

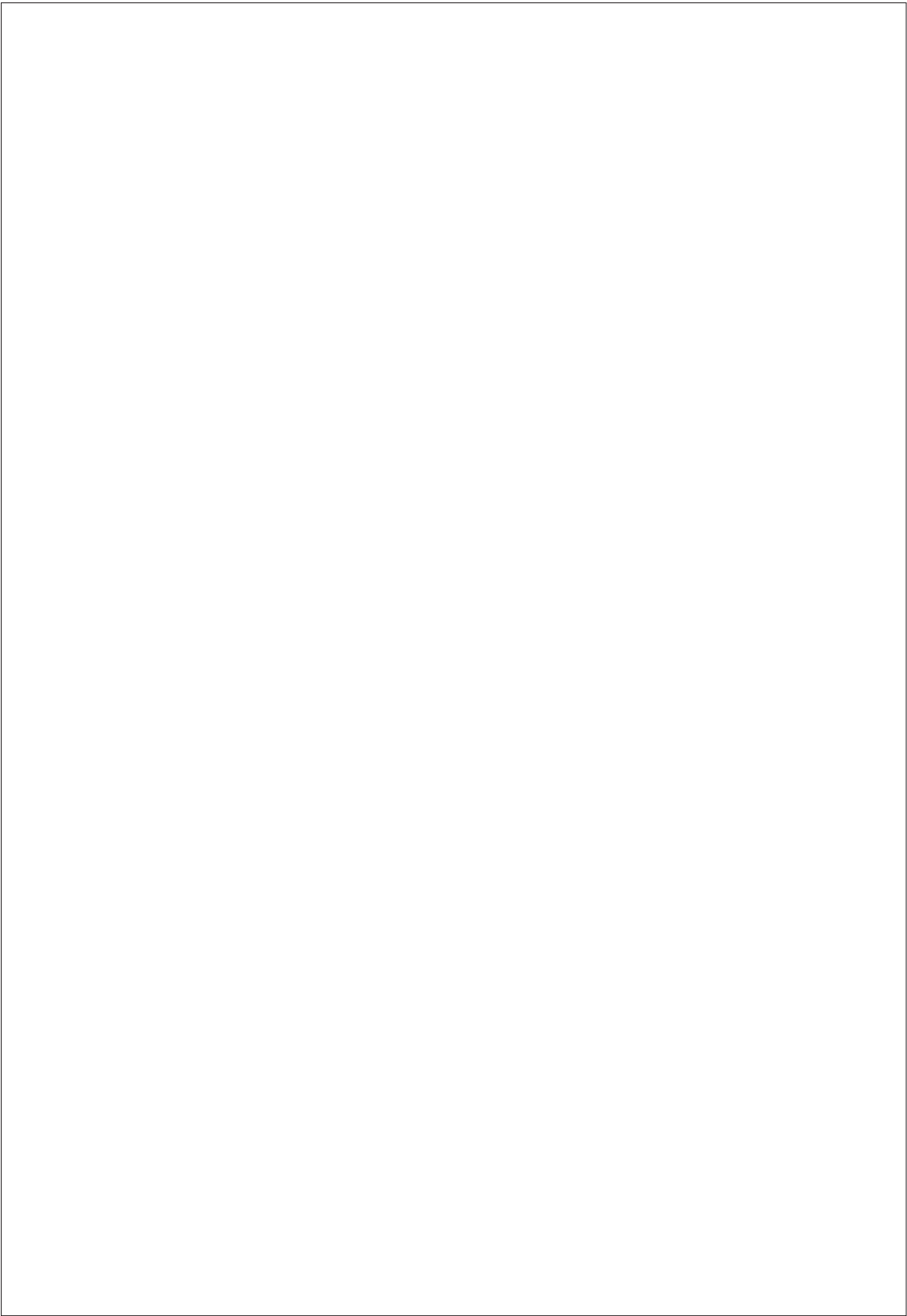
RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids - og miljømedisin

TEMA

Gravide og arbeidsmiljø







RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids
- og miljømedisin

ÅRGANG 24 - 2017 / NR. 4

Utgitt av Norsk arbeidsmedisinsk forening

Legenes Hus, Akersgaten 2

Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

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

Innhold

Gravide og arbeid. <i>Av Petter Kristensen</i>	4
Tankekorset. <i>Av Håkon Lasse Leira</i>	5
STAMIs rådgivningstjeneste for gravide og arbeid. <i>Av Petter Kristensen, Mimmi Leite og Karl-Christian Nordby</i>	6
Gravid i jobb. <i>Av Ingun K. Jenssen og Marit Anette Berger</i>	9
Svangerskapspenger eller sykmelding – det er spørsmålet. <i>Av Tone Eriksen</i>	13
Dårligere arbeidsforhold gjør kvinner syke – bare ikke i Norge? <i>Av Ebba Wergeland</i>	16
@rneblikk: Gravide i arbeid. <i>Av Ørn Terje Foss</i>	18
Gult flagg. <i>Av Anniken Sandvik</i>	21
Har gravide frisører og skjønnhetspleiere fordel av en bedriftshelsetjeneste? <i>Av Petter Kristensen</i>	23
Gravidepolitikk: Forbud eller individuell risikovurdering? <i>Av Petter Kristensen</i>	25
Helsekontroll av asbestarbeidere ved hjelp av computertomografi (CT) – erfaringer fra Sveits. <i>Av Vemund Digernes</i>	27
Styrets spalte. NFAM/NAMF – ny styreperiode med spennende arbeidsoppgaver. <i>Av Tone Eriksen</i>	28
Rettelse: Kontorlandskap, til skade eller gagn? <i>Av Bjørn Arne Øvrebø</i>	30

Redaksjonskomiteen 2016-2017

Håkon Lasse Leira

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

Petter Kristensen

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

Ole Jacob Møllerløkken

Arbeids- og miljømedisin, UIB
Postboks 7800
5020 Bergen
Tel: 55 58 60 01
E-post: ole.mollerlokken@uib.no

Anniken Sandvik

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

Foreningsadresse

Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Foreningssekretær

Ragni Skille Berger
E-post: ragni.skille.berger@
legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00 / Faks 23 10 91 00





Gravide og arbeid

Petter Kristensen, Gjesteredaktør
pkr@stami.no

Det er en stund siden Ramazzini hadde graviditet og tilrettelegging av arbeid som tema. Vi i redaksjonen fant ut at det var på tide å blåse støv av temaet. Jeg vil oppfordre alle interesserte å gå tilbake til nr. 3/2005 (<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-arbeidsmedisin/aRamazzini/Argang-2005/>) for å se hva som er nytt. Den gang ble Ebba Wergeland intervjuet for Idébanken, og STAMIs rådgivningstjeneste fikk omtale. Ebba er fortsatt opptatt av temaet og STAMI-tilbudet består. Kanskje det ikke er så mye nytt? Jo, mye har utviklet seg på disse 12 årene, og noe av det kan du lese om i dette nummeret. Ikke minst har det arbeidet som bedriftshelsetjenesten sto for i 2005 og som ble drevet fram av entusiastiske jordmødre blitt etablert mange steder. Et eksempel til inspirasjon er det systematiske arbeidet som drives på Ahus og som beskrives i bladet.

Det er fortsatt diskusjon om riktige retningslinjer for å tilrettelegge arbeidet for gravide, ikke minst hvor føre-var vi skal være. Et annet uuttømmelig tema er kjønnsforskjeller i sykefravær. I dette nummeret får du sterke meninger om nettopp

gravides sykefravær fra Ebba Wergeland og Ørn Terje Foss, og et roligere innspill fra Tone Eriksen. Ramazzini setter pris på debatt, og her skulle det være godt grunnlag for meningsbryting. Men dette nummeret er ikke bare viet gravide og arbeid. Vemund Digernes har et innlegg om asbestscreening med CT, nok et tema med ulike meninger. Vi oppfordrer til kommentarer og meningsutveksling i Ramazzini!

Dette er avskjedsnummeret til sjefen sjøl. På vegne av oss andre i redaksjonen takker jeg Håkon for utmerket innsats. Nå får Håkon kanskje enda bedre tid til fugletitting og annen friluftaktivitet. Vel blåst! Samtidig ønskes Anniken velkommen som ny redaktør fra 2018.



REDAKTØR

Tankekorset

Håkon Lasse Leira, hlleira@icloud.com

Arbeidsmedisinen, og spesielt bedriftshelsetjenesten, har alltid måttet slåss for sin eksistensberettigelse, intet mindre. Som en forebyggende disiplin er effekten av vårt arbeid ikke åpenbar og å måle nytten av innsatsen er problematisk. I motsetning til for eksempel infeksjonsmedisin må vi ikke bare vise effekten av vårt forebyggende arbeid, vi må først vise at det overhodet trengs. Dét er vanskelig nok så lenge eksponeringen er av fysisk/kjemisk art, og enda verre når det dreier seg om psykososiale/organisatoriske forhold.

At det kan stilles spørsmål ved både behovet for og effekten av arbeidsmedisinsk innsats gjenspeiles i de stadig tilbakevendende evalueringene faget utsettes for. Når en evaluering settes i gang av en Høyre/Frp regjering, som nå, kan det være ekstra grunn til bekymring. Det er bestilleren som bestemmer hva som skal vurderes og langt på veg hvordan det skal gjøres, og når premissene er lagt er svaret ofte gitt. Men inntil evalueringen foreligger får vi trøste oss med Bjørnsons ord, "Fred er ei det beste, men at man noget vill!"

Sjøl om vi veit vi trengs overalt der vi er og kan ha nok med å slåss for vår egen eksistensberet-

tigelse, er det et tankekors som gjenstår. Hvem skal ta seg av dem vi ikke når? Vi er jo oftest der det er ordnete forhold og god økonomi, oftere i bank og forsikring enn i bilvaskehaller og på små byggeplasser med overvekt av arbeidere fra Øst-Europa.

Som EØS- og Schengenmedlem har vi i noen bransjer fått et arbeidsmarked utsatt for sosial dumping, svart arbeid, midlertidige ansettelser, en-manns bedrifter, liten grad av fagorganisering og press på arbeidsmiljøstandarder. Denne delen av arbeidslivet er det få av oss som kjenner godt. Ramazzini har prøvd å bøte litt på det ved å ha hatt arbeidsinnvandring og sosial dumping som tema. Tankekorset er hvem som skal ta seg av dem som arbeider under slike forhold. Det er de som trenger oss mest.

Med dette nummeret gir jeg meg som redaktør av Ramazzini. Det har vært fem gode år med inspirerende samarbeid med de øvrige medlemmene i komiteen og med god støtte fra styret. Anniken Sandvik blir redaktør fra nyttår. For å si med Mao da Hua Guofeng tok over: Med deg ved roret er jeg trygg!

Jeg ønsker bladet, faget og Anniken alt godt i åra som kommer!



STAMIs rådgivingstjeneste for gravide i arbeidslivet

Petter Kristensen, Mimmi Leite, Karl-Christian Nordby,
Statens arbeidsmiljøinstitutt. graviditet@stami.no

Norge er majoriteten av kvinner i fertil alder i arbeid. Under graviditet vil det ofte være ekstra behov for tilrettelegging for å oppfylle Arbeidsmiljølovens formål (§1-1) om å sikre en arbeidssituasjon som gir full trygghet, også for det ufødte barnet. Rådgiving for gravide i arbeidslivet er et av tilbudene ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Hensikten med denne artikkelen er å gi en beskrivelse og oversikt over aktiviteten, og å gi arbeidsmedisineren noen tips som kanskje kan være av nytte i eget arbeid.

Historikk

To av legene ved STAMI (PK og K-CN) har i sin forskning gjennom mange år hatt spesielt fokus på arbeidsmiljø og reproduksjonshelse. Forskning på potensielt skadelige agens og eksponeringer i arbeidet og helsemessige konsekvenser for mor, barn og graviditet har vært av spesiell interesse. I dette arbeidet ble det fra starten av naturlig å besvare henvendelser fra gravide og helsepersonell som angikk gravides praktiske arbeidssituasjon. Dette servicetilbudet startet opp ganske forsiktig midt på 1990-tallet og har etter hvert økt i omfang og kommet inn i mer strukturerte former som en organisert rådgivingstjeneste. Tiltaket var i stor grad inspirert av arbeidene til Ebba Wergeland og Kitty Strand og jordmødre som var innrettet på tilrettelegging av arbeidet for gravide rundt 1990. I samme periode var det også etablert tilsvarende tjenester av Inger Schaumburg og andre arbeidsmedisinere i Danmark.

