDERSEN A/S

LEGEMIDLER - INSTRUMENTER