

To artikler i dette nummer av Tidsskriftet beskriver arbeidsforhold i skogen i tidligere tider (1, 2). Det gir anledning til å reflektere over den enorme endringen som har funnet sted, og som fortsetter i økende tempo. Det gjelder arbeidsforhold generelt, ikke bare i skogen. Ikke minst er det grunn til å se nærmere på medisinen ansvar og rolle i denne prosessen.

Forholdene som beskrives i de to artiklene er en saga blott (1, 2), men skogen er fortsatt en farlig arbeidsplass. Skogbruket har vært belastet med stor risiko for alvorlige ulykker helt til det aller siste, særlig blant gårdbrukere som drev egen skog om vinteren. Statistikken over dødsulykker viser en endring midt i 1990-årene, fra tidligere omtrent ti dødsfall årlig til omtrent to i året de siste fem årene. Årsaken antas å være at skogsarbeidet i økende grad blir satt bort til private entreprenører som driver maskinelt. Hogst, kvisting, kapping og transport skjer med skogsmaskiner styrt av en operatør som sitter godt i en luftkondisjonert kabin og styrer med små hendler. En middels stor gran hogges, kvistes og kappes på omtrent ti sekunder. Nok et utviklingstrekk kan nevnes: Skog som tidligere gav arbeid og brød til 500 familier, kan i dag drives maskinelt av en håndfull personer.

Den store endringen i skogbruket startet med motorsagens ankomst utover i 1950-årene. Dette medførte en epidemi av vibrasjonsutløst vasospastisk sykdom blant skogsarbeidere, men nå har ergonomiske forbedringer av sagene nærmest eliminert dette problemet. Muskel- og skjelettlidelser må skogsarbeideren fortsatt regne med. Før var det nakke og rygg det gikk utover, i dag er det underarmstendinitter som rammer maskinkjørerne, noe å la musesyken blant skjermterminalbrukere. Næringen har satsset på opplæring i arbeidsteknikk både for å forhindre ulykker og for å motvirke muskel- og skjelettlidelser. Kollega Birger Tvedt var en pioner i dette arbeidet og nevnes fortsatt med stor respekt av eldre skogsarbeidere. Hans innsats kan sammenliknes med det Hans Møller og Otto Mejlænder stod for i tidligere år (1, 2). Med noen hederlige unntak skyldes bedringen av arbeidsforholdene i skogen i liten grad legers innsats. Skadene som har vært skogbrukets svøpe, har andre yrkesgrupper kunnet forebygge like godt. Medisinsk kompetanse trengs for å utforske de mindre åpenbare årsakssammenhengene som gjelder ved arbeidsbetinget sykdom. Arbeidsmiljøet for alle er under stadig endring, spørsmålet for arbeidsmedisinen er om den greier å henge med.

Arbeidsmedisin ble egen spesialitet i 1991 ved at den tidligere spesialiteten yrkesmedi-

sin og såkalt bedriftsmedisin ble slått sammen. Noen år tidligere var det blitt opprettet egne arbeids-(yrkes-)medisinske avdelinger ved alle regionsykehusene. Ved sammenlåingen var det omtrent ti spesialister i yrkesmedisin, i dag er det neste 200 spesialister i arbeidsmedisin, av disse er 10–15 % ansatt i annenlinjetjenesten. Det utøves 500–600 legeårverk i bedriftshelsetjenesten, og noe mer enn 50 % av arbeidstakerne i vårt land er omfattet av bedriftshelsetjeneste i en eller annen form. Bedriftsleger har Norge hatt i ca. 70 år, hovedsakelig knyttet til industrivirksomhet. I dag er også bank, forsikring og til dels offentlig virksomhet bra dekket. Blant primærnæringene er det landbruget som er kommet lengst. Fiske og fiskeindustri er dårlig dekket, og i skogbruket finnes det knapt bedriftsleger.

Arbeidsmedisin er en forebyggende disiplin. Hovedmålet er forbedringer i arbeidsmiljøet. Satt på spissen kan man si at hver enkelt pasient er interessant i den grad vedkommende gir kunnskap om helseskadelige arbeidsmiljøforhold som vi kan gjøre noe med. Arbeidsplassen er en spesielt gunstig arena for forebyggende arbeid. Det finnes en egen lov, arbeidsmiljøloven, som regulerer forholdene, og en egen statlig etat, Arbeidstilsynet med ca. 450 ansatte, som fører tilsyn med loven. Dessuten er partene i arbeidslivet, spesielt NHO og LO, aktivt engasjert i forebyggende arbeid. Det er etter hvert blitt mer og mer klart at investeringer i godt arbeidsmiljø er lønnsomme investeringer. En frisk arbeidstaker som trives skaper større verdier enn en som mistrives og føler seg småsyk.