Organisering og forankring

To forhold er av spesiell viktighet for denne tjenesten: For det første er den forankret i

forskningsbasert kunnskap, og før det andre så er den godt etablert og har fått utvikle seg gjennom mange år.

Forskningen på STAMI har både omfattet befolkningsstudier i Norge [1] og flernasjonsstudier i Europa [2], i tillegg til enkelte toksikologiske studier. Forskningssamarbeidet omfatter miljøer i Norge, Norden og andre land. Det er også etablert nettverk med myndigheter og fagmiljøer i Norge og utlandet. Forskningssamarbeidet og nettverkene er viktige i den daglige rådgivingstjenesten. Et eksempel er en diskusjon allerede for mer enn 20 år siden som bidro til en nordisk konsensus på hvorledes man skulle risikovurdere gravides eksponering for organiske løsemidler [3]. Muligheten for å konsultere nordiske kolleger i konkret risikovurdering i enkeltsaker er av stor verdi. Ved henvendelser som angår eksponering for biologiske agens, stråling og håndtering av legemidler bygger vi i stor grad på vurderinger utarbeidet av andre norske faginstanser. Gjennom kontakt med bedriftshelsetjenester og arbeidsmedisinske institusjoner får vi innspill av stor verdi for risikovurdering og risikohåndtering. Erfaringene fra dette arbeidet har vi etterhvert kunnet samle i en erfaringsbank.

Henvendelsene

Det har i alt vært registrert mer enn 1400 henvendelser gjennom 20 år. Tendensen er svakt økende de siste årene (115 henvendelser i 2017 pr. 15. oktober). De aller fleste henvendelsene angår gravides arbeidsmiljø. Det forekommer også henvendelser vedrørende ammendes arbeidsmiljø, infertilitet hos menn eller kvinner og utredning av mulige årsaksforklaringer i arbeidet etter svangerskap med komplikasjoner

eller medfødte misdannelser hos barna. Mer enn to tredeler av henvendelsene kommer på e-post. De fleste henvendelser er enkle og knyttet opp til en bestemt eksponeringssituasjon for en gravid, men spesielt spørsmål som angår årsaksforklaringer til misdannelser kan være ressurskrevende. Mest omfattende var utredningen i den såkalte KNM Kvikk-saken [4].

Rådgivingstjenesten er åpen for alle. Det er en stabil fordeling av kategorier av de som henvender seg til STAMI. En tredel er gravide, en tredel er bedriftshelsetjenester eller arbeidsmedisinske institusjoner og en noe mindre andel er kommunejordmødre, fastleger og annet helsepersonell. Andre instanser som arbeidsgivere og myndigheter utgjør tilsammen mindre enn 10%.

Henvendelsene kan gjelde alle aspekter av arbeidsmiljøet, men spørsmål om kjemisk arbeidsmiljø utgjør en majoritet. Ellers er spørsmål fordelt ganske likt mellom støy/vibrasjon, biologiske agens, arbeidstidsordninger, ergonomisk/fysiske belastninger og stråling. Helsesektoren er den mest dominerende bransjen med nær 30% av henvendelsene, mens laboratoriearbeid, håndverk, industriell produksjon og øvrig manuelt arbeid alle utgjør mer enn 10% av totalen. Henvendelser angående helsesektoren er spesielle fordi de oftere angår spørsmål om gravidepolitikk og internkontrollrutiner for gravide. Temaer som nattarbeid og gravides håndtering av cytostatika er hyppige [5].

Responsene fra STAMI

Henvendelser til STAMI vil som regel besvares av en av legene ved Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi i løpet av få dager. I de aller fleste tilfellene er det to dominerende elementer som skal avklares: Risikovurdering og risikohåndtering.

Som for all annen risikovurdering er avklaring av agens og dose avgjørende. Et spesielt aspekt ved risikovurdering hos gravide er at individuelle forhold (spesielt reproduksjonshistorien) vektlegges mer enn ellers. Avklaringen av de iboende egenskapene til agens og kunnskap om dose-responsforhold vil ofte være noe forskjellig for kjemikaier og andre arbeidsmiljøfaktorer. Vurderingen av aktuell dose og de individuelle



Illustrasjon: Férat. Les Blanchisseuses. Wikipedia Commons. <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=27324468>

forholdene vil alltid kreve en spesifikk og konkret kartlegging av yrkeshygieniske, henholdsvis medisinske forhold. Rådgiving vedrørende gravides arbeid vil ofte dreie seg om enkeltindivid, og individuell risikovurdering på basis av et kunnskapsgrunnlag på gruppenivå er en spesiell utfordring [6].

For kjemiske agens vil vurderingen av iboende egenskaper og dose-responskunnskap typisk starte med sikkerhetsdatabladet med etterfølgende vurdering i ECHAs database C&L Inventory [7] for å avklare myndighetsklassifiseringen av det enkelte kjemikalie. En nærmere vurdering av kritisk effekt og dose-respons kan gjøres for det spesifikke agens i en toksikologidatabase. Det danske Nationale Forskningscenter for Arbeidsmiljø (NFA) [8] har oversikt over flere, blant annet Developmental and Reproductive Toxicology Database (DART) [9]. For andre agens enn kjemikalier vil vurderingen av iboende egenskaper og dose-respons ofte kunne baseres på direkte litteratursøk eller, lettere, gode og aktuelle reviews. Dette gjelder spesielt agens hvor individuelle forhold spiller stor rolle, så som

arbeidstidsordninger, psykososialt arbeidsmiljø og ergonomiske belastninger. Et eksempel er en review av Palmer og medarbeidere fra 2013 [10].

Risikohåndteringen er arbeidsgivers ansvar, men innspill som i stor grad bygger på erfaringer fra bedriftshelsetjenester og ikke minst jordmødres initiativ er av nytte. Stikkord er gravidepolitikk/ internkontrollrutiner, trepartsamtaler og tilrettelegging av arbeidet.

Gode eksempler på en helhetlig HMS-strategi som inkluderer gravides arbeid finnes i helseforetakene, se artikkelen til Jenssen og Berger i dette nummeret av Ramazzini [12]. Internkontrollrutinene skal synliggjøre at et trygt arbeidsmiljø også gjelder det ufødte barnet, og kan vise til konkrete virksomhetsinterne tiltak for å oppnå dette. Et spesielt viktig verktøy som bør synliggjøres i internkontrollrutinene er bruk av trepartsamtaler hvor gravid, leder og representant for bedriftshelsetjenesten setter seg sammen for å identifisere problemene og finne de praktiske løsningene. Også jordmor eller leges vurdering i Arbeidstilsynets skjema 474: «Tilrettelegging/ omplassering p.g.a. graviditet» [11] kan være av nytte i tilretteleggingsprosessen. Erfaringene fra Ahus og ellers tyder på at tilrettelegging av arbeidet har noe for seg både for den gravide [1, 12] og virksomheten [12].

Henvendelser fra bedriftshelsetjenester og arbeidsmedisinske enheter vil ofte ha karakter av en toveis prosess hvor formidling av de konkrete erfaringene fra felten har verdi for STAMIs videre rådgivingstjeneste. I beste fall kan man se at dette kan tjene funksjonene til en erfaringsbank. Det kan også være grunn til å påpeke hva rådgivingstjenesten ikke er. STAMI sitter nesten alltid på avstand, og verken kan eller vil ta på seg det ansvaret arbeidsgiver eller bedriftshelsetjenesten skal ha.

Formidling

STAMI legger vekt på at erfaringene fra rådgivingstjenesten formidles videre til allmennhet, gravide, myndigheter, bedriftshelsetjenester, arbeidsmedisinere og andre faggrupper. Dette gjøres blant annet gjennom utarbeiding av fak-tasider, omtale på stami.no og STAMIs årsma-gasin, seminarer, samt gjennom kursinnlegg,

foredrag og artikler for helsepersonell, bedrifts-helsepersonell, arbeidsmedisinere, toksikologer og yrkeshygienikere. Formidlingen omfatter også målgrupper utenfor Norge, i første rekke til våre faglige nettverk.

Andre kilder

Nyttig informasjon om gravide og arbeidsmiljø kan finnes på Arbeidstilsynets faktaside [11] og i arbeidsmedisinske veiledninger, tema «Risikoa-nalyse av gravides arbeidsmiljø» [13].

Referanser

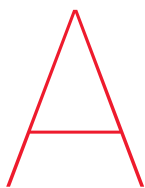
1. Kristensen P, Nordhagen R, Wergeland E, Bjerkedal T. Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and child cohort study (MoBa). *Occup Environ Med* 2008; 65: 560–566. doi:10.1136/oem.2007.035626.
2. Casas M, Cordier S, Martinez D, Barros H, Bonde JP, Burdorf A, Costet N, dos Santos AC, Danileviciute A, Eggesbø M, Fernandez MF, Fevotte J, Garcia AM, Grazuleviciene R, Hallner E, Hanke W, Kogevinas M, Kull I, Stemann Larsen P, Melaki V, Monfort C, Nordby K-C, Nybo Andersen A-M, Patelaro E, Polanska K, Richiardi L, Santa Marina L, Snijder C, Tardon A, van Eijsden M, Vrijkotte TGM, Zugna D, Nieuwerhuijsen M, Vrijheid M. Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts. *Scand J Work Environ Health* 2015;42(4):384–396. doi: 10.5271/sjweh.3500
3. Ahlborg G, Bonde JP, Hemminki K, Kristensen P, Lindbohm M-L, Olsen J, Schaumburg I, Taskinen H, Viskum S. Risk communication concerning occupational exposures in pregnancy. *Int J Occup Environ Health* 1996;2:64–9.
4. Kristensen P, Jacobsen K, Skyberg K. Medfødte misdannelser blant barn med fedre som hadde tjeneste på KNM Kvikk. STAMIrapport 3/2000. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2000:1–117. https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/288379/stamirapporter_35.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Lenke besøkt 19. oktober 2017).
5. Kristensen P. Gravidepolitikk: forbud eller individuell risikovurdering? Ramazzini 2017;24(4):25–26.
6. Kristensen P. Formidling av personlig risiko er en vanskelig øvelse STAMIs årsmagasin 2017, in press.
7. <https://echa.europa.eu/information-on-chemicals/cl-inventory-database> (Lenke besøkt 19. oktober 2017).
8. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/toksikologidatabaser-for-arbejdsmiljoet>. (Lenke besøkt 19. oktober 2017).
9. Developmental and Reproductive Toxicology Database (DART) <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/dart.htm>. (Lenke besøkt 19. oktober 2017).
10. Palmer KT, Bonzini M, Bonde J-P. Concise guidance: Pregnancy – occupational aspects of management. *Clin Med* 2013;13(1):75–79. doi: 10.7861/clinmedicine.13-1-75.
11. <https://www.arbejdstilsynet.no/tema/graviditet-og-arbejdsmiljo/> (Lenke besøkt 19. oktober 2017).
12. Jenssen IK, Berger MA. Gravid i jobb. Ramazzini 2017;24(4):9–12.
13. Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL). <http://amv.legehandboka.no/handboken/cliniske-kapitler/andre-arbeidsmedisinske-problestillinger/annet/risikoa-analyse-av-gravides-arbejdsmiljo/>. (Lenke besøkt 19. oktober 2017).



Gravid i jobb ☺

Ingun K. Jenssen, avdelingsleder Ahus BHT,
Marit Anette Berger, tidligere bedriftsjordmor i Ahus BHT
itop@ahus.no

Bakgrunn for prosjektet



kershus universitetssykehus (Ahus) startet i 2013 en mer systematisk satsning enn tidligere, for å redusere sykefraværet som på den tiden var høyt på foretaksnivå, også sammenlignet

med andre sykehus. Som en del av dette arbeidet, var det ønskelig med en spesiell satsning på å øke gravide arbeidstakers nærvær under svangerskapet. Dette med bakgrunn i kunnskap om at gravide står for bortimot en tredjedel av alle fraværsdager for kvinner i alderen 20 – 40 år. Mange av disse dagene kunne vært unngått med bedre tilrettelegging av arbeidsforholdene, ifølge Ebba Wergeland og medarbeidere [1].

Ahus er en stor bedrift med ca 9000 ansatte. Det er en kvinneandel på 77%, og av disse er 49% i alderen 20-40, som regnes som fertil alder. Statistisk sett er 7% av kvinnelige arbeidstakere i alderen 20 til 40 år gravide til enhver tid. I gjennomsnitt kan man da anta at det er 250-300 gravide ved Ahus i året. De innehar ønsket kompetanse og er en viktig ressurs for sykehuset. Det ble gjort et vedtak i Sykehusledelsen mot slutten av 2012, om å satse på et prosjekt rettet mot å beholde gravide ansatte lenger i jobb. Denne ledelsesmessige forankringen ble en viktig suksessfaktor. Oppdraget ble gitt til Ahus Bedriftshelsetjeneste (BHT) pga den frie og uavhengige rollen de har, og med mulighet for å spille på et tverrfaglig fagmiljø. Prosjektet fikk navnet Gravid i jobb, og tilførte midler ble brukt til å ansette to bedriftsjordmødre i til sammen 120% stilling. Etter implementering er dette redusert til 100% stilling. Spørsmålet som skulle besvares i prosjektet var:



Figur 1. Kjennermerket til Gravid i jobb® (Rettighetsinnehaver: Akershus universitetssykehus)

Kan Ahus beholde gravide arbeidstakere lenger i arbeid ved å etablere et bedriftsjordmortilbud med fokus på systematisk forebyggende arbeid rettet mot ledere og deres gravide medarbeidere?

Gjennom å:

- Bidra til at leder og den gravide kan skape et helsefremmende arbeidsmiljø som forebygger unødig sykefravær i svangerskapet.
- Gi trygghet og kunnskap om det å være på jobb som gravid.
- Beholde den gravides kompetanse så lenge som mulig- jobbnærvær.

Prosjektperioden var først stipulert til ett år fra slutten av februar 2013, men ble forlenget ut 2014, da de første månedene viste klare positive effekter.

For å kunne måle effekt av prosjektet, måtte vi ha en nullpunksmåling og 2012 tall ble brukt. Ved gjennomgang av alle som gikk ut i svangerskapspermisjon ved Ahus i 2012, viste oversikten at ca 40 % av de gravide var mer enn 50% sykemeldt allerede i svangerskapsuke 20. Det var 246 personer som gikk ut i svangerskapspermisjon ved Ahus i 2012. Med utgangspunkt i tal-

lene fra 2012, var målet for prosjektet at gravide arbeidstakere skulle stå fem uker lenger i arbeid i 2013.

Systematisk tilnærming

Et grundig arbeid med utforming av informasjonsmateriell og informasjon/kommunikasjonsstrategi om prosjektet, ble en viktig suksessfaktor. Vi ønsket «branding» med et godt navn på prosjektet og et bilde som lett kunne gjenkjennes på informasjonsmateriell, intranettside og produkter (nøkkelbånd og drikkeflaske) som ble delt ut til alle deltakerne (Figur 1). Alt dette er fortsatt i bruk i arbeidet. Informasjonen ble aktivt spredt internt på sykehuset slik at ledere med personalansvar, gravide og deres kollegaer skulle vite at Gravid i jobb var et nytt tilbud til gravide arbeidstakere og deres ledere ved Ahus.

I tillegg ble informasjonen distribuert til fastleger og kommunejordmødre for å stimulere samarbeidet med svangerskapsomsorgen og i et håp om å forhindre «for raske» sykemeldinger.

Målet med det nye tilbudet var og er fortsatt, å beholde ønsket kompetanse som gravide arbeidstakere besitter gjennom å forbygge unødig sykefravær. Erfaringer fra andre prosjekter, viste at tidlig intervensjon gir god effekt og at enkle tilretteleggingstiltak ofte er nok. Dette ble og er viktige budskap i vår informasjon også. Hovedelementene i prosjektet Gravid i jobb ble følgende, med trepartssamtalen som det viktigste elementet:

- Trepertssamtale, en samtale mellom leder, den gravide og bedriftsjordmor som har fokus på individuelle forebyggende tilretteleggingstiltak og å sikre trygge arbeidsforhold.
- Temabaserte lunsjmøter for gravide med fokus på normale svangerskapsplager og forebyggende tiltak for å gi økt kunnskap og trygghet om graviditet og arbeid.
- Kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud som arrangeres i samarbeid med NAV arbeidslivssenter med tema hvordan og hvorfor tilrettelegges for gravide arbeidstakere.

Trepertssamtalen

Trepertssamtale er en samtale mellom gravid arbeidstaker, hennes nærmeste leder og bedriftsjordmor. Dette var hovedmetoden i prosjektet

“

Ledelsesforankring og grundig informasjonsarbeid er viktige suksesskriterier for å lykkes både som prosjekt og med implementering.

og er fremdeles etter implementering det viktigste elementet. I trepartssamtalen deltar bedriftsjordmor som en nøytral tredjepart, med spisskompetanse om svangerskap og arbeid. Den gravide arbeidstakeren vet best hva som kan være utfordrende i sin arbeidssituasjon og leder har oversikt over og kan synliggjøre mulighetene for tilrettelegging ved den aktuelle avdeling. Alle perspektivene blir belyst og diskutert for å finne gode individuelle løsninger for hver enkelt gravid.

En viktig tilnærming i trepartssamtalen er å avtale gode forebyggende tilretteleggingstiltak før eventuelle plager eller belastninger oppstår. Når man lykkes med dette, ser vi at gravide klarer å stå i jobb lenger og avdelingen beholder verdifull kompetanse.

Avdelingens risikoområder for gravide skal på forhånd være kartlagt, men en bevisstgjøring ved første trepartssamtale er ofte nødvendig. I forkant av første samtale, som gjerne er i svangerskapsuke 10-15, får den gravide tilsendt to skjemaer som skal fylles ut i samarbeid med leder. Dette sikrer en forberedthet til samtalen.

Det ene skjemaet er en enkel kartlegging med fokus på hva den gravide eksponeres for i sin arbeidshverdag. For mange er det viktig med avklaringer på hva som er trygt og hva man skal skjermes for som gravid. Med utgangspunkt i kartleggingen, gjøres en enkel risikovurdering basert på kjente eksponeringsfaktorer i sykehus.

Det andre skjemaet er en individuell oppfølgingsplan. Her konkretiseres det hva den gravide mener skal til for å kunne stå i jobb i svangerskapet og hvilke tilretteleggingstiltak hun eventuelt har behov for. Disse to skjemaene gir et godt grunnlag for en gjennomgang av hvilke arbeidsoppgaver den gravide mestrer og hvilke hun trenger tilpasninger på. Den individuelle oppføl-

gingsplanen anbefaler vi som et vedlegg til den gravides helsekort for å bedre kommunikasjonen mellom arbeidssted, fastlege og kommunejordmor i svangerskapsomsorgen.

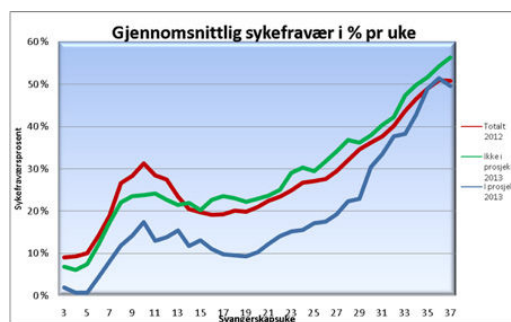
Den første samtalen følges opp med to påfølgende samtaler utover i svangerskapet, slik at tiltakene kan justere etter hvert som svangerskapet utvikler seg. Det legges opp til en samtale rundt svangerskapsuke 20 og en rundt uke 30, men dette tilpasses etter behovet hver enkelt gravid har. Den individuelle oppfølgingsplanen oppdateres etter hver samtale.

Målet er at trepartssamtalen skal gi klare signaler om at gravide innehar ønsket kompetanse og er en ressurs på arbeidsplassen selv om svangerskapet gir behov for tilpasninger. Som fagperson kan bedriftsjordmor gi råd til den gravide om hvordan den gravide selv kan bidra til at arbeidsdagen blir best mulig. Bedriftsjordmor informerer om forebyggende tiltak som jevnlig pauser, inntak av nok mat og drikke, valg av skotøy, arbeidsstillinger osv. I samtalene konkretiseres tiltakene, og leders tilstedeværelse og bidrag i samtalen er avgjørende for å gi aksept og støtte til den gravide til å gjennomføre dette i praksis på en travel arbeidsplass.

Aktuelle tilretteleggingstiltak kan være omgjøring av nattevakter til andre vakter, begrensning i antall pasienter den gravide har ansvar for og unngå ansvarsvakter med akuttfunksjoner. For noen handler det om muligheten til å komme litt senere på morgenen og for andre kan det være muligheten til mer stillesittende administrativt arbeid. Noen blir flyttet fra helgevakter til vakter på ukedager, fordi det gir større mulighet for påvirkning av eget arbeidstempo. De fleste gravide har i løpet av svangerskapet en annerledes kapasitet enn ellers og et behov for tilpasset arbeidstempo og oppgaver. En erkennelse av dette kan bidra til at den gravides eget forventningspress til seg selv ikke blir for stort.

Lunsmøter for gravide

Lunsmøter for gravide ble en annen etablert arena i prosjektet. Det er også videreført som en viktig arena etter implementering, og arrangeres nå cirka månedlig. Temaer har vært alt fra kosthold, normale svangerskapsplager, forel-



Figur 2. Gjennomsnittlig sykefravær i prosent etter svangerskapsuke og deltakelse i prosjektet Gravid i jobb: Ahus 2012-2013

drepengeordningen, bekkenleddsplager, yoga, ergonomi osv. Hensikten er bevisstgjøring rundt hva normale svangerskapsplager innebærer og hvordan gravide kan ivareta seg selv, samt å skape et samlingspunkt for gruppen. Det har deltatt mellom 10 og 25 gravide på lunsmøtene hver gang, og tilbakemeldinger og evalueringer viser at dette oppleves som et positivt tiltak for gruppen. I tillegg er det en rekrutteringsarena til individuell oppfølging. De fleste har deltatt i arbeidstiden, men noen har også valgt å komme på fritiden. Lunsmøtene har vært arrangert på Nordbyhagen som er foretakets største lokasjon, men presentasjoner fra de forskjellige temaene er tilgjengelig via Gravid i jobb sin intranettside.

Kurs for ledere, verneombud og tillitsvalgte

Kurs for ledere, verneombud og tillitsvalgte arrangeres også jevnlig. Disse arrangeres i sammen med kontaktpersoner i NAV arbeidslivssenter, som er en viktig samarbeidspartner i sykefraværarbeid. Kurset handler om hvordan og hvorfor tilrettelegge for gravide på Ahus med generelle regler og individuelle behov, og en innføring i normale svangerskapsplager, risikofaktorer for gravide på arbeidsplassen, samt virkemidler fra NAV. Kursene har vært godt besøkt.

Bedriftsjordmor presenterer også Gravid i jobb tilbudet på alle HMS kurs og på ny-som-leder opplæringen på Ahus.

Resultater

Sykefraværstallene for gravide er basert på uttrekk av fravær og arbeidsforhold fra lønnsystemet ved Ahus, for perioden før uttak av svangerskapspermisjon for den enkelte arbeidstaker.

For de som benytter tilbudet har vi termindato, men for andre antar vi at termindato er 21 dager etter første dag i svangerskapspermisjonen. Vi antar videre at graviditeten starter 280 dager før termindato, og beregner svangerskapsuke ut fra dette.

I løpet av prosjektperioden ble det avholdt 470 trepartssamtaler med 246 forskjellige gravide og deres ledere. Tallene viser at ca 70 % av alle gravide var inkludert i prosjektet i 2013.

Resultatene fra prosjektperioden viste tydelig effekt i form av lavere sykefravær hos gravide deltakere i Gravid i jobb (Figur 2). Videre viste den at gravide som ikke hadde vært en del av prosjektet, hadde tilnærmet samme sykefraværmønster som nullpunktsmålingen fra 2012.