Det kan være på sin plass å minne om at både allmennpraktiserende leger og spesialister i en lang rekke disipliner behandler arbeidsbetingede sykdommer, ofte uten å være klar over det. Undervisningen i arbeidsmedisin bør styrkes ved de medisinske fakultetene. Bare 5 % av norske leger melder yrkesykdommer til Arbeidstilsynet, noe de bare på mistanke er pliktige til etter arbeidsmiljøloven. Fastlegereformen kan bety at allmennlegene får bedre innblikk i pasientenes arbeidsforhold og dermed i større grad kan ta hensyn til det i valg av behandling. Reformen vil også kunne bedre samarbeidet mellom bedriftsleger og allmennpraktikere.

Hva bør arbeidsmedisinen beskjeftige seg med i fremtiden? Arbeidsmedisinen i vårt land har i all hovedsak beskjeftiget seg med helseskader på grunn av kjemiske og fysiske eksponeringer. Denne aktiviteten er stadig på sin plass. Det kan være nok å nevne at Arbeidstilsynet får melding om ca. 100 nye løsemiddelskader hvert år, til tross for omfattende forebyggende arbeid i 15 år. Det

faget arbeidsmedisin ikke har vært tilstrekkelig opptatt av, er ergonomiske og psykososiale forhold i arbeidslivet. Dette er problemområder som går igjen i alle bransjer, selv om det synes som om belastningen er størst i bransjer hvor klientkontakt er en viktig del av arbeidet. Slike forhold er sannsynligvis blant de viktigste for å forklare det relativt høye sykefraværet vi har i Norge og fortjener enda større oppmerksomhet enn de har fått så langt. Bedriftsleger med spesialkompetanse gjør en viktig innsats på disse feltene. Om Norge valgte å innføre en ordning med bedriftshelsetjeneste for alle arbeidstakere, noe ILO anbefaler og som for eksempel Danmark nettopp har gjort, ville mye kunne vinnes.

Som i helsevesenet for øvrig kunne noe vært vunnet med bedre organisering. Mynlighetsansvaret for helse, miljø og sikkerhet i arbeidslivet er delt mellom ti departementer, det reguleres av mer enn 60 lover og opp mot 1000 forskrifter (3). Når det gjelder bedriftshelsetjenesten, er ansvaret nettopp flyttet fra Kommunal- og regionaldepartementet til Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Helse- og sosialdepartementet har liten innflytelse over og kanskje også liten interesse for utviklingen. Dessuten har ikke samarbeidet mellom departementene vært det beste.

Utviklingen av bedriftshelsetjenesten har ikke vært styrt godt nok, og vi ser i dag at alt fra aromaterapi til kostholdsveiledning tilbys under navnet bedriftshelsetjeneste. Årlige helsekontroller og preferert tilgang på kurative tjenester er fortsatt et stort og godt betalt marked. Fra faglig hold er det ønske om å innføre en sertifiseringsordning for bedriftshelsetjenestene, men det har Kommunal- og regionaldepartementet motsatt seg. Det er synd, for med bedre kvalitet på bedriftshelsetjenesten totalt ville vi bedre kunne realisere det store forebyggende potensialet som ligger i bedring av arbeidsmiljøet. Det kunne rett og slett bli til gevinst for folkehelsen i vårt land.

Håkon Lasse Leira
hakon.l.leira@medisin.ntnu.no
Arbeidsmedisinsk avdeling
Regionsykehuset i Trondheim
7000 Trondheim

Håkon Lasse Leira (f. 1942) er overlege ved Regionsykehuset i Trondheim og førsteamanuensis II ved NTNU.

Litteratur

1. Wasberg GC. Milebrenning og kullsforgiftning – da hjelpen kom fra et fagtidsskrift. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1106–7.
2. Bache T. Skogslegen og koiefolket. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1082–3.
3. Statskonsult. Helt stykkevis og delt. Rapport 2/1999.