Beregninger viste at gravide som deltok i prosjektet, i gjennomsnitt stod 12 uker lenger i jobb sammenlignet med 2012. Målsetningen var fem uker lenger, så det ble nådd med god margin. Tolv uker lenger i snitt utgjør 4400 dagsverk og reduksjon i sykefraværet med drøye 31%. Dette er tall som ble bekreftet fra legemeldt sykefravær i NAV i prosjektperioden. Økonomisk gir dette et innsparingspotensial på foretaksnivå på 11,5 millioner med bakgrunn i Sintefs utregningsmodell [2] for sykefraværskostnader.

Evaluerings skjemaer fra både gravide og ledere som har benyttet Gravid i jobb viser en tydelig positiv opplevelse av tilbudet. Gravide opplever i større grad trygghet og ledere opplever støtte ved å ha med en nøytral tredjepart i samtalen med sine ansatte.

Evalueringene viser også at gravide opplever seg ivaretatt av nærmeste leder og i stor grad får

“

Gravide opplever trygghet og føler seg ivaretatt. Ledere opplever støtte.

den tilretteleggingen de trenger. Videre vises det at Gravid i jobb har ført til økt kunnskap og trygghet rundt risikoforhold og graviditet, og endret synet på fravær i graviditeten både for gravide og ledere. Ledere svarer at de ikke opplever tilretteleggingen som belastende for avdelingen. Disse erfaringene antas å være en viktig årsak til at tilbudet fortsatt har minst like stor rekruttering av gravide nå som i prosjektperioden.

Oppsummering

Svangerskap er en annerledestilstand. Normale fysiologiske endringer gjør at det kan være behov for tilpasninger i arbeidssituasjonen. Erfaringer fra prosjektet viser at gravide ønsker å være i jobb hvis mulighetene er tilstede. Jobben handler om identitet, interesser og mestring, også under svangerskapet. Det er ofte små og enkle tilretteleggingstiltak som gir store gevinster. Betydningen av å bli tatt på alvor, sett og hørt må ikke undervurderes.

Ahus BHT mener at dette arbeidet har stor overføringsverdi til både store og små virksomheter i alle bransjer med kvinner i fertil alder. Da med trepartssamtalen som den viktigste tilnærmingen.

Ønsker du å se en film om prosjektet på Ahus, finner du den på www.ideBanken.org.

Referanser

1. Strand K, Wergeland E, Endresen EH. Tilpasning av arbeidet for gravide – kvinner i ulike yrker forteller. Rapport nr. 4 fra prosjektet «Graviditet og arbeid». Oslo: Institutt for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo, 1993.
2. Hem K-G. Bedriftenes kostnad ved sykefravær. Rapport Sintef A19052. Oslo: SINTEF, 2011. Tilgjengelig på: <https://www.sintef.no/contentassets/5c5963abef68468a9f22c5b5c3af201a/kostnader-sykefrav2011.pdf>.



Svangerskapspenger eller sykmelding – det er spørsmålet

Tone Eriksen, Overlege i Arbeidstilsynet

På samme måte som Shakespeares «å være eller ikke være» er spørsmålet i Hamlet, er mor og fosters ve og vel spørsmålet når vi skal velge mellom sykmelding eller svangerskapspenger. Bakgrunnen for innføring av svangerskapspenger er at friske gravide kvinner, som ikke kan arbeide på grunn av sin graviditet, ikke skal bruke av sine sykepengerrettigheter. Det er ikke hensiktsmessig at en gravid kvinne blir sykmeldt når det i realiteten er fare for fosteret og ikke egen sykdom som er bakgrunnen for fraværet. Svangerskapspenger kan gis til friske gravide som ikke kan fortsette i arbeidet under svangerskapet fordi det kan medføre risiko for skade på fosteret.

Arbeidsmiljøloven

Før man går til det skritt å søke om svangerskapspenger er det arbeidsgivers ansvar å sørge for å vurdere tilrettelegging slik at den gravide kan fortsette i sitt arbeid eller eventuelt omplasseres til annet arbeid under graviditeten. Denne plikten er hjemlet flere steder i arbeidsmiljølovverket.

I arbeidsmiljølovens § 4-2 (2) b) – krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling, står det:
«I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal arbeidet organiseres under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger.»

Denne paragrafen kalles også den generelle tilretteleggingsparagrafen og gjelder uavhengig av om arbeidstakerne har utviklet sykdom eller har andre behov som krever tilrettelegging. Hjemmelen omfatter grupper som i visse tilfeller kan være særlig utsatt, som for eksempel unge



Svangerskapspenger kan gis til friske gravide som ikke kan fortsette i arbeidet under svangerskapet fordi det kan medføre risiko for skade på fosteret.

arbeidstakere og kvinner som er gravide eller i fertil alder. Det understrekes at arbeidsgiveren må ta hensyn til slike grupper av arbeidstakere, også dersom det ikke foreligger utfyllende bestemmelser i forskrift. Arbeidstilsynet mener at denne paragrafen er dekkende for de tilfeller der friske gravide har behov for tilrettelegging.

Hvorfor tilrettelegge?

Ebba Wergeland bruker å vise til at hvis N er antall kvinnelige ansatte mellom 20 og 40 år, vil det til enhver tid gjennomsnittlig være $N \times 0,07$ gravide, med et visst behov for tilrettelegging. Hvis man ser for seg en virksomhet som har 15 ansatte kvinner mellom 20 og 40 år vil i gjennomsnitt ca. en kvinne være gravid til enhver tid. Sannsynligheten, i dette tilfellet, for at en av de kvinnelige ansatte blir gravid og trenger tilrettelegging er med andre ord stor. Med dette i bakhodet bør arbeidsgiver derfor risikovurdere hvilke arbeidsoppgaver som kan være vanskelige eller uforsvarlige for gravide å gjennomføre. Da kan man allerede på et tidlig tidspunkt ha tiltak, som for eksempel omplassering, på plass når en ansatt blir gravid.

Dersom den gravide sliter med egen helse

Når vi snakker om den gravides egen helse er det arbeidsmiljølovens § 4-6 (1) – særlig om tilrette-

legging for arbeidstakere med redusert arbeids-
evne, som er aktuell.

Her står det:

*«Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeids-
evne som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller
lignende skal arbeidsgiver, så langt det er mulig,
iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker
skal kunne beholde eller få et passende arbeid.
Arbeidstaker skal fortrinnsvis gis anledning til
å fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt etter
særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeids-
tiden, endringer i arbeidsutstyr, gjennomgått
attføring e.l.»*

Dette gjelder med andre ord gravide med redu-
sert arbeidsevne på grunn av egen helse og er
ikke rettet mot mulig fosterskade. I forarbeidene
til loven kommer det frem at hovedmålsettin-
gen med denne paragrafen er å få arbeidstaker
tilbake til arbeid så fort som mulig. Den er derfor
ikke ideell med tanke på gravide arbeidstakere
som trenger tilrettelegging på grunn av hormo-
nelle forandringer, fysisk kapasitet, søvnbehov
osv.

Folketrygdloven

Hvis man har risikovurdert og kommet frem til
at det ikke er mulig med tilrettelegging som
for eksempel endrede arbeidsoppgaver eller
omplassering for den gravide, kan man søke
om svangerskapspengen. Retten til svan-
gerskapspenge er hjemlet i folketrygdlovens §
14-4 – svangerskapspenge. Her står det blant
annet:

*«En arbeidstaker har rett til svangerskapspenge
dersom hun etter bestemmelser i lov eller for-
skrift blir pålagt å slutte i sitt arbeid fordi hun er
gravid, og det ikke er mulig å omplassere henne
til annet høvelig arbeid i bedriften.»*

Bestemmelser i lov eller forskrift viser her til
arbeidsmiljølovgivningen, blant annet de hjemler
som er beskrevet i denne artikkelen.

For å få rett til svangerskapspenge må man
ha arbeidet i minst fire uker og inntekten må
på årsbasis utgjøre minst halvparten av folke-
trygdens grunnbeløp. Svangerskapspengene
ytes fra det tidspunktet den gravide må slutte
i arbeidet, og fram til tre uker før fødselen og
de beregnes etter de samme bestemmelsene



Fosteret trenger også vern på jobb (Ill. Colourbox)

som sykepenger fra trygden. Dersom kvinnen
kan jobbe redusert kan det gis graderte svan-
gerskapspenge.

Forskrift om utførelse av arbeid

Av aktuelle forskriftsbestemmelser er det
spesielt forskrift om utførelse av arbeid, kapittel
7 – arbeid med fare for forplantningsskade, som
er viktig.

Hele kapittel 7 er aktuelt, men § 7-4 - omplasse-
ring av arbeidstaker ved fare for forplantnings-
skader, fortjener spesiell oppmerksomhet. I
denne paragrafen står følgende:

*«Arbeidsgiver skal sørge for at gravide og
ammende arbeidstakere omplasseres til annet
arbeid dersom påvirkninger i arbeidsmiljøet kan
gi risiko for forplantningsskade på barnet.
Arbeidsgiver skal også, dersom det er nødven-
dig og praktisk mulig, sørge for at det gis tilbud
om omplassering til annet arbeid til menn og
ikke-gravide kvinner i forplantningsdyktig alder.
Arbeidsgiver skal, så langt det er teknisk mulig,
sørge for å legge forholdene til rette slik at
omplasserte arbeidstakere snarest mulig kan
vende tilbake til sitt ordinære arbeid uten å
utsettes for risiko for forplantningsskade. Slik til-
rettelegging av arbeidsplassen og arbeidsmiljøet
kan innebære at det iverksettes nye verne- og
sikkerhetstiltak, jf. § 7-3.*

*Når omplassering etter første til tredje ledd
ovenfor ikke er mulig, skal arbeidsgiver doku-
mentere dette skriftlig.»*

Det er flere viktige poeng i denne paragrafen.
Blant annet viser den til kravet om skriftlig
dokumentasjon som kan oppfylles ved bruk
av Arbeidstilsynets skjema for tilrettelegging/

omplassering ved graviditet.

Paragrafen ivaretar menn som er ufrivillig barnløse. I slike tilfeller er det rimelig at arbeidstaker dokumenterer nødvendighet for omplassering til arbeidsgiver, for eksempel ved begrunnet legeattest fra relevant medisinsk spesialist.

Risiko for forplantningsskade på barnet er det som gir opphav til mest diskusjon når man snakker om svangerskapspenger. De tradisjonelle risikofaktorene for fosterskade, som for eksempel, radioaktiv stråling, cytostatika, reproduksjonsskadelige eller kreftfremkallende kjemikalier og biologiske faktorer som for eksempel røde hunder og toksoplasmose, er allment akseptert. Spørsmålet som kan være vanskelig er om stress hos den gravide som følge av lange arbeidsdager, nattarbeid, stående arbeid eller tunge løft kan være fosterskadelig eller ikke. Det finnes ikke noe fasitsvar på hvor mye stress som skal til for at det eventuelt skal gi fosterskade, men sannsynligheten for at fosteret tåler en god del er stor. I slike tvilstilfeller er det viktig at den som gir råd er god på risikokommunikasjon og lytter nøye til det den gravide forteller. Dersom den gravide tidligere har opplevd spontanaborter eller komplikasjoner under svangerskap vil det være hensiktsmessig å legge listen litt lavere for å søke om svangerskapspenger.

Nytt skjema for tilrettelegging/omplassering ved graviditet

Arbeidstilsynet har utarbeidet et nytt skjema for tilrettelegging/omplassering ved graviditet, men dette er i skrivende stund ikke ferdigstilt. Det nye skjemaet har blant annet en egen veiledningsdel og forventes klar til bruk rundt årsskiftet 2017/2018. Diagnoser eller andre medisinske opplysninger skal ikke oppgis og arbeidsgiver må dokumentere skriftlig dersom det ikke er



Vi vet mye om hvordan kjemikalier kan påvirke fosteret, men det er vanskeligere å risikovurdere stress (III. Colourbox)

mulig med tilrettelegging eller omplassering.

Hvis kvinnen har flere arbeidsgivere skal det fylles ut ett skjema for hver arbeidsgiver. En annen nyttig opplysning er at kvinnen kan ha krav på svangerskapspenger i ventetiden dersom det tar lang tid før tilrettelegging kan gjennomføres.

Oppsummert

Det er viktig at lege eller jordmor har god kommunikasjon med den gravide kvinnen og at man kjenner til forholdene på kvinnens arbeidsplass i tillegg til hennes helsesituasjon. Samarbeid med bedriftshelsetjenesten kan derfor være hensiktsmessig. Svangerskapspenger er der for å sikre at gravide ikke bruker opp sine sykepengerrettigheter og bør alltid vurderes der den gravidens arbeid kan utgjøre en fare for det ufødte barnet.



Dårligere arbeidsforhold gjør kvinner syke – bare ikke i Norge?

Ebba Wergeland, arbeidsmedisiner (ebba-we@online.no)

I 2011 ba den svenske regjeringen Arbetsmiljöverket (det svenske Arbeidstilsynet) om å se nærmere på kvinners arbeidsforhold. Svenske forskere hadde fortalt dem at dårligere arbeidsforhold ga større risiko for fravær og uførhet blant kvinner enn blant menn. Samme år ba den norske regjeringen Folkehelseinstituttet om hjelp til å forklare hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Folkehelseinstituttets ekspertgruppe meldte tilbake at det i alle fall ikke kunne skyldes arbeidsforholdene. Altså stikk motsatt av hva deres svenske kolleger sa. Hvorfor var de så uenige, og hvem hadde rett?

Sverige har det i mange år vært interesse for hvordan kjønnsforskjeller preger arbeidslivet. Arbeidslivsforskere har etter hvert mye kunnskap om forskjeller i menns og kvinners arbeidsforhold, og hva det betyr for fraværskrav og uførhetsrisiko.

Her i landet har dette kunnskapsfeltet fått mye mindre forsker-oppmerksomhet. Den norske fraværskravforskningen har vært mer opptatt av å lete etter kjønnsforskjeller i personlige egenskaper som sykdomsattferd, smerteterskel, mestringsevne, livsstil, holdninger og omsorgsansvar. Den norske ekspertrapporten som hevdet at arbeidsforholdene var uten betydning, etterlyste typisk nok mer forskning om «roller, holdninger og identitet» knyttet til kvinners dobbeltarbeid hjemme og på jobb [1].

Høsten 2015 la Universitetet i Oslo ut følgende nyhet på nettet: «Kvinner har høyere sykefravær enn menn, men det er ikke høyere arbeidsbelastning som har skylda, ifølge ny forskning» [2]. Det ble vist til en norsk studie som sammenliknet kvinner og menn i 17 europeiske land, med samme tresifrete kode for «yrkesgruppe» i offentlige registre. Hver slik yrkesgruppe omfatter mange forskjellige enkeltyrker [3]. Yrkesgruppen «522 Butikkselgere» omfatter for eksempel kioskeiere, butikkavdelingsjefer og

“

«Forskernes forutsetning bygde på mangelfull kunnskap om Norges og Europas arbeidsforhold, derfor ble også konklusjonen deres feil.»

butikkmedarbeidere. Yrkesgruppen «532 Pleiemedarbeidere» omfatter helsefagarbeidere, hjemmehjelpere og andre pleiemedarbeidere [4]. Kort sagt, hver yrkesgruppe er en ganske variert miks av yrker. Men de norske forskerne trodde at belastningen for menn og kvinner var omtrent den samme innen hver slik yrkesgruppe. Hvis større arbeidsbelastning var årsaken til kvinnenes høyere fravær, burde derfor kjønnsforskjellene i fravær bli mindre når man så på en enkelt yrkesgruppe. Da de fant at kjønnsforskjellene i fravær tvert imot økte når de sammenliknet kvinner og menn i samme yrkesgruppe, trodde de det betydde at kvinnes høyere fravær ikke kunne skyldes arbeidsforholdene.

Men forutsetningen deres om at arbeidsforhold og belastninger for menn og kvinner er like innen hver av de store yrkesgruppene, holder selvfølgelig ikke. Det vil for eksempel være en større andel av kvinnene i underordnede og utsatte jobber. Det er ingen likestilling i Europa når det gjelder arbeidsforholdene, verken innad i samme yrkesgruppe, eller innen ett og samme yrke. Forskernes forutsetning bygde på mangelfull kunnskap om Norges og Europas arbeidsforhold, derfor ble også konklusjonen deres feil.

Andre forskere (deriblant noen ganske få i Norge) har gått bakom store samlekategorierte som «yrkesgrupper» og undersøkt arbeidsforholdene konkret. De har sett at selv når kvinner og menn ikke bare er i samme yrkesgruppe, men har samme yrke (for eksempel som helsefag-



Illustrasjon: Rudolf Kremlíčka (1886-1932). Myčky. Wikipedia Commons. <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1500550>

arbeider eller butikkmedarbeider), har de ofte ulike oppgaver, ulik handlefrihet og dermed ulik belastning.

Og selv når de har de samme arbeidsoppgavene, sliter kvinnene ofte mer, fordi de gjennomsnittlig er mindre av vekst og har mindre krefter. Kvinner kan få problemer med alt fra verktøy til arbeidstider og toalettforhold fordi så mye er tilpasset menns kroppsstørrelse og behov. (Kortvokste og spinkle menn har det heller ikke lett.)

Dårligere arbeidsforhold gjør at kvinner er mer utsatt enn menn for helseproblemer som muskel-skjelett-lidelser. De har mer behov for fravær og større risiko for uførhet. Det gjelder både i Norge og Sverige. Men i Norge mangler de toneangivende forskerne konkret kunnskap om forholdene på arbeidsplassene. Derfor tror de ikke at det finnes slike kjønnsforskjeller. Forskere er som andre mennesker. Det er lett å overse det man ikke tror på, og tolke egne forhåndsoppfatninger inn i de tallene man forsker seg fram til.

I 2017 står regjeringens eksperter fortsatt på stedet hvil. Forskningsrådets nettsider melder at norske forskere har avkreftet sammenhengen mellom kvinners høyere sykefravær og «tøffe yrker» [5]. Sammenhengen mellom arbeidsforhold og fraværbehov gjelder ikke her, så det norske arbeidstilsynet får aldri sjansen til å følge

svenskene. I Norge skal det forskes på kjønnsforskjeller i sykdomsatferd. Arbeidsdepartementet hører dessverre bare på sine egne enøydde eksperter [6]. Det er altfor langt til Sverige.

Er bedriften en likestilt arbeidsplass? [7]

- Blir kvinner og menn hørt på med samme oppmerksomhet når de tar opp forhold på arbeidsplassen? Kan de påvirke sin egen arbeidssituasjon i samme grad?
- Er det lik lønn for arbeid av lik verdi – eller blir typiske kvinnejobber ofte vurdert som mindre verdifulle?
- Er arbeidstempoet styrt (for eksempel av maskiner, kunder eller produksjonsmål)? Gjelder det mest for kvinner eller menn?
- Har noen ansatte redusert stilling på grunn av fysisk eller psykisk arbeidsbelastning? Mest kvinner eller mest menn?
- Er verktøy og andre hjelpemidler, innredning av lokalene, arbeidstøy, verneutstyr, arbeidstidsordninger, toalett, garderober osv. like godt tilpasset for begge kjønn?
- Finnes det bilder, tekster eller gjenstander som kan oppfattes som krenkende, eller kan språkbruk eller sjargong oppleves som spesielt krenkende for kvinner?
- Tilrettelegger bedriften forholdene for gravide uten å belaste andre ansatte? Hvis andre får merbelastning, gjelder det mest kvinner eller menn?

Referanser

1. Mykletun A, Vaage K. Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær. Overlevert regjeringen 29.3.2012. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-etter-ekspertmotet-om-arsaker-ti/id682243/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-etter-ekspertmotet-om-arsaker-ti/id682243/>
 2. «Kan ikke skulde på stressende jobbar», nyhetssak på nettsidene til Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo, datert 30.10.2015. <http://www.sv.uio.no/iss/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2015/kan-ikkje-skulde-pa-stressande-jobbar.html>
 3. Mastekaasa A, Melsom AM. Occupational segregation and gender differences in sickness absence: Evidence from 17 European countries. *European Sociological Review* 2014, 5, 582–594. <https://academic.oup.com/esr/article-abstract/30/5/582/2763441?redirectedFrom=fulltext>
 4. Standard for yrkesklassifisering (STYRK-08) Notat 17/2011. Statistisk Sentralbyrå, Oslo 2011. http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201117/notat_201117.pdf
 5. B. Amundsen. Hvorfor er kvinner 67 prosent mer sykmeldt enn menn? Nyhetssak på nettsidene til NFR datert 9.05.2017. https://www.forskningsradet.no/prognnett-vam/Nyheter/Hvorfor_er_kvinner_67_prosent_mer_sykmeldt_enn_menn/1254026684027. (Lenke besøkt 19.10.2017.)
 6. Messing K. One-Eyed Science: Occupational Health and Women Workers. Temple University Press 1998.
 7. Genuskoll på verksamheten. Arbetsmiljöverket, Stockholm 2016. <https://www.av.se/globalassets/filer/arbetsmiljo-arbete-och-inspektioner/jamstallighet-i-arbetsmiljon/genuskollen.pdf>. (Lenke besøkt 19.10.2017)
- (Omarbeidet etter en artikkel i Arbeidervern nr. 6, 2015.)



@RNEBLIKK - BETRAKTNINGER

FRA DEN ARBEIDSMEDISINSKE SIDELINJA

Gravide i arbeid

Gravide i arbeid? Ja, hvor skal de ellers være? Skal arbeidstakere som blir gravide holde seg hjemme under graviditeten i tillegg til å være hjemme etter fødsel og når disse unga de føder blir sjuke? Da ligger det enda tynnere an for kvinner i kjønnsmoden alder blant søkerne til de nederste jobbene på karrierestigen enn tidligere. Skal kvinner måtte levere legeerklæring om at de er blitt sterilisert og sverge på at de ikke skal påta seg omsorgsoppgaver de neste tiårene for å komme i betraktning på like fot med menn og hysterectomerte?

Misforstå meg rett, jeg synes ikke det skal være sånn. Men noe må det jo være som gjør at kvinner fortsatt blir diskriminert i arbeidslivet. Er problemet at gravide gjerne er kvinner, og kvinner i arbeidslivet har en del imot seg, selv om de tre viktigste statsrådsstillingene her i landet nå bekles av kvinner?

Høyere sykefravær

Ja, «alle» statistikker viser at kvinner har høyere sykefravær enn menn, for hele Norge var sykefraværet i 2. kvartal 2017 4,87 % for menn og 8,07 % for kvinner ifølge SSB [1]. Og selv om man justerer for forskjellige yrker, utdanning og vanlige bakgrunnsvariabler, så ligger sykefraværstallene for kvinner omtrent 50-65 % høyere enn for menn i samme bransjer. Du ser det jo sjøl hvis du henter fram «Statistikkbanken» på SSB sine sider, der kan du sy sammen tabeller med sykefravær fordelt på kjønn og sjekke for alle slags næringer. Sykefravær koster, og hvilken arbeidsgiver er det som vil ha høyere kostnader enn nødvendig ved å ansette kvinner i stedet for menn?

Men er det så enkelt? I det som ser ut til å være samme jobb for menn og kvinner, har oftere menn lederfunksjoner med færre rutineoppgaver

og større egenkontroll i jobben, noe som vi vet gir lavere sykefravær. Med lavere status, har også kvinnene flere oppgaver med ensidig gjentagende eller tungt fysisk manuelt arbeid, som gir høyere risiko for arbeidsrelatert sykefravær. Og som alltid slår skeivfordeling med hensyn til omsorgsoppgaver i tillegg til jobben skeivt ut ved at kvinner har mer dobbeltarbeid enn menn og derfor lettere er utsatt for mer belastning enn det kroppen klarer å hente inn igjen i rekreasjonstiden mellom to jobbkøter.

Forskning på kvinner og sykefravær

Såne påstander kan vi imidlertid ikke komme med uten at de kan bli etterprøvd og motsagt. I Forskningsrådets kunnskapsoppsummering av 10 års forskning på sykefravær finner den mannlige forsker Arne Mastekaasa at det er lite støtte for hypotesen om at kvinner har høyere sykefravær enn menn på grunn av belastende arbeidsforhold. «- Også hypotesen om at kombinasjonen av ansvar for barn og betalt arbeid kan forklare det høye sykefraværet, får begrenset støtte. Det er flere tegn som tyder på at kjønnsforskjeller i helse eller reaksjoner på helseproblemer utvikles tidlig og før så vel familieetablering som starten på yrkeskarrieren, sier Mastekaasa.» [2]

Javel, men da kan det være interessant å lese litt om funnene i doktorgradsavhandlingen til Anja Maria Steinsland Ariansen ved Universitetet i Bergen fra 2015: «Women's sickness absence in contemporary Norway. The impacts of class, motherhood and pregnancy.» Hun mener at vi må løfte blikket og ikke bare se på forskjellen mellom kvinner og menn, men også hvordan klasseforskjeller gjør at kvinners erfaringer får forskjellige konsekvenser i ulike lag av samfunnet. Fysiske forskjeller mellom kvinner og menn og ulik fordeling av omsorgsansvar har blitt brukt som mulige forklaringer på hvorfor kvinner har flere fraværsdager. En annen teori er at det er sta-

dig senere graviditeter som har skylden; Kvinner venter oftere med å få barn til de er i 30-åra. Eldre mødre betyr dårligere helse og flere komplikasjoner før og etter svangerskapet, noe som igjen fører til mer sykefravær.

Ariansens forskning viser derimot at gravide kvinner som får barn i 30-årene har relativt lite fravær. Det største fraværet finner hun i stedet hos gravide småbarnsmødre i 20-årene. Forklaringen er at mens kvinner som venter med å få barn, gjerne tar høyere utdanning og beveger seg over i middelklasseyrker, så har de yngre mødrene ofte lav utdanning og fysisk utfordrende jobber – typiske for arbeiderklassen. Det er lett å snakke om kjønnsforskjeller som om kvinner er en gruppe der alle har de samme forutsetningene, men de risikofaktorene som er spesifikke for kvinner, er ikke jevnt fordelt mellom dem: «Det å være gravid er noe annet i fysisk belastende yrker enn i kontorjobber. Og det at kvinner i arbeiderklassen ofte har en mer tradisjonell morsrolle, kan føre til dobbeltarbeid, påpeker hun.» «Både effekten av det å bli gravid og det å få barn er klart avhengig av hvilken klassetilhørighet du har, sier Ariansen.» [3]

Far leser, mor syr

Når det er arbeid døgnet rundt, er de fleste kvinneedominerte jobbene styrt av turnuser, mens mannsdominerte jobber oftest har skift. Og stadig vekk er det turnuser i kvinneedominerte yrker man herser med, slik plasstillitsvalgt sykepleier Randi Elvebakk på St. Olavs Hospital skriver i en kronikk [4]. Der er det foreslått å effektivisere overlappingstiden mellom vaktskiftene slik at arbeidsdagen på dag- og kveldsskift blir 15 minutter kortere – noe som medfører at en sykepleier i 100 prosent stilling, med arbeid hver tredje helg og halvparten av alle høytidsdager, får den store gleden av å få åtte ekstra arbeidsdager i året! Helt uten ekstra lønn, da timetallet blir som før. I praksis vil «effektiviseringen» si at alt de har av få ekstra fridager pga. turnusarbeid forsvinner!

«Ingeniøren har gjerne jobbet 15 minutter ekstra daglig, for så å få fri alle inneklemte dager i jul, påske og mai. Ingeniøren har også fem uker fri i tillegg til høytidene. Sykepleierne opplever at de ikke har det. Vi tar ut fire uker om sommeren. Med to arbeidshelger i denne perioden, må du på St. Olavs Hospital ta den ene helga igjen. Dette betyr at når du begynner på igjen etter ferien, arbeider du tre av fire helger. Og nå kan det bli enda flere dager i sykepleiesekken.»



Ved fornyelse av IA-avtalen må en ta ut delmålet om lavere sykefravær og i stedet sette inn et nytt delmål om å legge til rette for inkludering av flere gravide i arbeidslivet.

Men om du først er inne på SSB sine nettsider, så kan du jo ta en titt på en av deres publiserte forskningsrapporter mens du reflekterer litt over om den slags kunnskap er noe vi trenger. I denne «Discussion paper no. 855» har de undersøkt hvilken betydning ulike komponenter i den nye pensjonsordningen – blant annet kjønnsnøytalt delingstall, omsorgsopptjening og arv av pensjonsrettigheter mellom ektefeller – har for forskjellen mellom menns og kvinners pensjon og for den generelle ulikheten i pensjonsinntekt blant fremtidige alderspensjonister [5].

Pensjon er enda et område med diskriminerende forskjeller mellom menn og kvinner, særlig de kvinner som har manglende opptjening pga permisjoner knytta til graviditet og fødsler eller har gått i deltidsstilling og ikke engang har tjent nok til å ta ut AFP eller folketrygdens alderspensjon fra 62 år. Endringer i forskernes status og oppgaver i Statistisk sentralbyrå kan gjøre det vanskeligere å få fram slike analyser i framtida om SSB ikke lenger skal prioritere slik samfunnsnyttig forskning, noe det har blitt heftig bråk om [6].

Tilbake til gravide i arbeidslivet

Tross alt, så erkjenner selv de mest innbarkete mannemenn som gjerne stiller frivillig opp til forplantningsaktiviteter, at graviditet og fødsel som kvinner tar seg av, er nødvendige stadier for at ikke menneskeheten skal dø ut. Og de fleste er enige om at det er for galt at kvinner får så mye dårligere kår enn menn i arbeidslivet når de påtar seg slike oppgaver på vegne av alle kjønn. Jeg tillater meg derfor å komme med noen forslag som kanskje kan skape noe bedre balanse i regnskapet, og da må det nok en god del positiv forskjellsbehandling til:

- Ved jobbsøknad må det bli forbudt å spørre om kjønn og familie eller familieplaner.
- Hvite flekker på CV hos kvinner blir ført som utført militærtjeneste selv om det er nedkomst.
- Menn med omsorgsansvar må tvinges til å gå hjem fra jobb tidlig, slik at kvinner slipper å

være unntaket på jobben eller den som er vanskelig, og derved gjøre det lettere for kvinnelige arbeidstakere og forskere å leve et mer likestilt liv med både karriere og familieliv.

- La kvinner få lov til å ta kompetansegivende kurs til fagbrev eller videreutdanning mens de har sykelønn, svangerskapspenger eller nedkomstpermisjon, slik at arbeidsgiver sparer penger fra permisjon med lønn om de skulle gått kursene etter retur til jobben. For de som ikke har kapasitet til å delta på noe som helst utover barnepass, kan kompenserende fri med refusjon til arbeidsgiver fra det offentlige for å ta kursene etter nedkomstpermisjonen være et alternativ.

- Pensjonsordningene må endres så kvinner med permisjoner og deltidsstillinger som følge av fødsler og omsorgsoppgaver får samme pensjon som barnefaren (ta det av farens pensjon, del likt).
- Ved fornyelse av IA-avtalen må en ta ut delmålet om lavere sykefravær og i stedet sette inn et nytt delmål om å legge til rette for inkludering av flere gravide i arbeidslivet.
- Sett opp arbeidsgiveravgiften for alle virksomheter som ikke har noen gravide i arbeid så det lønner seg for de som tilrettelegger for gravide!

Signert: Ørn

Referanser:

1. SSB: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot>
2. Forskningsrådet: https://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Ti_ar_med_forskning_pa_sykefraver_hva_vet_vi/1254018509145
3. Forskning.no, «Klasse påvirker kvinners sykefravær»: <https://forskning.no/helse-samfunn-kjonn-og-samfunn-velferds-stat/2015/03/klassebakgrunn-pavirker-kvinnens-sykefravaer>
4. Adresseavisa kronikk: <http://www.adressa.no/meninger/kronikker/2017/06/13/Sykepleierne-er-bekymret-slitne-og-frustrerte-14861232.ece>
5. SSB Discussion Papers No. 855, January 2017 Elin Halvorsen and Axel West Pedersen, "Closing the gender gap in pensions. A microsimulation analysis of the Norwegian NDC pension system": https://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/_attachment/296402?_ts=15a4720e6d8
6. Universitetsavisa: <http://www.universitetsavisa.no/forskning/2017/10/31/Kaller-omorganiseringen-i-SSB-for-et-politisk-kupp-70136.ece>



Gult flagg

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

Da første verdenskrig brøt ut, måtte millioner av britiske menn forlate arbeidsplassene sine og reise til fronten. Etter kort tid hadde store deler av den mannlige arbeidsstyrken gått tapt i skyttergravene.

Allerede i 1915 hadde ca 750 000 menn mistet livet. For å holde hjulene i gang hjemme, måtte kvinnene overta oppgaver i alle deler av arbeidslivet. I tillegg til behovet i den tradisjonelle indus-

trien, økte produksjonen av ulike typer våpen og ammunisjon. Våpenfabrikker ble etablert flere steder i Storbritannia. Så mange som 1 million britiske kvinner jobbet ved slike fabrikker i løpet av første verdenskrig [1].

De enorme tapene av menneskeliv ved fronten endret holdningen til hvilken risiko man var villig til å ta på hjemmebane. Kvinnene ble oppmuntret til å ta sin tørn for fedrelandet. Det er liten tvil om



«The Munitions girls». 1918. Oljemaleri av Alexander Stanhope Forbes (1857-1947). Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:%27The_Munitions_Girls%27_oil_painting,_England,_1918_Wellcome_L0059548.jpg

at også arbeidet med produksjon av ammunisjon var svært farlig. Fabrikkene var utsatte mål for fiendtlige angrep, og håndtering av sprengstoff innebar høy risiko for eksplosjonsulykker. I tillegg til dette kom faren for kjemiske forgiftninger. Prosjektiler og granater ble fylt med en kombinasjon av sprengstoffene pikrinsyre og TNT (trinitrotoluen), som begge har gul farge. Det gule støvet la seg på hud, hår og klær. Nitrogenkomponenter i TNT binder seg til melanin i huden og kan slik også gi en mer permanent gulfarging av huden [2]. Gulfargingen av hud og klær førte til at kvinnene i våpenindustrien fikk kallenavnet «The Canary Girls» [3]. Etterhvert erfarte man at eksponering for TNT også kunne ha alvorlige levertoksiske effekter [4,5]. Dette er ironisk nok også noe som medfører gulfarging av huden. Ved utgangen av 1918 var det blitt rapportert om totalt 430 tilfeller av såkalt toksisk ikterus i våpenindustrien. 111 av disse pasientene døde av forgiftningen [6].

De alvorlige TNT-forgiftningene førte til stor oppmerksomhet, og man klarte relativt raskt å få på plass forbedringer av arbeidsforholdene. Det årlige antallet forgiftningstilfeller gikk ned fra 206 (hvorav 57 dødsfall) i 1916 til 35 (hvorav 10 dødsfall) i 1918. Dette ble oppnådd til tross for at antallet ansatte i denne industrien økte i samme periode [6]. Første verdenskrig førte til at staten måtte ta ansvar for de ansatte i våpenindustrien for at produksjonsvolumet skulle kunne opprettholdes. Krigen førte også til økt aksept for at kvinner kunne ha en rolle i industriarbeidslivet [7]. Dette bidro også til at man begynte å betrakte arbeidsplassen som en viktig arena for forbedring av nasjonens helse. I arbeidet for å sikre nasjonens fremtid sto nettopp vern om helsen til mor og barn sentralt [8]. Første verdenskrig satte disse problemstillingene på spissen. Mangelen på

arbeidskraft gjorde det helt nødvendig med kvinner i arbeidslivet, samtidig som man var svært bevisste på å sikre reproduksjonen.

Godt arbeidsmiljø handler ikke bare om å unngå farlige eksponeringer på arbeidsplassen. Like viktig er jobbsikkerhet og muligheten til å beholde jobben også ved periodevis eller varig funksjonsnedsettelse. Som et ledd i dette står muligheten for tilrettelegging på arbeidsplassene sentralt. Ebba Wergeland illustrerer dette viktige poenget når hun sammenlikner de gravide i arbeidslivet med kanarifuglene i kullgruvene [9]. Kanarifugler ble brukt i britiske kullgruver som levende gassensorer. Disse fuglene er mer sårbare enn mennesker for oksygenmangel og giftige gasser. Kullgruvearbeiderne visste at dersom kanarifuglen sluttet å synge, var det fare på ferde, og de måtte komme seg raskest mulig ut av gruven. Hvis de gravide eller ansatte med nedsatt funksjon havner utenfor arbeidslivet, enten på sykemelding eller trygd, kan det på tilsvarende måte være et signal om at noe er galt med arbeidsmiljøet som helhet.

Både metaforen om kanarifuglen og historien om de gule kanarientene illustrerer hvordan posisjonen til de gravide på arbeidsplassen er et felles anliggende. Deres stilling er en viktig indikator på hvordan vi som arbeidsfellesskap og som samfunn er i stand til å sikre god arbeidshelse. Vi vil forhåpentlig ikke se kjemiske forgiftninger med gulfarget hud og hår på norske arbeidsplasser. Men hvis vi blir oppmerksomme på grupper som faller utenfor, kan det likevel være fornuftig å ha den kanarigule fargen i mente. Bruk den i så fall som sprengstoff i arbeidsmiljøarbeidet!

Referanser

1. Hegrenes S. Englands gule krigsheltinner. *Aftenposten Historie*. 2017;7: 25- 27.
2. Goll JG et al. Teaching Chemistry Using the Girls with Yellow Hands. *Chemical Educator* 2008 ; 13 :3-5.
3. Potts L, Rimmer M. The Canary Girls: the workers the war turned yellow. *BBC News* 20. Mai 2017. <http://www.bbc.com/news/uk-england-39434504>
4. Leslie RM. Case of Toxic Jaundice due to "T.N.T." (Tri-Nitro-Toluene) Poisoning. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Feb 9th 1917.
5. Evans RM. TNT Jaundice. *The Lancet*, Nov 8th 1941, p 552-554.
6. Spurgeon A. Mortality or Morality? Keeping Workers Safe in the First World War. I Andrews M et al (eds). *The Home Front in Britain*. Palgrave Maximillian 2014.
7. Braybon G. *Women Workers in the First World War. The British Experience*. New Jersey. 1981.
8. Long V, Marland, H. From Danger and Motherhood to Health and Beauty: Health Advice for the Factory Girl in Early Twentieth-Century Britain. I *Twentieth Century History* 2009; 20:454-481. Oxford University Press.
9. Wergeland E. Hvor lenge synger kanarifuglen? *Arbeidervern* 2002; 1.



Har gravide frisører og skjønnhetspleiere fordel av en bedriftshelsetjeneste?

Petter Kristensen, Statens arbeidsmiljøinstitutt pkr@stami.no

Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, §13-1, er det angitt at bransjekode 96.02 Frisering og annen skjønnhetspleie skal være tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste, men dette gjelder bare frisering [1]. Det betyr at salonger som arbeider med

hodehår skal ha bedriftshelsetjeneste mens ikke-friserende salonger ikke har et slikt krav. Dette kan være et fornuftig vedtak med tanke på eksponering for vann, detergens og andre irriteranter i frisering, mens arbeid i skjønnhetssalonger er tørrere og mindre utsatt for irriteranter.

Her er det flere problemer. En ting er at dekningen av bedriftshelsetjeneste i frisørsalonger ikke er så høy. Et annet forhold som jeg vil ta opp i mer detalj er det vanskelige kjemiske arbeidsmiljøet som ikke bare frisører men også skjønnhetspleiere kan utsettes for.

Sett bort fra potensiell massiv eksponering for «trivielle» irriteranter skulle det kjemiske arbeidsmiljøet i utgangspunktet ikke være så problematisk. Det skyldes i første rekke at kjemikalier som brukes omfattes av Kosmetikkforskriften [2]. Kosmetikk er mer enn sminke, og inkluderer også produkter som bransjen bruker i jobben. Kosmetikk er regulert etter andre prinsipper enn industri kjemikalier. Det er Mattilsynet som er tilsynsmyndighet. Kosmetikkforskriften inneholder blant annet en liste over forbudte stoffer, og i Artikkel 15-2 angis det forbud mot kjemiske agens som i C&L Inventory [3] er klassifisert som CMR-stoffer kategori 1A eller 1B.

En negativ side ved yrkesmessig bruk av kosmetikk er at produsenter og leverandører ikke har samme krav til å utarbeide sikkerhetsdatablader som for andre kjemikalier i yrkeslivet. Salongiere har i prinsippet samme krav som andre arbeidsgivere til å ha et stoffkartotek, men kan komme i klemme fordi sikkerhetsdatabladene kan mangle.

“

..burde Arbeidstilsynet og Mattilsynet slå seg sammen for å trygge det kjemiske arbeidsmiljøet til skjønnhetspleierne?

En annen utfordring i bransjen frisering og annen skjønnhetspleie er at det ikke er uvanlig at salonger bruker naturprodukter eller har egenimport av kosmetikk uten at kravene i Produktkontrollovens §3 [4] ser ut til å være fulgt. Dette gjelder ikke minst skjønnhetspleie som er en vekstnæring, og hvor tilbud om kjemiske produkter til negleskulptur og vippeekstensjon i hjem og salong står i kø på nettet. Regelen er da at noen form for datablad ikke tilbys mens merkeetikettene ofte er på koreansk, kinesisk eller russisk.

Frisører og skjønnhetspleiere er gjerne yngre kvinner, og det er derfor hverdagskost å se gravide i arbeid i frisør- og skjønnhetssalonger. STAMIs rådgivingstjeneste for gravide og arbeidsmiljø [5] får jevnlig henvendelser som gjelder gravide frisører og spesielt deres kjemiske arbeidsmiljø. På tross av forbudet mot CMR-stoffer har reproduksjonsskader av friserkjemikalier har vært i fokus [6]. I senere år har mye av interessen dreid seg om svake hormonhermere som additiver i vanlige kosmetikkprodukter [7]. Det har vært usikkert om disse kunne være årsak til spesielt kjønns misdannelser hos gutterbarn, men nyere forskning kan tyde på at det ikke er en overrisiko hos gutter født av frisører [8]. Siden de hormonhermende additivene i stor grad er lite flyktige men med et potensiale til å absorberes gjennom intakt hud har en viktig anbefaling vært at gravide frisører skal bruke hansker [7].



I 2017 har STAMIs rådgivingstjeneste fått spesielt mange henvendelser som angår skjønnhetspleieres bruk av kjemiske produkter. Produkter til pleie av negler inneholder typisk flyktige organiske løsemidler og gjerne også plastmonomere. Vippeekstensjonsmidler er oftest basert på cyanoakrylater, og i noen tilfelle har vi også kommet over produkter med innhold av N-metyl-2-pyrrolidon (NMP, CAS nr. 872-50-4). Selv om det dreier seg om meget små mengder av de kjemiske produktene, tar oppgavene ofte lang tid og med nesa tett opp i arbeidet. Bruken av NMP er spesielt problematisk siden stoffet er forbudt i kosmetikk, fosterskadelig (Repr. 1B; faresetning H360D; «kan være fosterskadelig») og klassifisert SVHC (substance of very high concern) av det europeiske kjemibyrået (ECHA) [9].



Carms damefrisering i Örnköldsvik, 1939. Et apparat til permanent av merket «Epoco» i forgrunnen. Foto: Werner Wångström. Wikipedia Commons. (<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=11959144>).

Siden produktinnhold er ukjent og tilgang til en bedriftshelsetjeneste ikke er mulig vil gravide, salongeiere, jordmødre og fastleger ofte være i villrede og usikre på tilretteleggingen av arbeidet for de gravide. Dette kan være et godt argument for å bedre tilgangen til kvalifisert bedriftshelsetjeneste i denne bransjen, og ikke bare for de som arbeider med hodehår. Andre tiltak som peker seg

ut er skjerpet tilsyn fra Mattilsynet med innholdet i kosmetikk til skjønnhetspleie. Kanskje burde Arbeidstilsynet og Mattilsynet slå seg sammen for å trygge det kjemiske arbeidsmiljøet til skjønnhetspleierne?

Referanser

1. <https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/forskrifter/forskrift-om-organisering-ledelse-og-medvirkning/13/13-1/>. (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
2. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-04-08-391/*#. (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
3. <https://echa.europa.eu/information-on-chemicals/cl-inventory-database>. (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
4. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1976-06-11-79>. (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
5. Kristensen P., Leite M, Nordby K-C. STAMIs rådgivingstjeneste for gravide og arbeidsmiljø. Ramazzini 2017;24(4):6-8.
6. European Agency for Safety and Health at Work. Occupational health and safety in the hairdressing sector. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. doi: 10.2802/86938. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.636.9516&rep=rep1&type=pdf> (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
7. Kirkeskov L, Bonde JP, Ebbehøj N, Jacobsen P. Rapport om reproduktionsskader ved arbejde med frisørkemikalier? Rapport nr. 1/2013. København: Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital, 2013. https://www.bispebjerghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/arbejds-og-miljoemedicinsk-afdeling/forskning/danske-rapporter/Documents/BBH_Rapport_Frisorkemikalier_print.pdf. (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
8. Jørgensen KT, Jensen MS, Toft GV, Larsen AD, Bonde JP, Hougaard KS. Risk of cryptorchidism and hypospadias among boys of maternal hairdressers – a Danish population-based cohort study. Scand J Work Environ Health 2013;39(3):302-309. doi:10.5271/sjweh.3330.
9. <https://www.echa.europa.eu/substance-information/-/substanceinfo/100.011.662>. (Lenke besøkt 16. oktober 2017).



GRAVIDEPOLITIKK:

Forbud eller individuell risikovurdering?

Petter Kristensen, Statens arbeidsmiljøinstitutt pk@stami.no

På arbeidsplasser hvor det er vanlig med gravide arbeidstakere nedlegges det mye krefter for å tilby et trygt og optimalt arbeidsmiljø for svangerskapet og det ufødte barnet. Dette kan bygge på et system hvor gravide har forbud mot å utføre arbeid som anses å være risikabelt, eller det kan bygge på en individuell risikovurdering av den enkelte gravides arbeidssituasjon. I denne artikkelen diskuteres de to strategiene opp mot hverandre.

Gravide skal ha en trygg arbeidsplass. Men er det forbud mot risikabelt arbeid eller individuell risikovurdering som skal gjelde? Dette er en av de vanskelige avgjørelsene som må avklares i internkontrollrutinene. Eksempler på konkrete avgjørelser som må tas: Skal gravide kunne jobbe: natt? på laboratoriet hvor det brukes CMR-stoffer? på operasjonsstua? på ambulanseoppdrag? Praksis er forskjellig. På noen arbeidsplasser gjelder forbud. På andre plasser baseres tiltak på individuell og mer spesifikk risikovurdering, ofte grunnlagt på trepartsamtaler mellom gravid, leder og representant for bedriftshelsetjenesten. I fortsettelsen vil jeg legge til side andre aspekter enn hensynet til et optimalt svangerskap og fosterutvikling (for eksempel om en gravid kan forutsettes å fylle kravene som inngår i jobboppgaven).

Er forbud riktig?

- Forbud kan være en riktig politikk dersom kvaliteten på arbeidsmiljøet ikke er god nok til å sikre at skadelig eksponering ikke skjer. Men da må dårlig kvalitet være en utfordring, og målet derfor være å bedre arbeidsmiljøet slik at et forbud ikke lenger er nødvendig.
- Et forbud vil også være lettere å akseptere dersom risiko var spesifikk rettet mot graviditeten, og spesielt ved mulig eksponering for teratogene agens. Men ofte er risiko ikke så

“

- *forbud gir høyere prioritet til føre-var hensyn*
- *en strategi som vektlegger individuell risikovurdering er mere i tråd med Arbeidsmiljølovens intensjoner.*

spesifikk. Det kan være grunnlag for spesielle tiltak for gravide dersom eksponeringen utgjør en mulig skaderisiko for alle, men hvor konsekvensene ville være mer alvorlige dersom de rammet en gravid. Dette kan gjelde i arbeid hvor det er en voldsrisiko, eller en mulighet for eksponering for kreftfremkallende agens eller HIV/hepatittvirus. Konsekvensen av forbud er oftest at arbeidsoppgavene overtas av andre. Da må det må være et dilemma at det er greit at andre overtar en oppgave som ikke er akseptabel for den gravide. Igjen er det naturlig å sette fokus på kvaliteten i arbeidsmiljøet for alle, gravide og ikke-gravide.

- Et forbud gir høyere prioritet til føre-var hensyn. Om plasseres ambulansepersonell ved graviditet tas det høyde for muligheten av at en kreftpasient som fraktes inn i ambulansen og som nettopp fikk peroral talidomidbehandling skal kaste opp over den gravide. Ved individuell risikovurdering må muligheten for noe slikt tas hensyn til og eventuelt tilrettelegges for, dersom den gravide skal fortsette arbeidet i ambulansen. Men når er trygghet trygt nok? I eksemplet ovenfor kan det være slik at trygghet ikke krever sjablongmessig tiltak, men kan oppnås etter konkret og jordnær individuell risikovurdering.
- Forbud kan ha sin pris for den gravide. Hun må plasseres inn i en alternativ situasjon, det være

seg andre arbeidsoppgaver eller permisjon med svangerskapspenger. Dette kan bety at det blir ny risiko for andre forhold enn de som fantes i det ordinære arbeidet. Det er heller ikke uvanlig at gravide opplever omplassering som et problem med mindre interessante arbeidsoppgaver og andre ulemper til følge.

Hvilke føringer gir Arbeidstilsynets regelverk og veiledninger?

Generelt er grunntonen i Arbeidsmiljøloven at forbud for potensielt skadelige agens sjelden anvendes. Et trygt arbeid skal baseres på konkret risikovurdering, ikke sjablongmessige forbud. Det finnes enkelte unntak, de mest relevante i denne sammenhengen er forbud mot arbeid med fire spesielle kjemikalier og forbudet mot asbest (Forskrift om utførelse av arbeid, §§ 3-19 og 4) [1]. Det finnes også en rekke forbud for unge arbeidstakere (Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, §12) [2]. For gravide er kravet konkret risikovurdering (Forskrift om utførelse av arbeid, §7-1) [1]. Men arbeidsmiljølovgivningen for gravide arbeidstakere har en interessant historie. På 1980-tallet kom det egne forskrifter som påla forbud mot gravidens håndtering av cytostatika og arbeid med narkosegasser. Disse forskriftene ble trukket tilbake etter milleniumskiftet. I dag er det konkret og spesifikk risikovurdering som gjelder. Men retningslinjene fra forbudsperioden ser ut til å henge i fortsatt, spesielt i helsesektoren. Dette ser man klart i internkontrollrutinene for flere helseforetak som er i harmoni med den tidligere cytostatikaforskriften. Disse bygger også på anbefalinger som gis i kapittel 38 av den nye Cytostatikaboken [3].

Inntil nylig ga Arbeidstilsynet noen føringer i en veiledning om gravidens arbeid. Denne var en oversettelse av EU Guidelines fra 2000. Veiledningen er nylig trukket tilbake, heldigvis, fordi det ble gitt noen anbefalinger som ikke var så gjennomtenkte. I dag finner man utdyping av regelverket for gravide på Arbeidstilsynets webside [4].

Forbud eller individuell risikovurdering?

Forbudslinja for å tilby gravide et trygt arbeidsmiljø står ganske sterkt i Norge i dag, ikke minst



Mardi Gras i New Orleans. Gravid kvinne i kostyme som pave «Joan». Wikimedia Commons. (<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=5397753>).

innenfor helsesektoren. Dette er en trygg og forsiktig strategi som i stor grad bygger på en føre-var tenking. Alternativet til forbud er mer nyanserte tiltak som bygger på individuell risikovurdering. Strategien er her mer dristig fordi man må gjøre antakelser om den konkrete risikoen for skadelig eksponering. Dette settes på spissen dersom uhellseksponering for teratogene agens i kritiske tidsvinduer er en mulighet. Men dette alternativet er også en strategi som tar bedre vare på helheten i arbeidsmiljøet og spesielt kvalitetene for de som ikke er gravide. Min mening er derfor at en strategi som vektlegger individuell risikovurdering er mere i tråd med Arbeidsmiljølovens intensjoner enn en forbudsstrategi.

Referanser

1. <https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/forskrifter/forskrift-om-utforelse-av-arbeid> (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
2. <https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/forskrifter/forskrift-om-organisering-ledelse-og-medvirkning> (Lenke besøkt 16. oktober 2017).
3. Dahl O, Lehne G, Christoffersen T. Medikamentell kreftbehandling. Cytostatikaboken (8. utgave). Oslo: Universitetet i Oslo, 2016. ISBN: 978-82-992331-4-9.
4. <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/graviditet-og-arbeidsmiljo/> (Lenke besøkt 16. oktober 2017).



Helsekontroll av asbestarbeidere ved hjelp av computertomografi (CT) – erfaringer fra Sveits

Vemund Digernes dr.med., tidligere fagsjef for arbeidsmedisin, Norsk Industri.
e-post: vemu-d@online.no.

Siden 2012 har SUVA gjennomført systematiske helseundersøkelser av asbestarbeidere i medlemsmassen. (SUVA er en institusjon som forsikrer og gjør forebyggende arbeid, inklusive helseundersøkelser; omfatter ca 50% av arbeidstakerne i Sveits). Initiativet ble motivert av amerikanske screening av røkere med hensyn på lungekreft (1) og det er i samsvar med kunnskapsgrunnlaget bak Helsinikriteriene (2).

Flere europeiske land er igang med tilsvarende tilbud til asbestarbeidere, i en prosess som er fremskyndet av Europaparlamentet og EU-kommisjonen.

Bakteppet for disse initiativene er fremveksten av CT-teknologi, helsegevinster ved tidlig diagnostikk av lungekreft og det faktum at europeiske land nå er i et tidsvindu der «bølgen» av lungekreft på grunn av asbesteksponering er på sitt høyeste (i Norge 3-400 tilfeller årlig). Den legale forankringen er arbeidstakers rett til forebyggende helseundersøkelser.

De første resultatene fra Sveits (3) viser en forventet helsegevinst idet 3 årlige CT-undersøkel-

ser av 950 asbestarbeidere har resultert i 11 oppdagede svulster som kunne opereres kurativt. 30% av asbestarbeiderne fikk påvist plevraplakk og tilfeller av fibrose som ikke var oppdaget ved vanlig lungerøntgen.

Dette bør stimulere også norske bedriftshelsetjenester til å benytte seg av CT ved helseundersøkelser av arbeidstakere som utsettes for eksponeringer som kan gi lungekreft. For mange asbestarbeidere med høy eksponering fra tiden før 1980, er tiden i ferd med å renne ut. Men det er desto viktigere å følge opp senere eksponeringer med helseundersøkelser både for å kunne avdekke helseskade (lungekreft) og tegn på eksponering (plevraplakk og fibrose). I tillegg til at dette har betydning for den enkelte i form av tidlig behandling og rettigheter, vil det gi kunnskap om eksponeringsforhold og svikt i det forebyggende arbeidet. Dette er et viktig verktøy for å forebygge senere «bølger» av lungekreft. Bedriftslegen har et selvstendig ansvar for helseundersøkelsenes innhold, og skal sørge for at den er i tråd med den medisinske og teknologiske utvikling. Dette ansvaret er spesielt viktig når faglig ansvarlige myndigheter er fraværende.

Litteratur

1. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. *N Engl J Med* 2011; 365:396-409.
2. Consensus report. Asbestos, asbestosis, and cancer, the Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014; recommendations. *Scand J Work Environ Health* 2015; Jan 41(1):5-15.
3. Susanne Stöhr et al. CT-Thorax-Screeningprogramm Asbest der SUVA (CTTS): Erfahrungen nach 3 CT-Durchgängen. *SUVA Medical* 2016, 172-176. (Artikkel kan fås ved henvendelse til Vemund Digernes).



RETTELSE:

Kontorlandskap, til skade eller gagn?

Bjørn Arne Øvrebø, NAV Arbeidslivssenter i Hordaland. E-post: boevr@online.no

I min artikkel «Kontorlandskap, til skade eller gagn?» i Ramazzini nr. 2 2017 skriver jeg på s. 17 at pilotstudier antyder et effektivitetstap på 30% [1]. Anslaget bygger på Cowan som igjen henviser til en artikkel av Simon Banbury og Dianne C. Berry fra 1998; «Disruption of office tasks by speech and office noise» i British Journal of Psychology [2]. Sistnevnte artikkel omhandler tre eksperimenter der de konkluderer med at «The magnitude of disruption is fairly impressive. In Expt 2, for example, when the background noise was played in both learning and recall phases, performance in the presence of noise (irrespective of the meaning), was reduced to about one-

third of the level of that in quiet». Ut fra dette blir det mer korrekt å endre setningen i min artikkel

- fra «For arbeid som krever selvstendighet, variasjon i arbeidsoppgavene og konsentrasjon er det vanskeligere å anslå effektivitetstap, men pilotstudier antyder en nedgang på 30% [6,7]»
- til «For arbeid som krever selvstendighet, variasjon i arbeidsoppgavene og konsentrasjon er det vanskeligere å anslå effektivitetstap, men et eksperiment antyder en nedgang opp til 2/3 [7]».

Referanser.

1. Øvrebø BA. Kontorlandskap, til skade eller gagn? Ramazzini 2017;24(2): 16-19.
2. Banbury S, Berry DC. Disruption of office tasks by speech and office noise. Br J Psychol 1998;89(3):499-517.



STYRETS SPALTE

NAMF/NFAM – ny styreperiode med spennende oppgaver

Styret ved Tone Eriksen

Den 4. september i år hadde NAMF/NFAM sitt første styremøte i nytt styre. Det er mange viktige oppgaver som venter oss, ikke minst arbeidet med ny spesialistutdanning og forberedelse til resultatet av ekspertgruppens arbeid. Noe av det første vi gjorde var derfor å utarbeide satsingsområder for styreperioden.

Arbeidsmedisin er et genuint forebyggende fag og det er viktig at vi som arbeidsmedisinere tør å vise hva vi er gode til og hvorfor vi har en unik kunnskap som det er behov for i arbeidslivet. Vi har tatt utgangspunkt i tidligere satsingsområder og landet på at vi ønsker å fokusere på tre hovedområder i kommende styreperiode. NAMF/NFAM ønsker, som et overordnet mål, å styrke arbeidsmedisinerens rolle og å fremme spesialisert arbeidsmedisin.

Satsingsområder 2017-2019

1 Styrke BHT og arbeidsmedisinerens rolle i BHT

- Godkjent BHT skal ha lege som er spesialist i, eller under spesialisering i, arbeidsmedisin, i 100 % stilling.
- Jobbe for at lege som er spesialist i arbeidsmedisin, eller under spesialisering, skal sitte i ledelsen i alle BHT.
- Jobbe for innføring av offentlig refusjon for arbeidsmedisinske tjenester

2 Styrke arbeidsmedisinerens rolle i offentlige institusjoner

- Opprettholde og styrke finansieringen av de arbeidsmedisinske avdelingene.

- Jobbe for flere arbeidsmedisinske stillinger i offentlig sektor, som Arbeidstilsynet, NAV og Kreftregisteret.

3 Fremme spesialisert arbeidsmedisin

- Følge opp og påvirke innholdet i ny spesialistutdanning.
- Jobbe for å opprettholde og styrke utdanningskapasiteten i de arbeidsmedisinske avdelingene.
- Synliggjøre arbeidsmedisinerens rolle overfor helsemyndigheter og arbeidsmyndigheter.
- Jobbe for å styrke undervisningen i arbeidsmedisin ved universitetene.
- Jobbe for offentlig finansiering av veiledning av leger som er under spesialisering i arbeidsmedisin.

Noen savner kanskje et mål for internasjonalt arbeid. Styret har ikke glemt at arbeidsmedisin er et globalt fag, men vi ønsker i denne styreperioden å ha hovedfokus på områdene over. Det er ikke dermed sagt at vi ikke skal fokusere noe utover Norges grenser. Eksport av arbeidsrelatert uhelse kan se ut til å være et voksende problem som ikke må glemmes.

Det er umulig å forutsi hva ekspertgruppen vil komme med av anbefalinger. Vi må uansett fortsette å fremme fagområdet arbeidsmedisin for å forebygge at noen blir syke eller skadet på jobb. Hver enkelt arbeidsmedisiner og lege under spesialisering i arbeidsmedisin kan bidra til å nå målene over. Ved å være tydelig, faglig og bevisst på vår rolle kan vi alle sørge for at arbeidsmedisineren blir rådspurt der arbeids-helse er oppe til diskusjon.

Returadresse:
Cox Bergen
Konag Christian
Frederiksplass 3,
5006 Bergen



B - Økonomi